



CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA

TESTO UNIFICATO

DOC. 11 E DOC. 11 BIS

PIANO REGIONALE DEI SERVIZI SANITARI

S O M M A R I O

PREMESSA	1
PARTE PRIMA OBIETTIVI DI SALUTE	4
1. MALATTIE AD ALTA SPECIFICITÀ PER LA SARDEGNA	4
1.1. Diabete mellito	4
1.2. Malattie rare	7
1.3. Sclerosi multipla	9
1.4. Talassemie	12
1.4 bis Piano sangue	13
2. PATOLOGIE DI PARTICOLARE RILEVANZA SOCIALE	15
2.1. Demenze e Malattia di Alzheimer	15
2.2. Malattie reumatiche e autoimmunitarie	17
2.3. Altre aree di bisogno di particolare rilevanza	19
3. PATOLOGIE CON MAGGIORE INCIDENZA EPIDEMIOLOGICA	27
3.1. Malattie cardiovascolari	27
3.2. Disturbi circolatori dell'Encefalo (Ictus Cerebrale)	30
3.3. Le malattie respiratorie	32
3.3bis Asma bronchiale e malattie allergiche	33
4. MALATTIE ONCOLOGICHE	35
4.1. Rete per l'assistenza oncologica	35
4.2. Cure palliative	39
4.3. Radioterapia	40
5. SALUTE MENTALE	42
5.1. Progetto strategico salute mentale	44
PARTE SECONDA OBIETTIVI DI SISTEMA	48
1. PREVENZIONE	48
1.1. Igiene e Sanità pubblica	51
1.2. Igiene degli alimenti e nutrizione	52
1.3. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	52
1.4. Sanità Pubblica Veterinaria	53
2. DISTRETTO	56
2.1. Pianificazione e organizzazione dell'attività distrettuale	57
2.2. Le risposte alle persone con disabilità	61
2.3. La tutela materno-infantile	66
2.4. La continuità assistenziale	75
2.5. Le dipendenze	76
3. RETE OSPEDALIERA	78
3.1. Il quadro di riferimento nazionale	78
3.2. La domanda regionale di ricoveri	80

II

3.3.	La rete ospedaliera regionale.....	82
3.3 bis	La rete territoriale degli ospedali	92
3.3 ter	La riorganizzazione della rete ospedaliera nelle Aziende Sanitarie.....	96
3.4.	Le Aziende ospedaliero-universitarie.....	106
3.5.	Integrazione dell'ospedale nella rete di risposte - Reti Integrate (Hub and Spoke)	111
3.5 bis	Gli ospedali di comunità.....	112
4.	SISTEMA EMERGENZA URGENZA	115
5.	RICERCA E SVILUPPO	120
PARTE TERZA STRUMENTI PER IL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA.....		122
1.	IL GOVERNO CLINICO DEL SISTEMA SANITARIO	122
1.1.	Il Governo Clinico	122
1.2.	La valorizzazione delle risorse umane	125
2.	IL GOVERNO ECONOMICO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.....	133
2.1.	La situazione economico-finanziaria al 31 dicembre 2005.....	133
2.2.	Lo scenario del triennio di piano 2006-2008	136
2.3.	I grandi obiettivi di piano per gli investimenti tecnologici e strutturali	142
2.4.	Le nuove strutture ospedaliere e sanitarie in Sardegna.....	146
2.5.	Il piano di ammodernamento tecnologico	148
3.	IL SISTEMA DELLE REGOLE	149
3.1.	Autorizzazioni e accreditamento.....	149
4.	GLI STRUMENTI PER L'INNOVAZIONE E LA CONOSCENZA	156
4.1.	Il sistema informativo sanitario	156
4.2.	Agenzia regionale per la sanità.....	158
4.3.	Osservatorio epidemiologico regionale.....	159
4.4.	Comitato Regionale per la Bioetica.....	160
SIGLE E ABBREVIAZIONI.....		161

PREMESSA

Il Piano Sanitario della Sardegna 2006-2008, giunto *ad oltre 20 anni di distanza dal precedente documento di programmazione sanitaria e ad 8 anni dall'approvazione del provvedimento di razionalizzazione dei servizi ospedalieri della Regione Sarda*, si propone alcuni compiti complessi ma improrogabili. Il primo di essi è il **riordino** del sistema: la lunga assenza di indicazioni strategiche e di obiettivi condivisi ha con il tempo portato a una marcata frammentazione degli interventi, a carenze e a sovrapposizioni nell'offerta dei servizi. *Costituisce necessità impellente del SSR l'ammmodernamento; il tardivo recepimento della normativa nazionale (in particolare il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, ripreso dalla recente legge regionale 28 luglio 2006, n. 10)*, rende l'attuale ordinamento legislativo sardo (e di conseguenza l'assetto organizzativo) non in linea con le innovazioni introdotte nel resto del Paese. La disarmonia dell'insieme si riflette su tutti i cittadini, che non sempre vedono garantita l'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e sugli operatori: le buone professionalità presenti nel sistema sanitario regionale sono state troppo spesso mortificate dalla mancanza di una rigorosa politica del personale e da un impiego delle risorse non sempre orientato all'efficacia e all'efficienza.

Il Piano è percorso da alcune idee chiave, che si ritrovano come un filo rosso lungo tutto il documento.

La prima è il **lavoro di rete**: in un sistema che voglia rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei cittadini è indispensabile che gli operatori della sanità, così come quelli del sociale, si mettano in rete fra loro, comunichino, condividano obiettivi e costruiscano progetti comuni. Lavorare in rete significa lavorare in una **logica di sistema**, nel tra cui i *processi* centrati sulla persona garantiscono una reale *presa in carico* dei bisogni del paziente e assicurano la *continuità* dell'assistenza.

L'altro richiamo ricorrente è quello della **personalizzazione degli interventi**: occorre che gli operatori divengano sempre più consapevoli che il sistema è al servizio della persona, deve coinvolgere l'utente nei servizi di cura, cercare di rispondere alle sue specifiche necessità ed esigenze. I percorsi di presa in carico e gli stili di rapporto vanno **umanizzati** e resi rispettosi dei diritti delle persone che manifestano un bisogno, rimettendo a fuoco i fondamenti etici del lavoro di cura.

Sono frequenti i rimandi all'*appropriatezza*: finalità comune agli interventi proposti è l'offrire una qualità assistenziale che faccia riferimento alla validità tecnico-scientifica, all'accettabilità ed alla pertinenza delle prestazioni erogate. L'attenzione non è puntata tanto sull'efficienza, intesa come strumento utile al risparmio economico, quanto sull'efficacia, vista come la ricerca del modo migliore di operare per il bene della persona ammalata.

Centrale è l'idea dello sviluppo delle *attività territoriali che può avvenire soltanto in presenza di adeguate risorse*: obiettivo strategico del Piano è permettere ai cittadini di trovare risposta ai propri bisogni di salute non solo nell'ospedale, ma soprattutto nel territorio di appartenenza, luogo nel quale si realizza concretamente l'*integrazione* fra il sistema dei servizi sociali e quello dei servizi sanitari.

Infine, il Piano pone le basi per avviare un'intensa opera di *qualificazione del personale*: le buone professionalità, in alcuni casi le eccellenze, vanno consolidate e messe in condizione di esprimere il proprio potenziale, riducendo le disomogeneità di aggiornamento e preparazione che la mancata programmazione in questo settore ha inevitabilmente prodotto.

Il Piano Sanitario della Sardegna compie delle scelte: nella consapevolezza che il processo di rinnovamento del sistema di servizi alla persona sarà di necessità graduale e non si esaurirà certo nel triennio di vigenza, si sono individuati alcuni traguardi strategici su cui far convergere gli sforzi, tralasciando molti aspetti forse di pari importanza, certo di pari dignità, *per offrire agli operatori obiettivi condivisi, raggiungibili e circoscritti. Allo stesso modo, il Piano individua i documenti e percorsi attuativi*, con i rispettivi tempi e criteri di realizzazione, e rispetto ai quali prevede un ampio coinvolgimento di tutte le componenti del mondo della sanità, delle istituzioni nonché delle parti sociali, in grado di contribuire alla loro puntuale ed efficace predisposizione.

Il Piano si articola in tre parti, rispettivamente dedicate agli obiettivi di salute, agli obiettivi di sistema e agli strumenti per il funzionamento della sanità della regione Sardegna.

- la prima parte affronta cinque bisogni di salute che per incidenza o peculiarità, hanno una speciale rilevanza in Sardegna; la scelta di avviare la programmazione sanitaria regionale partendo dalle necessità dei cittadini vuole sottolineare l'assoluta priorità delle persone rispetto ai servizi ed al loro funzionamento;
- nella seconda parte vengono individuati obiettivi di riordino e di riorganizzazione del sistema di erogazione dei servizi che consentano di dare risposte eque e di qualità;

- la terza parte, infine, individua gli strumenti attraverso i quali il processo di cambiamento può essere avviato, governato e consolidato.

Tutti i processi di cambiamento sono faticosi, a volte ardui. Quando però il traguardo verso cui si è protesi è significativo e condiviso, le energie costruttive prevalgono e divengono fruttuose. La speranza che accompagna questo documento di programmazione è che il Piano divenga il volano per il cambiamento, affinché i cittadini possano ricevere l'assistenza sanitaria che chiedono e cui hanno diritto.

PARTE PRIMA

OBIETTIVI DI SALUTE

1. MALATTIE AD ALTA SPECIFICITÀ PER LA SARDEGNA

Il Piano 2006-2008 si propone di contrastare alcune patologie che colpiscono con particolare rilevanza la popolazione sarda e rispetto alle quali il sistema dei servizi deve consolidare le proprie capacità di intervento, in termini di prevenzione (primaria e/o secondaria), di diagnosi e di cura.

Sono prese in considerazione le patologie che per frequenza e/o situazione attuale dei servizi appaiono cruciali per una più adeguata tutela della salute della popolazione sarda.

Esse sono: il diabete mellito, le malattie rare, la sclerosi multipla, le talassemie.

1.1. Diabete mellito

La Sardegna è la regione che presenta il più alto numero di nuovi casi di diabete di tipo 1: l'incidenza del diabete mellito infanto-giovanile (**0-14 anni**) è infatti di circa 42 casi ogni 100.000 abitanti, mentre nel resto d'Italia i nuovi casi si aggirano intorno a 6 su 100.000 abitanti. Ogni anno ci sono circa 65 nuovi casi di diabete tipo 1 ogni 100.000 abitanti nella fascia di età 0-29 anni. Attualmente nell'Isola il numero dei diabetici (tipo 1 e tipo 2) è di circa 50.000. Se a questo numero si aggiungono i diabetici non trattati e non ancora diagnosticati si stima un numero, approssimato per difetto, di circa 80.000 persone. Questo significa altrettante famiglie interessate, con circa 250-300.000 cittadini in totale (quasi 1/5 della popolazione sarda). Il diabete mellito è da ritenersi a tutti gli effetti una vera e propria emergenza sociosanitaria, anche perché il diabete mellito di tipo 2 (il cosiddetto diabete dell'adulto) è in costante crescita.

Epidemiologia

Nonostante il notevole incremento del numero di diabetici, la rete assistenziale delle strutture dedicate non risulta in alcun modo potenziata rispetto al passato. La maggior parte dei servizi esistenti è ubicata nell'ospedale, rendendo assai difficoltosa la fruizione dell'assistenza nel territorio.

Le risposte attuali

Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza ed in coerenza con la logica del "lavoro in rete" promossa dal presente Piano, obiettivo prioritario è

Obiettivo
prioritario: la
rete dei servizi

l'istituzione di una rete integrata, *ad accesso diretto*, di strutture sanitarie specifiche per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito e delle malattie metaboliche correlate, in grado di garantire interventi integrati, continuità assistenziale e approccio multi disciplinare.

A tal fine costituiscono obiettivi da perseguire nel triennio 2006-2008:

Obiettivi

- a) definizione e adozione di adeguati standard diagnostici e terapeutici;
- b) predisposizione e attuazione di programmi di screening, volti a favorire la diagnosi precoce del diabete mellito e delle malattie metaboliche correlate e la diagnosi precoce del diabete gestazionale;
- c) potenziamento dell'attività sul territorio ed in regime ambulatoriale, garantendo sia l'integrazione con l'attività ospedaliera sia l'approccio multidisciplinare;
- d) predisposizione ed attuazione di programmi specifici di educazione sanitaria, rivolti a tutta la popolazione sarda, a partire dalle scuole di ogni ordine e grado.

La rete integrata dei servizi di prevenzione, diagnosi e cura del diabete è articolata nei seguenti livelli operativi:

Assistenza sul territorio

- 1) assistenza ambulatoriale o in day service sul territorio, tramite l'istituzione di Unità Semplici di Diabetologia e Malattie Metaboliche, di norma coincidenti con i distretti delle ASL, che garantiscano la copertura effettiva dell'intero territorio regionale, per consentire la ottimale erogazione di prestazioni a carattere sia preventivo che terapeutico. Con riferimento all'effettivo numero di persone con diabete da seguire, alla loro presenza sul territorio, alla conformazione geografica dello stesso ed alle vie di collegamento, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, la Regione individua un adeguato numero di strutture ambulatoriali (Unità Semplici di Diabetologia e Malattie Metaboliche).
- 2) assistenza in regime di day hospital che dovrà, in particolare:
 - consentire l'attuazione di procedure diagnostiche non eseguibili ambulatoriamente e che comportano potenziali rischi di complicanze;
 - iniziare la terapia insulinica in ambiente protetto;
 - attuare, in casi particolari, un monitoraggio dello stato degli organi bersaglio delle complicanze del diabete mellito e delle malattie metaboliche correlate.
- 3) assistenza ospedaliera garantita da un ospedale di riferimento, individuato in ogni ASL, in cui sarà assicurato il lavoro integrato di

diversi specialisti, anche non ospedalieri (cardiologo, oculista, neurologo, ginecologo, neurologo, ortopedico-fisiatra, dermatologo).

La rete integrata prevede la concentrazione della casistica più complessa in un limitato numero di centri (HUB), rappresentati dal livello ospedaliero delle otto ASL, dalle due Aziende ospedaliero-universitarie e dall'Azienda "Brotzu", la quale ha il compito precipuo di sovrintendere alla diagnosi e cura delle complicanze di alto grado ed alla programmazione dei trapianti di pancreas e di insulae pancreatiche, e la trattazione della restante casistica, con un rilevante impegno per la prevenzione delle complicanze, nell'ambito delle Unità semplici (SPOKE), fortemente e sinergicamente collegate con i centri.

Tale sistema deve altresì prevedere l'integrazione professionale tra le strutture di assistenza diabetologica, i medici di medicina generale ed i Distretti territoriali delle ASL, con una partecipazione congiunta del Team diabetologico-metabolico e del medico di medicina generale (MMG) ad un programma condiviso di assistenza, con il consenso informato del paziente.

Al riguardo, al fine di perseguire la effettiva integrazione dell'azione e interazione tra gli operatori delle strutture assistenziali ed i MMG, e di dare applicazione a protocolli e linee guida condivisi, è istituito il *Coordinamento interaziendale regionale di diabetologia e malattie metaboliche*, costituito dai responsabili dei servizi di diabetologia delle aziende sanitarie (ASL, Aziende ospedaliero-universitarie, Azienda Brotzu) e dei responsabili dei centri di Diabetologia e dei servizi di diabetologia in età evolutiva, con un coordinatore regionale il quale fa diretto riferimento alla Consulta regionale della diabetologia e malattie metaboliche.

Coordinamento
interaziendale
regionale

Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, l'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, predisponde linee guida attuative sull'organizzazione ed il funzionamento della rete integrata e del Coordinamento Interaziendale e sulla composizione e le funzioni della Consulta regionale della diabetologia e malattie metaboliche, istituita presso l'Assessorato della sanità; è altresì istituito il Registro regionale del diabete di tipo 1.

Consulta regionale

In considerazione dei dati epidemiologici in età pediatrica, il Piano prevede lo sviluppo di una rete assistenziale che garantisca continuità delle cure e sostegno al bambino ed alla famiglia, compreso l'addestramento all'autogestione della cura. La rete assistenziale si sviluppa attraverso servizi diagnostico terapeutici che garantiscano continuità assistenziale e integrazione sociosanitaria, anche con il

coinvolgimento del pediatra di libera scelta, e dovrà trovare riferimento operativo presso i servizi di diabetologia in età evolutiva (pediatria) di Sassari e Cagliari, secondo le indicazioni previste dalla Legge 16 marzo 1987, n. 115.

1.2. Malattie rare

Le Malattie Rare (MR) sono condizioni morbose la cui prevalenza è inferiore a 5 casi per 10.000 abitanti, poco conosciute, talvolta prive di una terapia adeguata, spesso causa di condizioni cliniche gravi e talvolta mortali. Pur essendo singolarmente rare, l'elevato numero delle forme possibili determina una incidenza rilevante: si stima, infatti, che circa il 4-5 per mille dei neonati sia affetto da queste patologie. Alcune di queste malattie appaiono particolarmente frequenti in Sardegna (talassemia, malattia di Wilson, poliendocrinopatia autoimmune tipo 1 e malattia celiaca), altre meno frequenti (malattie neuromuscolari tipo distrofie muscolari e Sclerosi Laterale Amiotrofica), necessitano di una particolare assistenza per la loro progressività e gravità.

Se si eccettua la fenilchetonuria, soggetta a screening neonatale, la diagnosi delle malattie rare è piuttosto complessa e spesso tardiva. Manca inoltre un registro epidemiologico regionale sulla base del quale predisporre gli interventi e le risorse necessarie.

Per migliorare la prognosi delle malattie rare e la qualità della vita dei pazienti, anche al fine di evitare gli alti costi sociali conseguenti ad una mancata o ritardata diagnosi, è necessario il riconoscimento precoce delle patologie per le quali è disponibile una terapia appropriata ed efficace. Per una prevenzione primaria nell'ambito familiare, data la possibile ricorrenza della stessa malattia in più soggetti dello stesso nucleo familiare, è altrettanto importante una diagnosi precoce.

In adempimento a quanto previsto dal decreto ministeriale 18 maggio 2001, n. 279, la Regione Sardegna ha individuato con delibera della Giunta regionale del 26 agosto 2003, n. 30/11, i presidi ed il centro di riferimento, dotato dei servizi e delle strutture di laboratorio necessari, per la diagnosi (pre e postnatale) e la cura di molte malattie rare.

La risposta in Sardegna

Al fine di potenziare la risposta assistenziale a favore delle persone affette da patologie rare, il Piano 2006-2008 individua i seguenti obiettivi strategici:

Obiettivi

- riorganizzazione della rete dei presidi sulla base della dotazione di attrezzature e di risorse professionali, nonché dell'attività clinica e scientifica svolta dagli stessi, al fine di garantire una continuità

assistenziale, una risposta multidisciplinare integrata di diagnosi, cura, riabilitazione e supporto alla persona ed alla famiglia;

- istituzione ed aggiornamento di un registro regionale epidemiologico delle malattie rare;
- predisposizione di programmi di screening neonatali finalizzati alla diagnosi precoce di alcune malattie la cui prognosi sia modificabile da un tempestivo intervento terapeutico;
- predisposizione di linee guida su percorsi assistenziali omogenei e protocolli diagnostici per malattia o per gruppi di malattie;
- promozione di attività di supporto e formazione per il personale sanitario e per il volontariato;
- promozione di iniziative di educazione sanitaria e di informazione scientifica anche in collaborazione con le associazioni dei familiari dei malati;
- identificazione di centri territoriali di coordinamento ed integrazione degli interventi sanitari e sociosanitari in grado di operare a fianco delle famiglie, al fine di facilitare le risposte necessarie a gestire la malattia, preservare le autonomie residue, integrare i soggetti fragili nelle attività sociali, nell'ambito della scuola, del lavoro e delle attività ricreative.

A tal fine, entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, la Regione istituisce, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, il Comitato tecnico-scientifico per le malattie rare con funzioni consultive in materia di organizzazione della rete dei presidi e dei servizi nonché di miglioramento della qualità dell'assistenza all'interno dell'intero territorio regionale. Al Comitato partecipa una rappresentanza delle associazioni dei pazienti e dei loro familiari.

Comitato tecnico-scientifico per le malattie rare

La Rete regionale dei presidi per le malattie rare, opportunamente riorganizzata secondo il modello *hub and spoke*, opera realizzando, nel triennio di validità del Piano, i seguenti interventi prioritari:

Azioni

- attuazione di programmi di miglioramento della diagnosi (clinica e di laboratorio), della cura e della riabilitazione di tutti i pazienti pediatrici e adulti affetti da errori congeniti, garantendo un trattamento specifico, preventivo e sintomatico, attraverso interventi integrati in ambito ospedaliero, ambulatoriale e, ove possibile, domiciliare;
- realizzazione degli *screening* neonatali e diffusione della consulenza genetica per specifiche patologie;
- predisposizione e realizzazione di programmi di *follow-up* dei pazienti, in età pediatrica e adulta, anche attraverso accordi fra strutture pediatriche e internistiche regionali e, ove necessario, nazionali;
- sviluppo di forme di collaborazione attiva con il medico curante di ogni singolo paziente;

- sostegno all'aggiornamento professionale sulla diagnosi e cura delle malattie rare, anche attraverso la creazione di una rete tra i centri regionali e nazionali specializzati nelle diverse patologie;
- promozione di un'adeguata assistenza farmacologica e dietetica;
- promozione di un programma di cure domiciliari con presa in carico dei pazienti e fornitura di assistenza sanitaria e dei presidi sanitari necessari alla cura e all'autonomia;
- organizzazione del servizio di assistenza domiciliare per i pazienti in ventilazione assistita, anche ultrasessantacinquenni.

L'Ospedale Microcitemico di Cagliari è individuato come *Centro di riferimento regionale per le malattie rare*.

Al fine di favorire il coordinamento delle attività svolte nel campo della genetica e garantire il rispetto delle linee guida nazionali, è istituito, con decreto dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, un apposito organismo di coordinamento regionale.

1.3. Sclerosi multipla

Le caratteristiche cliniche della Sclerosi Multipla (SM), quale malattia cronico-progressiva, gravemente invalidante e ad esordio giovanile, impongono una particolare attenzione al miglioramento della qualità della vita delle persone affette da questa malattia e dei loro familiari.

Come per altre malattie neurologiche, non è stato ancora identificato un trattamento eziologico della SM, ma esistono interventi applicabili, sia in fase acuta che nel lungo termine, alcuni attuati per la prevenzione delle ricadute e della cronicizzazione, altri sintomatici ed altri volti a migliorare la qualità della vita degli ammalati e dei familiari.

I dati epidemiologici rilevano che la prevalenza della SM in Sardegna è intorno ai 150 casi per 100.000 abitanti, mentre nel resto dell'Italia è compresa fra 20 e 60 casi per 100.000. La Sardegna appare pertanto come la regione italiana più colpita dalla malattia, con un carico attuale di oltre 2500 pazienti ed un'incidenza (nuovi casi per anno) di circa 102 nuovi casi. Le analisi sul trend temporale di incidenza mostrano che dal 1955 al 1995 i nuovi casi/anno si sono triplicati, con un progressivo abbassamento dell'età ai primi sintomi, attualmente collocabile in media intorno ai 22 anni.

L'assistenza alla SM ha caratteri complessi e multidisciplinari. Gli alti livelli di specializzazione e gli elevati costi impongono l'adozione di linee-guida diagnostico-terapeutiche, validate a livello scientifico e applicate in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, nonché l'attivazione di una rete integrata dei servizi.

Epidemiologia

Attualmente operano in Sardegna tre Centri regionali per la Diagnosi e Cura della Sclerosi Multipla, uno a direzione universitaria presso la Clinica Neurologica di Sassari, centro di riferimento nazionale, un secondo presso la Divisione Neurologica di Nuoro ed un terzo a direzione universitaria presso l'ospedale Binaghi di Cagliari. Oltre a tali strutture esistono Unità operative dedicate alla SM anche presso la Divisione Neurologica dell'Ospedale Brotzu, la Clinica Neurologica di Cagliari e la Divisione neurologica di Ozieri.

Situazione attuale

Le criticità del sistema sono rappresentate da:

- mancanza, in alcuni dei Centri dedicati, di un approccio integrato interdisciplinare che coinvolga anche specialisti quali neuroradiologo, psicologo, psichiatra, urologo, oculista, fisiatra e terapisti della riabilitazione;
- difficoltà dei pazienti residenti in alcune aree territoriali (Olbia, Tempio, Oristano, Lanusei, Medio-Campidano, Iglesias-Carbonia) ad accedere a strutture adeguate ed integrate in rete con i centri dedicati;
- mancanza di un approccio integrato a livello distrettuale nella gestione complessiva della persona e della famiglia, che si realizzi attraverso una forte integrazione tra ospedale e territorio, con il coinvolgimento di spazi e personale dedicato.

Tenuto conto della complessità e multidisciplinarietà dell'approccio alla SM, obiettivo del presente Piano è la realizzazione di una rete integrata di servizi che preveda il coinvolgimento degli specialisti territoriali e degli operatori socio-assistenziali in relazione alle potenzialità organizzative del sistema ed alle realtà territoriali.

La rete integrata dei servizi

In tale rete opereranno i medici di medicina generale quali fulcro fondamentale delle istanze di salute delle persone, gli operatori sociali con funzione di sostegno e raccordo fra i pazienti, le loro famiglie e le istituzioni, gli specialisti ambulatoriali delle varie discipline mediche implicate nella gestione della malattia, che operano nel territorio.

Verranno pertanto elaborate procedure differenziate, diagnostiche e terapeutiche per la fase acuta e per la fase cronica, inclusa la riabilitazione, secondo protocolli comuni e condivisi su tutto il territorio regionale, in modo da garantire livelli di assistenza omogenei per tutti i cittadini.

Nel triennio 2006-2008, attraverso specifici atti di indirizzo la Giunta Regionale si impegna all'attuazione dei seguenti interventi:

Interventi del Piano sanitario

- 1 - migliorare il percorso diagnostico, finalizzato alla diagnosi precoce ed al monitoraggio della malattia, promuovendo la diffusione di specifici protocolli e la disponibilità, nelle aziende sede dei centri di

- riferimento, di adeguate strumentazioni e moderne tecnologie compresa la risonanza magnetica;
- 2 - individuare e promuovere lo sviluppo dei centri qualificati distribuiti su tutto il territorio e potenziare le strutture d'alta specialità, d'assistenza e ricerca, a vocazione integrata, esistenti presso le università di Cagliari e Sassari;
 - 3 - migliorare il percorso assistenziale, sviluppando una rete integrata di servizi anche attraverso il modello innovativo del Coordinamento regionale;
 - 4 - garantire un percorso formativo agli operatori del settore, organizzando e promuovendo corsi di formazione e di aggiornamento;
 - 5 - supportare e promuovere progetti di ricerca finalizzati allo studio della patogenesi della malattia, dell'epidemiologia nel territorio sardo, degli aspetti assistenziali e riabilitativi;
 - 6 - promuovere i trattamenti riabilitativi secondo specifici programmi terapeutici basati su obiettivi e progetti individuali, attraverso percorsi multidisciplinari e individualizzati, fornendo livelli integrati di assistenza omogenei su tutto il territorio sardo;
 - 7 - massimizzare la vicinanza fra il domicilio dell'utente e l'erogazione dell'assistenza, garantendo la facilità e la continuità d'accesso alle strutture ambulatoriali attraverso la promozione di specifici protocolli assistenziali e terapeutici eseguibili nelle strutture più vicine al domicilio del paziente.

La Giunta regionale, entro il primo anno dall'entrata in vigore del presente Piano, promuove lo sviluppo di iniziative specifiche finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

Articolazione del percorso

- 1 - realizzare una commissione tecnico-scientifica che assicuri la presenza di tutti gli specialisti del settore incluso il personale di supporto e le associazioni dedicate alla SM, al fine di aggiornare le linee-guida diagnostiche, terapeutiche e riabilitative;
- 2 - costituire un Coordinamento regionale per la diagnosi e la terapia della sclerosi multipla coinvolgente tutto il territorio sardo, fornendolo di adeguati strumenti di supporto organizzativo e finanziario;
- 3 - istituire *il Registro Regionale della Sclerosi Multipla presso l'Osservatorio Epidemiologico regionale*;
- 4 - predisporre la diffusione e applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici comuni e la realizzazione di linee-guida per i percorsi riabilitativi;
- 5 - promuovere la formazione di base, specialistica e permanente del personale dedicato;
- 6 - promuovere la ricerca sulla patologia.

1.4. Talassemie

Le talassemie costituiscono un gruppo eterogeneo di anemie geneticamente determinate dovute al difetto di produzione di una o più delle catene globiniche che compongono le molecole della emoglobina (Hb). In base al tipo di catena interessata si distinguono principalmente due varietà, le β -talassemie e le α -talassemie, oltre a forme di minore rilevanza clinica.

La frequenza media dei portatori sani di β -talassemia nella popolazione sarda è del 10,3%. Nel contesto dell'Isola si osservano variazioni notevoli con valori minimi del 8,7% nel nuorese e massimi del 13,5% nell'oristanese. Tale distribuzione riflette quella della pregressa endemia malarica ed è legata al fatto che il portatore di β -talassemia è più resistente rispetto al soggetto normale nei confronti della malaria. Le persone malate di β -talassemia sono attualmente stimate in 1.100 casi. L'80% circa sviluppa la forma grave della malattia, nella quale la sopravvivenza è assicurata da periodiche trasfusioni. Anche l' α -talassemia ha in Sardegna un'elevata frequenza variando da un minimo del 10% a un massimo del 37,7%. Peraltro, l'unica forma clinicamente rilevante è la malattia da HbH, di cui si conoscono 400 casi. La maggior parte delle persone con β -talassemia e α -talassemia risiedono nella Sardegna meridionale.

Epidemiologia

Il trattamento convenzionale delle persone con talassemia major si basa su trasfusioni di globuli rossi a intervalli di 2-3 settimane a partire dal primo anno di vita e sulla terapia ferrochelante per rimuovere il ferro introdotto in eccesso con le trasfusioni.

Terapia

Per prevenire e trattare le numerose complicanze legate alle trasfusioni ed al sovraccarico di ferro sono necessari continui controlli clinici che richiedono interventi da parte di un'equipe multidisciplinare.

In Sardegna le persone con talassemia major e intermedia vengono seguite essenzialmente in centri trasfusionali o in reparti di pediatria. A Cagliari esistono due strutture dedicate presso l'Ospedale Microcitmico, la *Struttura Complessa Microcitemie e altre Malattie Ematologiche* (che collabora con la Talassemia International Federation) e il *Day Hospital Talassemici Adulti*. Le strutture sono un punto di riferimento per persone provenienti da altri centri dell'Isola e anche da altre regioni italiane.

Situazione attuale

Tenuto conto dei notevoli risultati ottenuti nel corso degli anni, attraverso le azioni intraprese a livello regionale a contrasto della talassemia, il Piano si propone di consolidare i programmi di intervento e di potenziarne l'efficacia. A tal fine, per il triennio 2006-2008, sono individuati i seguenti obiettivi strategici:

Obiettivi di consolidamento e potenziamento

- consolidamento dell'attività di prevenzione;

- potenziamento dell'assistenza in rete e condivisione di protocolli assistenziali;
- garanzia del supporto trasfusionale durante l'intero anno;
- continuità delle cure, dall'età pediatrica all'età adulta;
- promozione della ricerca;
- sviluppo di collaborazioni internazionali, anche attraverso accordi con istituti e paesi interessati alla cooperazione con il sistema sanitario regionale.

La prevenzione della β -talassemia va qualificata con *screening* per l'individuazione dei portatori sani e la consultazione genetica e diagnosi prenatale nelle coppie che la richiedono. L'attività di *screening*, su base volontaria, è rivolta alla popolazione adulta in età feconda. Lo *screening* rivolto ai ragazzi della scuola dell'obbligo è opportunamente riqualificato e consolidato, alla luce delle precedenti esperienze regionali.

Prevenzione

La diagnosi prenatale è assicurata dal Servizio di Ginecologia dell'Ospedale Microcitemico di Cagliari in collaborazione con il Servizio di Consultazione Genetica ed il centro della ASL n. 1 di Sassari.

Il Piano propone la riorganizzazione ed il potenziamento dell'assistenza attraverso la definizione della *Rete dei centri di assistenza* per la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento delle talassemie. L'Ospedale Microcitemico di Cagliari è individuato come *Centro regionale di riferimento*.

Rete Regionale
Assistenziale

Tutti i Centri devono garantire lo stesso trattamento di base, con particolare riguardo ai regimi trasfusionali, alla terapia chelante e al monitoraggio e trattamento delle più comuni complicanze.

Al fine di migliorare la pianificazione degli interventi sanitari, è istituito il *Registro regionale delle talassemie*, con compiti di rilevazione e analisi sistematica in tutta la regione. Il registro si propone di raccogliere i dati sui pazienti affetti da talassemia *major* e intermedia viventi e compatibilmente con le capacità operative, quelli sulle persone affette da altre emoglobinopatie e anemie rilevanti. Il Registro è istituito presso l'Ospedale per le Microcitemie di Cagliari.

Registro regionale
delle talassemie

1.4 bis *Piano sangue*

Nonostante il notevole miglioramento rispetto al passato, uno degli aspetti più rilevanti dell'assistenza riguarda la disponibilità di un'adeguata quantità di sangue in tutti i periodi dell'anno.

La realtà del sistema trasfusionale sardo si differenzia da quella del resto d'Italia essendo caratterizzata da un elevato numero di donazioni rispetto alla popolazione residente (64.000-67.000 unità/anno) con un teorico raggiungimento dell'autosufficienza regionale (i parametri di riferimento sono di 40.000 donazioni per un milione di abitanti); parallelamente si rileva un indice medio-basso di donazioni annue per donatore con frequente ricorso a donatori occasionali.

In questo quadro è necessario procedere ad una riorganizzazione della rete trasfusionale che sia finalizzata al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- il miglioramento degli indici di donazione e di donazione per donatore ai fini del raggiungimento dell'autosufficienza regionale di sangue, emocomponenti ed emoderivati, tenuto conto anche della specificità della popolazione sarda;
- il conseguimento di più alti livelli di sicurezza;
- l'uniformità dell'assistenza trasfusionale;
- lo sviluppo del buon uso del sangue.

Le azioni da porre in essere sono:

- l'attivazione di un forte coordinamento regionale (Commissione regionale sangue) che garantisca una programmazione delle attività di settore con il coinvolgimento delle strutture trasfusionali, le associazioni di volontariato ed i rappresentanti dei pazienti emopatici;
- la costituzione a livello sovra-aziendale di due dipartimenti di medicina trasfusionale che consentano di mettere a sistema le diverse strutture trasfusionali (servizi immuno-trasfusionali, centri trasfusionali, unità di raccolta);
- l'attivazione dei percorsi di accreditamento delle strutture trasfusionali;
- la promozione della cultura della donazione periodica attraverso campagne di informazione rivolte ai donatori (per incentivare la donazione) ai Centri trasfusionali (per migliorare l'accoglienza e i benefit per i donatori) agli operatori sanitari (per il miglioramento delle procedure di predeposito, recupero e risparmio del sangue) anche con il coinvolgimento attivo del volontariato per favorire il mantenimento della disponibilità alla donazione e per il reclutamento di nuove adesioni.

Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, la Regione predispone il *Piano Sangue* per il conseguimento degli obiettivi descritti.

2. PATOLOGIE DI PARTICOLARE RILEVANZA SOCIALE

Il secondo "obiettivo di salute" del Piano 2006-2008 si propone di contrastare alcune patologie cui va riconosciuto carattere di particolare rilevanza sociale per il carico di sofferenza, disabilità e morte che provocano nella popolazione sarda in ragione della loro diffusione e della loro natura cronico-degenerativa.

Le aree di intervento rispetto alle quali il Piano intende concentrare l'attenzione sono:

- le demenze e la malattia di Alzheimer
- le malattie reumatiche e autoimmunitarie.

Tali aree non esauriscono il quadro delle condizioni cui il Servizio Sanitario Regionale deve far fronte e per le quali il Piano si impegna a favorire un graduale miglioramento della qualità dell'assistenza. Esse costituiscono le priorità rispetto alle quali il sistema si propone di garantire un sovrappiù di attenzione al fine di intensificare le azioni delle aziende sanitarie e di perseguire specifici obiettivi strategici di riorganizzazione degli interventi.

Ulteriori aree di bisogno meritevoli di attenzione sono richiamate nel paragrafo 2.3.

2.1. Demenze e Malattia di Alzheimer

In Sardegna, anche in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione, sono in aumento i casi di demenza senile, due terzi dei quali sono rappresentati dalla Malattia di Alzheimer, malattia degenerativa del sistema nervoso centrale ad andamento progressivo che rende le persone malate totalmente non autosufficienti.

I problemi delle persone con Malattia di Alzheimer e delle loro famiglie sono complessi e richiedono una valutazione adeguata, effettuata da specialisti e operatori con la collaborazione dei familiari. Sono necessari inoltre interventi basati su progetti personalizzati e integrati di assistenza, a carattere sanitario e sociale.

Oltre alla risposta sanitaria, il principale problema è il sostegno alla famiglia che, nella maggior parte dei casi, sopporta in solitudine il carico assistenziale e garantisce continuità di cure ai malati. La famiglia si trova a convivere con i malati, ad accudirli ed assisterli 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, affrontando disagi continui, costi onerosi, perdita di giornate lavorative e di tempo libero, con il conseguente isolamento dal contesto sociale ed il deterioramento della qualità di vita di tutti i componenti il nucleo familiare.

Epidemiologia

Sostegno alla famiglia

In Sardegna, in concomitanza con il progetto ministeriale Cronos, sono state istituite 14 Unità Valutative Alzheimer (UVA) omogeneamente diffuse in tutta la regione, gestite da competenze specialistiche geriatriche, neurologiche e psichiatriche. Il bilancio di attività, a quattro anni dalla loro nascita, presenta numerose ombre. Tutte le UVA hanno operato con una dotazione di personale inadeguata a fronte di una necessità valutativa estremamente dispendiosa. L'attività è limitata al momento diagnostico e terapeutico (senza garantire la presa in carico della globalità dei bisogni), con scarsa integrazione con i servizi sociali e con la rete dei servizi. Le esperienze di sostegno e formazione dei familiari delle persone affette da malattia di Alzheimer sono ancora episodiche.

Situazione attuale

Al fine di qualificare le risposte assistenziali, il Piano individua i seguenti obiettivi da realizzare su tutto il territorio regionale:

Obiettivi

- promuovere l'invio all'UVA per una diagnosi tempestiva della patologia, anche attraverso il rafforzamento del ruolo attivo dei medici di medicina generale;
- favorire l'assistenza continuativa ed integrata dell'anziano attraverso l'adozione di piani personalizzati di assistenza in grado di prevedere risposte appropriate rispetto ai bisogni della persona e della sua famiglia;
- favorire il miglioramento degli ambienti di vita quotidiana, rilevanti ai fini della terapia e del contenimento della progressione della malattia;
- promuovere interventi di sostegno alla famiglia, anche attraverso la formazione dei familiari che si prendono cura della persona con demenza.

A tal fine ogni azienda sanitaria locale, anche tenendo conto di quanto indicato dal *Piano locale unitario dei servizi (PLUS)*, elabora uno specifico programma volto ad individuare nel territorio di propria competenza:

Azioni

- i centri di riferimento per diagnosi e terapia;
- le modalità di erogazione dell'assistenza domiciliare da parte di personale adeguatamente preparato;
- i centri diurni nei quali dare risposte di tipo terapeutico e di sollievo ai familiari;
- gli interventi per il sostegno alle famiglie, anche attraverso i gruppi di auto aiuto, nella gestione del malato;
- i ricoveri di "sollievo" per brevi periodi in strutture specializzate;
- le strutture residenziali specializzate sul territorio con moduli espressamente dedicati ai malati con demenze;
- gli interventi di formazione specifica per i medici di medicina generale.

La Regione, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, definisce i criteri per il monitoraggio della qualità dell'assistenza, finalizzati a garantire il medesimo livello di risposta su tutto il territorio.

Per garantire un'adeguata presa in carico della persona con malattia di Alzheimer si promuove la valutazione multiprofessionale del bisogno sociosanitario.

2.2. Malattie reumatiche e autoimmunitarie

Le malattie reumatiche e autoimmunitarie costituiscono una delle maggiori cause di ricorso ai servizi sanitari (nell'età adulta e anziana) e sono responsabili di alterazioni e limitazioni funzionali che possono condizionare notevolmente la qualità della vita di chi ne è colpito. Si tratta in gran parte di affezioni croniche che possono esordire anche in giovane età.

Epidemiologia

La Sardegna ha un'elevata presenza di persone con malattie reumatiche. Considerata l'alta prevalenza nella popolazione sarda di malattie a patogenesi immuno-mediata ed il previsto rapido invecchiamento della popolazione, si può ragionevolmente prevedere un ulteriore incremento della frequenza di queste malattie, comprese le forme più gravi.

Attualmente l'assistenza reumatologica in Sardegna appare carente sotto numerosi profili. Si osserva un'assenza quasi totale di servizi ospedalieri specialistici reumatologici (semplici o complessi) e di medici specialisti reumatologi presso gli ambulatori. L'attività ambulatoriale è, pertanto, insufficiente e comporta lunghi tempi d'attesa. Le poche strutture specialistiche reumatologiche esistenti sono distribuite nel territorio in modo inadeguato.

La situazione attuale

La mancanza di strutture specialistiche reumatologiche sul territorio ha come conseguenza un'inadeguata qualità dell'assistenza (anche per l'erronea afferenza specialistica del malato) e ritardi nell'accesso a trattamenti appropriati.

Tale situazione appare singolare, posto che in Sardegna esistono due Scuole di Specializzazione in Reumatologia che hanno già formato e stanno formando un elevato numero di specialisti in Reumatologia.

L'assistenza sanitaria al malato reumatico deve essere garantita attraverso una rete assistenziale specificamente finalizzata ad assicurare interventi di prevenzione e trattamenti terapeutici e riabilitativi, oltre che azioni di supporto al malato ed alla sua famiglia. La rete prevede il coinvolgimento dei medici di medicina generale e l'utilizzo di ambulatori specialistici, reparti di degenza per ricoveri ordinari, servizi di ricovero in day-hospital, servizi per la riabilitazione, assistenza domiciliare.

La rete di assistenza

La rete mira a garantire trattamenti assistenziali appropriati rispetto alle specifiche esigenze dei pazienti affetti da malattie reumatiche e autoimmunitarie e ad assicurare all'intera popolazione regionale adeguate condizioni di accesso ai trattamenti, sulla base delle evidenze scientifiche

circa l'efficacia dei diversi interventi. In particolare, con riguardo alla recente introduzione degli agenti biologici, farmaci costosi che necessitano di un monitoraggio specialistico, è indispensabile promuoverne un uso appropriato attraverso una corretta valutazione dei pazienti idonei e il monitoraggio degli effetti terapeutici e collaterali.

Per il triennio di validità, il Piano propone i seguenti obiettivi strategici:

Obiettivi strategici

- creazione di una Rete integrata per l'assistenza reumatologica diffusa in tutto il territorio regionale, tenuto conto delle condizioni geografiche e della rete viaria;
- creazione di una struttura ospedaliera reumatologica di alta specializzazione con funzione di riferimento per tutta l'area regionale;
- creazione di un servizio reumatologico in ogni azienda sanitaria locale, con funzione di riferimento specialistico per il territorio della rispettiva ASL e di raccordo con la struttura di alta specializzazione regionale;
- istituzione di servizi ambulatoriali specialistici distrettuali con funzione di collegamento con il medico di medicina generale e con le strutture reumatologiche aziendali;
- definizione di protocolli di screening e di valutazione clinica finalizzati alla diagnosi precoce e adottati sulla base di standard uniformi su tutto il territorio regionale;
- realizzazione di un piano di sensibilizzazione e aggiornamento dei medici di medicina generale sulle tematiche connesse all'assistenza reumatologica.

Le malattie endocrine

La prevalenza e l'incidenza delle malattie endocrine e **dismetaboliche** in Sardegna è particolarmente rilevante, principalmente per le malattie tiroidee anche a causa della persistente carenza iodica: recenti indagini hanno dimostrato che oltre il 50% della popolazione di età superiore a 50 anni è affetto da gozzo multinodulare. A fronte di una patologia complessa e di notevole impatto epidemiologico, le strutture sanitarie endocrinologiche in Sardegna sono ancora carenti.

Epidemiologia

Relativamente a quest'area di bisogno gli obiettivi per il triennio di vigenza del Piano sono:

Obiettivi

- il potenziamento di adeguate strutture ambulatoriali in grado di fornire una completa attività diagnostica e terapeutica;
- il rafforzamento dei servizi di medicina nucleare che garantiscano la "degenza protetta" per la terapia radiometabolica;
- lo sviluppo di tutte le attività di medicina preventiva e di informazione sanitaria, comprese quelle di screening raccomandate a livello nazionale;

- lo screening neonatale per l'ipotiroidismo congenito, assicurato dal Servizio di Endocrinologia Pediatrica dell'Ospedale Microcitemico di Cagliari, garantendo l'adeguamento alla normativa nazionale sui centri regionali di screening.

2.3. Altre aree di bisogno di particolare rilevanza

Oltre alle patologie di cui ai precedenti paragrafi, pare opportuno dedicare attenzione ad ulteriori aree di bisogno rispetto alle quali sono necessarie azioni di consolidamento e/o di potenziamento delle attività in atto, oltre che di monitoraggio delle attività svolte, al fine di garantire un "buon governo" dell'intero sistema.

Donazioni e trapianti

Le attività di prelievo e di trapianto di organi, tessuti e cellule sono una realtà sempre più significativa anche nella casistica di questa regione.

I trapianti d'organo rappresentano un'attività clinica consolidata che garantisce sopravvivenza e qualità di vita.

Nel 2004 in Sardegna sono stati segnalati 30 donatori per ogni milione di persone, con una tendenza all'aumento che secondo le prime stime del 2005 collocherebbero la Regione al di sopra della media nazionale. La percentuale di opposizione alla donazione è del 20%, contro una media nazionale del 27%. Nel 2005 sono stati effettuati 59 trapianti di rene (35 a Cagliari, 24 a Sassari), 30 trapianti di fegato a Cagliari, 8 trapianti di cuore ed 1 di rene-pancreas sempre nel capoluogo.

Nonostante i buoni risultati, la Sardegna non riesce tuttavia a garantire il totale soddisfacimento delle richieste di trapianto, in costante aumento. Tale carenza è determinata da più fattori:

- difficile identificazione dei potenziali donatori
- insufficienza delle rianimazioni rispetto alle reali necessità;
- carenze organizzative nel trasporto dei pazienti neurolesi verso le rianimazioni.

Per superare le insufficienze suindicate, obiettivi per il triennio di vigenza del piano sono i seguenti:

- aumentare il numero di donatori segnalati e di donatori effettivi nonché ridurre la percentuale di opposizioni alla donazione, anche attraverso azioni di sensibilizzazione alla cultura della donazione con lo sviluppo di attività formative nelle scuole, l'organizzazione di incontri seminariali e la produzione di materiale divulgativo anche con il concorso delle Associazioni dei pazienti e dei volontari;

Obiettivi

- monitorare l'attività dei centri trapianti e garantire gli standard qualitativi e quantitativi previsti dal Centro Nazionale Trapianti (Conferenza Stato-Regioni documento 232 del 3 ottobre 2002 e 1966 del 29 aprile 2004);
- provvedere all'istituzione della banca di sangue placentare e all'attivazione della banca delle cornee, anche attraverso la stipula di apposita convenzione con altre regioni entro il 2007;
- favorire lo sviluppo di attività di ricerca e sperimentazione connesse al trapianto;
- predisporre un idoneo servizio di accoglienza e di sostegno psico-sociale ai pazienti ed ai familiari nelle fasi di donazione e trapianto.

La salute della bocca

In Italia circa il 6% delle prestazioni odontoiatriche sono offerte dal sistema pubblico. L'insufficiente offerta pubblica e l'alto costo delle prestazioni impediscono alla popolazione meno abbiente di accedere ad un livello adeguato di salute della bocca.

Il servizio sanitario regionale ha risposto sinora in maniera insufficiente alla domanda di salute orale. Con il presente Piano la Regione intende migliorare la propria risposta sotto il profilo quantitativo e qualitativo, in maniera innovativa, attraverso l'individuazione di precisi target di popolazione. In particolare si intendono individuare le fasce deboli e più a rischio di salute (anziani, adolescenti, persone con disabilità) come popolazioni bersaglio sulle quali concentrare l'intervento pubblico.

La Regione promuove nel periodo di vigenza del Piano un progetto obiettivo di durata biennale finalizzato alla realizzazione di:

Progetto obiettivo

- un programma sperimentale di protesi sociale destinata ad anziani ultrasessantacinquenni, prevedendo l'accesso alle prestazioni in base alla presenza di edentulia totale o parziale ed alla prevenzione delle stesse, nonché una prevenzione delle patologie cancerose e pre-cancerose;
- un programma di prevenzione delle malocclusioni dentarie, all'origine della gran parte delle patologie cariose, parodontali e disfunzionali, per bambini e adolescenti, individuando due età filtro definite sulla base delle indicazioni dell'OMS.

I criteri di accesso al servizio dovranno considerare le condizioni economiche disagiate, la possibilità, anche parziale, di contribuzione dei cittadini alle prestazioni, la priorità per i pazienti affetti da handicap psichici o fisici che generino non autosufficienza.

I programmi saranno garantiti prioritariamente presso le strutture pubbliche.

La Medicina del dolore

Il controllo del dolore, sia nel paziente affetto da patologie maligne che nel paziente che soffre di patologie benigne, è un imperativo morale e un indice di civiltà.

L'efficienza della risposta a tale domanda sanitaria assume particolare rilevanza etica nell'attuale contesto culturale caratterizzato dal dibattito sul valore fondamentale della dignità della vita.

Il dolore deve essere affrontato con competenza specialistica seguendo un'adeguata sequenza metodologica che consenta una diagnosi algologica corretta, una appropriata scelta terapeutica nonché l'esecuzione ed il monitoraggio della terapia.

Il malato affetto da una patologia dolorosa acuta o cronica necessita di trovare risposta alle proprie esigenze di salute quanto più vicino possibile alla propria residenza, al fine di evitare lunghi spostamenti, spesso causa di aggravamenti di quadri clinici complessi.

Questo può essere realizzato garantendo la terapia del dolore anche nei presidi che ancora non vi abbiano provveduto.

Obiettivo del piano è quello di creare una rete integrata per la gestione ed il trattamento del dolore cronico che comprenda un centro ad alta specializzazione con funzione di riferimento per l'intera Regione, individuato presso l'ospedale Businco di Cagliari, e riferimenti aziendali con differente grado di autonomia in relazione alle dimensioni del bacino di utenza ed alla complessità del presidio ospedaliero, presso i servizi di anestesia e rianimazione.

Obiettivi

Le attività di terapia del dolore saranno strettamente collegate con la rete territoriale di competenza e con i medici di medicina generale, assicurando l'attuazione delle cure palliative ai malati in fase terminale, rapportandosi, all'interno delle Aziende Ospedaliere, con i reparti di diagnosi e cura ed assicurando l'assistenza necessaria anche di cure palliative per i malati affetti da dolore cronico di origine neoplastica o di altra origine.

L'assistenza sanitaria alle persone detenute

In Sardegna l'assistenza sanitaria alle persone detenute presenta gravi difficoltà organizzative e di erogazione delle prestazioni. La drammatica situazione in cui versano i detenuti delle carceri isolate è stata evidenziata anche dalla risoluzione sulla situazione delle carceri in Sardegna, presentata dalla II Commissione permanente del Consiglio Regionale e approvata all'unanimità il 16 febbraio 2005.

Nel rispetto del "Principio di equivalenza delle cure" sancito dall'OMS e del diritto garantito dall'articolo 32 della Costituzione Italiana, la Regione Sardegna si impegna ad assicurare alle persone detenute le stesse opportunità di cura che sono assicurate a tutti gli altri membri della comunità.

A tal fine il presente Piano prevede, d'intesa con l'Amministrazione penitenziaria, con l'Ufficio per i minori e le istituzioni ordinarie sanitarie, la predisposizione di un programma di interventi che definisca in particolare:

Programma di interventi

- le mappe di rischio e gli obiettivi di salute da raggiungere in ciascuno degli Istituti Penitenziari con priorità per la prevenzione, l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze, ai minori ed alle persone con disturbo mentale;
- le modalità organizzative attraverso le quali il Servizio Sanitario regionale può garantire l'assistenza sanitaria continuativa alle persone detenute, in maniera integrata con la rete dei presidi e dei servizi sanitari regionali, salvaguardando le professionalità acquisite e le peculiarità del servizio all'interno delle carceri;
- i programmi di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari delle carceri sarde;
- attuazione della convenzione siglata con l'Amministrazione Penitenziaria al fine di garantire la presa in carico da parte dei Servizi di Salute Mentale delle persone con disturbo mentale detenute negli Istituti Penitenziari dell'Isola.

Il monitoraggio e la valutazione dell'attuazione del programma di interventi è affidata ad un *Osservatorio permanente per il diritto alla salute negli Istituti Penitenziari* composto da rappresentanti di tutte le istituzioni competenti, delle associazioni di familiari e del volontariato.

Le malattie gastroenteriche

Le patologie gastro-intestinali, di rilevante impatto economico e sociale oltre che sul benessere della popolazione, richiedono interventi estesi e mirati al fine di garantire una prevenzione efficace ed una diagnosi precoce delle patologie dell'apparato digerente. Tra queste rientrano le patologie gastro-intestinali ad eziopatogenesi autoimmune (morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa tra le altre), la malattia celiaca, le epatopatie di origine infettiva e tossica (cirrosi, epatiti virali).

Queste ultime hanno, tra i fattori eziopatogenetici principali l'alcolismo particolarmente presente in Sardegna anche in età giovanile. Per questo motivo, il Servizio Sanitario Regionale dedicherà particolare attenzione alla prevenzione di queste patologie, anche con una forte

azione educativa, attraverso i distretti ed i PLUS, in particolare nei territori in cui l'alcolismo ha incidenza.

Obiettivi per il triennio di vigenza del Piano sono i seguenti:

Obiettivi

- attivazione di programmi di informazione e di educazione sanitaria che riducano la diffusione delle patologie gastroenteriche in particolare di quelle alimentari, alcol correlate o virus correlate;
- creazione di una rete di servizi di gastroenterologia ed endoscopia diffusi su tutto il territorio regionale con compiti non solo diagnostico-terapeutici ma anche di prevenzione primaria e secondaria;
- creazione di sistemi alternativi di presa in carico del paziente facilitando la deospedalizzazione attraverso protocolli di consulenza e collaborazione con i medici di medicina generale.

Per l'ampia diffusione in Sardegna, la malattia celiaca richiede una particolare attenzione strategica.

La malattia celiaca

Le manifestazioni cliniche della malattia celiaca (MC) sono molteplici; l'evoluzione delle conoscenze scientifiche avvenuta in questi ultimi anni ha permesso di inquadrare in maniera più completa la celiachia in tutti i suoi aspetti, anche se l'estrema eterogeneità delle diverse forme cliniche (quadri atipici o silenti) può rendere difficile o, comunque, tardiva la diagnosi.

Indagini di screening hanno evidenziato che, almeno in età pediatrica, la MC è una delle patologie croniche più frequenti in assoluto: 1 caso ogni 180 soggetti tra gli 11 ed i 14 anni e che, per ogni caso di celiachia correttamente diagnosticato, ve ne sono 7 che sfuggono alla diagnosi clinica.

Obiettivo del Piano regionale dei servizi sanitari è:

Obiettivi

- approntare, anche in collaborazione con le associazioni dei malati e dei familiari, un programma di screening ai gruppi di popolazione a rischio: familiari di 1° grado del celiaco, soggetti con sintomi indicativi di una forma sfumata atipica, pazienti con determinate patologie associate;
- consentire il rifornimento dei prodotti dietetici in qualunque farmacia o esercizio autorizzato della Sardegna.

La medicina dello sport

Ogni azienda sanitaria locale istituisce e potenzia, nell'ambito delle attività distrettuali, l'attività ambulatoriale territoriale e i centri di medicina dello sport, ove esistenti, con la finalità di garantire la tutela della salute della popolazione, con specifico riferimento alla medicina dello sport.

Obiettivi per il triennio di vigenza del Piano sono i seguenti:

Obiettivi

- monitorare il rispetto dell'obbligo della certificazione di idoneità allo sport agonistico;
- promuovere programmi di educazione sanitaria in merito ai benefici dell'attività fisica e agli effetti dannosi delle pratiche dopanti anche con il coinvolgimento delle associazioni di promozione sportiva e delle federazioni sportive, degli enti locali, delle Università, delle scuole e degli altri soggetti interessati;
- elaborare linee-guida per la valutazione dei soggetti a rischio e dei soggetti con patologie croniche, per la conseguente prescrizione di attività fisiche;
- garantire il rispetto della normativa vigente sulla visita gratuita per i giovani di età non superiore ai 18 anni;
- garantire gli adempimenti previsti dalla normativa nazionale in materia di laboratori antidoping attraverso l'attività di laboratori ospedalieri operanti nella regione e attraverso convenzione con uno dei centri nazionali già esistenti.

L'epilessia

L'epilessia è una malattia organica del sistema nervoso centrale che si manifesta in tutte le età e colpisce 1 persona su 200 (prevalenza intorno allo 0.5-0.6%); in Sardegna vivono circa 10.000 persone affette (la metà di esse ha meno di 20 anni) con una incidenza tra 500 ed 800 casi/anno; inoltre 3-4 persone su 100 hanno una crisi unica nel corso della vita, per cui la necessità di diagnosi differenziale è 12 volte maggiore.

Epidemiologia

L'incidenza e la prevalenza sono superiori sia nel primo anno di vita che negli anziani (circa l'1% della popolazione)

Le cause della malattia sono: genetiche (20%), secondarie a lesioni o malattie note del cervello nel 40% e ignote nel 30-40%.

L'influenza della malattia sulla qualità della vita è elevata, sia perché può durare tutta la vita, sia per il diffuso pregiudizio sociale.

Le persone affette da epilessia hanno un rischio di mortalità maggiore rispetto al resto della popolazione ed il rischio aumenta nei pazienti farmacoresistenti.

La diagnosi e la cura di questa malattia richiede una particolare competenza delle professioni sanitarie ed adeguate attrezzature tecnologiche.

Al fine di garantire alle persone con sospetto o diagnosi di epilessia un'assistenza che risponda a criteri di qualità e competenza, si propone di istituire una rete regionale coordinata di Centri di diagnosi e cura dell'epilessia.

Obiettivi per il triennio di vigenza del Piano sono:

Obiettivi

- riqualificare l'offerta e la qualità diagnostico-terapeutica alle persone sospette/affette da epilessia;
- ridurre il ricorso all'ospedalizzazione a favore di un'assistenza ambulatoriale o di day hospital;
- ampliare la rete di competenze epilettologiche coprendo le aree carenti;
- ridurre il ricorso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche extraisolane.

il Piano propone l'istituzione di una rete regionale di assistenza alle persone affette da epilessia.

L'obesità

In Sardegna la percentuale di persone affette da obesità è ormai del 9,6% e quella dei soprappeso è del 34,8% secondo dati relativi dell'Istituto superiore di sanità al 2004. Studi epidemiologici sulla popolazione scolastica evidenziano una crescita preoccupante dell'obesità; nelle scuole medie, i maschi in soprappeso sono il 15,5% e gli obesi il 4,5% mentre le femmine in soprappeso sono il 14,5% e le obese il 2%.

Epidemiologia

Nei licei e istituti professionali i maschi in soprappeso sono il 17,9% e gli obesi il 2,5% mentre le femmine in soprappeso sono il 1,6%.

Ciò che riduce l'aspettativa di vita delle persone affette da obesità e soprappeso non è l'eccesso di peso in sé ma le conseguenze che esso produce: dislipidemie, malattie cardio-vascolari, cardiorespiratorie, osteoarticolari, diabete mellito di tipo 2.

In ambito sanitario sino ad oggi si è cercato di combattere il problema dell'obesità in maniera settoriale e frammentata, inviando ai vari specialisti e ai reparti di competenza le patologie da complicazione e non occupandosi in maniera specifica delle cause dell'obesità.

In tal modo si sostengono costi sanitari diretti e indiretti elevatissimi senza riuscire per contro ad incidere sull'estensione del problema che, per definizione dell'OMS, sta ormai assumendo un carattere di tipo epidemico (i dati ISTAT evidenziano un + 25% di obesi dal 1991 al 2000).

A tutt'oggi non esistono strutture sanitarie di riferimento né sul territorio né negli ospedali che si occupino specificamente dei problemi dell'obesità, del sovrappeso e delle complicanze.

Gli obiettivi da perseguire nel triennio 2006-2008 sono:

Obiettivi

- garantire in ogni ASL, nei servizi territoriali e nella medicina scolastica, la presenza di professionalità dedicate al recupero e cura delle persone affette da obesità, sovrappeso e loro complicanze, con equipe a carattere multidisciplinare;
- definizione di adeguati standard diagnostici e terapeutici;
- ottimizzazione dei percorsi assistenziali tra strutture di diverso livello;
- individuazione precoce dei soggetti a rischio in relazione alla popolazione residente;
- definizione di un Progetto Obiettivo regionale di educazione sanitaria sulle abitudini alimentari da attuarsi nelle scuole dell'obbligo.

3. PATOLOGIE CON MAGGIORE INCIDENZA EPIDEMIOLOGICA

Il terzo “obiettivo di salute” del Piano 2006-2008 si propone di contrastare alcune patologie ad elevata incidenza presso la popolazione.

Le aree di intervento rispetto alle quali il Piano intende concentrare l’attenzione sono:

- le malattie cardiovascolari,
- i disturbi circolatori dell’encefalo,
- le malattie respiratorie;
- l’asma bronchiale e le malattie allergiche.

Ulteriori patologie ad elevata rilevanza (malattie oncologiche e disagio mentale) sono specificamente trattate nei successivi punti 4 e 5, quali “obiettivi di salute” cui riservare particolare attenzione.

3.1. *Malattie cardiovascolari*

Le patologie cardiovascolari rappresentano un importante *carico di malattia* in Sardegna, per la loro prevalenza **in termini di morbilità e disabilità e per il tasso di mortalità**, per l’assorbimento di risorse e il ricorso ai servizi sanitari.

Epidemiologia

In base ai dati dell’Istituto Superiore di Sanità, la situazione regionale appare particolarmente preoccupante.

Fra gli adulti, il 33% degli uomini e il 29% delle donne è iperteso (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure sotto trattamento specifico). Il 21% degli uomini e il 28% delle donne ha una ipercolesterolemia (valore uguale o superiore a 240 mg/dl). Il 26% degli uomini e il 33% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero. Il 23% degli uomini fuma in media 18 sigarette al giorno, e il 19% delle donne ne fuma in media 13 al giorno. Il 16% degli uomini e il 14% delle donne è obeso. Il 7% degli uomini e il 6% delle donne è diabetico (glicemia superiore a 126 mg/dl).

Secondo dati dell’Osservatorio epidemiologico regionale, nel 2005 si sono verificati in Sardegna 4.125 ricoveri per sindromi coronariche acute, di cui 2.550 infarti acuti del miocardio (IMA). Di questi il 21% è stato accolto in strutture dotate di UTIC (Unità Terapia Intensiva Coronarica), il rimanente 79% in posti letto di altri reparti dei presidi ospedalieri. Solo il 65% dei pazienti colpiti da IMA riceve un’adeguata terapia ripercussiva (21% PTCA primaria, 44% trombolisi), mentre il rimanente 35% non viene trattato per motivi in larga parte connessi al ritardo nei tempi di ricovero.

La situazione attuale

L’efficienza del sistema di assistenza sul territorio è principalmente limitata dallo scarso numero di ambulanze medicalizzate, dalla insufficiente capacità

diagnostica e terapeutica e dall'assenza di un elisoccorso (particolarmente utile in un territorio con le caratteristiche geografiche dell'interno dell'Isola).

Al fine di coniugare le esigenze di miglioramento della qualità del servizio e di equità nell'accesso a trattamenti appropriati, il Piano promuove la realizzazione di una rete integrata per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle malattie cardiovascolari, organizzata in modo da assicurare continuità assistenziale e adeguata integrazione tra i diversi programmi di intervento.

La rete integrata

Obiettivi del triennio, da realizzare attraverso la riorganizzazione in rete dei servizi e dei programmi di intervento, sono:

Obiettivi

- promozione di attività di *prevenzione* delle malattie cardiovascolari, mirate alla sensibilizzazione sui rischi connessi a stili di vita scorretti, a partire dalle scuole dell'obbligo e negli ambienti di lavoro, anche coinvolgendo le associazioni dei medici, del volontariato e i datori di lavoro in specifici programmi;
- aumento della *copertura* assistenziale sull'intero territorio regionale, anche attraverso il potenziamento dell'offerta di posti letto in cardiologia e in UTIC (attualmente notevolmente inferiore alla media nazionale);
- miglioramento della *qualità* dell'assistenza assicurata alle *emergenze* cardiologiche, in particolare garantendo il trattamento precoce delle patologie acute, allo scopo di ridurre la mortalità evitabile e di favorire il recupero e il reinserimento delle persone colpite da sindromi coronariche acute;
- potenziamento delle attività di *riabilitazione*, soprattutto in fase precoce, per favorire il reinserimento sociale del paziente, ottimizzando i percorsi assistenziali tra strutture di diverso livello;
- garantire la continuità assistenziale, ridurre le ospedalizzazioni e migliorare la qualità della vita del paziente con scompenso cronico, anche sperimentando nuove forme di assistenza ambulatoriale e domiciliare.

Lo scompenso cardiaco

Nell'ambito delle malattie cardiovascolari, lo scompenso cardiaco (SC) colpisce l'1,5-2% della popolazione nel mondo occidentale, ma è in rapido aumento con l'invecchiamento della popolazione: in Italia è dal 2003 la seconda causa di ricovero ospedaliero e rappresenta la patologia che assorbe la maggior quantità di risorse dell'assistenza ospedaliera.

Relativamente allo scompenso cardiaco gli obiettivi per il triennio di vigenza del Piano sono:

Obiettivi

1. la costituzione di una rete integrata per la gestione della sindrome coronarica acuta, con l'obiettivo di condividere i criteri di indirizzo dei pazienti alle strutture riabilitative ed a quelle in grado di garantire procedure diagnostiche e terapeutiche avanzate;
2. l'individuazione del distretto come sede strategica per l'attuazione, all'interno di strutture poliambulatoriali, del percorso integrato di cura;
3. l'individuazione di risorse specialistiche in ogni presidio in grado di garantire la gestione del paziente assicurando la continuità assistenziale all'interno e all'esterno della struttura ospedaliera anche con il coinvolgimento del medico di medicina generale e dello specialista ambulatoriale;
4. la predisposizione di linee guida per la formazione del personale, l'organizzazione aziendale, i percorsi diagnostico-terapeutici, con definizione dei criteri di ricovero in UTIC e/o terapia intensiva o semintensiva e trasferimento nei reparti di degenza ordinaria o di cure intermedie, coinvolgimento dei MMG nei protocolli terapeutici, identificazione di indicatori di struttura, percorso e risultato della fase territoriale.

Con riferimento al sistema di assistenza per le Sindromi Coronariche Acute, il Piano si propone la realizzazione di una "*Rete per le emergenze cardiologiche*", funzionalmente integrata, in base ad appositi protocolli condivisi, con il servizio di 118, le UTIC, i laboratori di emodinamica interventistica, le cardiocirurgie e i reparti di cardiologia o medicina laddove non siano presenti UTIC.

Al fine di supportare l'organizzazione della rete è istituito un gruppo regionale per le emergenze cardiologiche con funzione di analisi dei problemi e proposta di protocolli operativi.

La rete integrata deve soddisfare una duplice esigenza:

1. concentrare i servizi caratterizzati da maggiore complessità e più elevata tecnologia;
2. assicurare la tempestività di accesso ai servizi e la loro massima fruibilità.

La rete è articolata su due centri (Hub) maggiori (capofila), uno per il centro-nord (bacino di utenza di circa 600.000 abitanti) e uno articolato su due sedi per il centro-sud (circa 1.000.000 abitanti), coincidenti con le due centrali operative del 118. In tali centri è presente la cardiocirurgia, il servizio di emodinamica e la riabilitazione cardiologica. Sono previsti fino a tre "hub minori", dotati di UTIC con emodinamica, da individuare tenuto conto dei fabbisogni della popolazione e degli standard minimi di attività a garanzia della qualità della risposta assistenziale.

Rete Regionale
per le emergenze
cardiologiche

La rete opera in modo da tendere all'obiettivo di assicurare la terapia ripercussiva a tutti i pazienti che ne hanno bisogno, prevedendo interventi differenziati a seconda delle condizioni cliniche e dell'ambito territoriale. La rete è definita sulla base dell'organizzazione esistente e previa soluzione delle carenze strutturali e organizzative. Prevede specifici rapporti tra gli ospedali periferici e i centri di Cagliari e Sassari, in modo da consentire una gestione ottimale dei trasferimenti dei pazienti e del ricorso a procedure diagnostiche e terapeutiche invasive.

Strumenti prioritari per una gestione appropriata delle Sindromi Coronariche Acute, partendo dall'assistenza nel territorio per giungere all'assistenza ospedaliera, sono:

- a) sistema capillare di intervento sul territorio, basato sulle reti del 118, in grado di ridurre al minimo i tempi di intervento pre-ospedalieri;
- b) protocolli per la diagnosi e la precoce stratificazione del rischio in ambulanza;
- c) addestramento del personale per iniziare il trattamento ripercussivo in ambulanza, quando indicato;
- d) protocolli per definire trattamenti ottimali che prevedano l'invio diretto dei pazienti a più alto rischio alle strutture complesse, con trasferimento all'UTIC di competenza dopo il trattamento.

La riabilitazione cardiologica rappresenta l'insieme degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali affinché i pazienti con cardiopatia postacuta o cronica possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società. Secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la riabilitazione cardiovascolare deve costituire parte integrante del trattamento a lungo termine di tutti i pazienti cardiopatici. Il programma deve essere elaborato e condotto da personale competente e dedicato e deve prevedere il coinvolgimento dei familiari.

Riabilitazione
cardiologica

A tal fine vengono individuati due servizi di riabilitazione cardiologica presso l'azienda ospedaliera Brotzu di Cagliari e l'Ospedale Santissima Annunziata di Sassari, valutando la possibilità di istituire nuovi servizi, in relazione alla capacità di soddisfare la domanda delle persone colpite dalla patologia cardiovascolare.

3.2. Disturbi circolatori dell'Encefalo (Ictus Cerebrale)

I disturbi circolatori dell'encefalo rappresentano, per dimensioni epidemiologiche e per impatto socio economico, un'importante problematica sanitaria. L'Ictus cerebrale costituisce infatti la prima causa di invalidità permanente nell'adulto, una delle più frequenti cause di morte e

Epidemiologia

la seconda causa di demenza. Il tasso di mortalità (M+F) per Disturbi Circolatori dell'Encefalo (ISTAT) nel 2002 in Sardegna è stato di 9,5 decessi per 10.000 abitanti (Italia 11,5). I trend storici rivelano una diminuzione del tasso di mortalità, spiegabile grazie al miglioramento degli interventi terapeutici ed alla diffusione delle pratiche preventive, mirate alla riduzione dei principali fattori di rischio. La letteratura scientifica documenta che interventi specializzati, rapidi, integrati e multidisciplinari riducono notevolmente la mortalità e le conseguenze invalidanti.

Nel territorio regionale, l'assistenza delle persone colpite da ictus è insufficiente sia per il trattamento acuto sia per la neuro riabilitazione e il reinserimento sociale.

La situazione attuale

Costituiscono obiettivi strategici da perseguire nel triennio di validità del Piano:

Obiettivi

- riorganizzazione e potenziamento della *rete assistenziale*, in particolare delle *Stroke Unit*, al fine di garantire tempestività dell'intervento nella fase iniziale; continuità assistenziale nella fase post-acuta, nel momento riabilitativo e di reinserimento sociale; programmi integrati di *follow up* post evento; valutazione dell'efficacia delle risposte;
- promozione delle attività di *prevenzione* nella popolazione generale e negli individui a rischio;
- sviluppo di programmi di *formazione specifica*, rivolta in particolare ai medici di medicina generale, ai medici di continuità assistenziale, ai medici del 118 e al personale infermieristico.

A tal fine, sono indicate le seguenti azioni da sviluppare a livello regionale e/o aziendale:

Azioni

- articolazione delle *Stroke Unit* sul territorio regionale in base al carico epidemiologico, alla qualificazione delle strutture eligibili, ai tempi di accesso per garantire risposte tempestive ed appropriate;
- individuazione della *Stroke Unit*, come risposta organizzata per pazienti con ictus acuto (entro 48 ore), con letti dedicati e personale (medico e infermieristico) adeguatamente formato;
- predisposizione di protocolli di collaborazione con i medici di medicina generale, sia per monitorare i pazienti a rischio sia per concordare i progetti di dimissione e riabilitazione;
- definizione di meccanismi operativi per il trasporto in emergenza ai centri dedicati, in modo da ridurre l'intervallo tra l'insorgere dell'evento e la presa in carico specialistica;
- qualificazione delle attività riabilitative, in modo da garantire un adeguato recupero delle funzioni temporaneamente compromesse;

- predisposizione e diffusione di linee di indirizzo regionali, di supporto tecnico, metodologico e organizzativo per le aziende USL, sulla base delle linee guida nazionali e internazionali.

Sulla base degli standard internazionali, sono individuati tre centri di riferimento della rete regionale delle *Stroke Unit*: a Cagliari presso l'Azienda Ospedaliera Brotzu; a Nuoro presso l'ospedale San Francesco e a Sassari presso l'ospedale Santissima Annunziata. Ad integrazione della rete, nelle altre aziende sanitarie sono attivati *Stroke team* in coerenza con quanto previsto dalle indicazioni nazionali.

Al fine di supportare l'attività di riorganizzazione dell'assistenza è costituito il *Gruppo regionale per l'Ictus cerebrale* composto da esperti nel settore, con funzioni di analisi dei problemi e proposta di soluzioni applicative dei protocolli (diagnostici, terapeutici e riabilitativi), nonché di valutazione dei risultati conseguiti.

Gruppo regionale
per l'ictus
cerebrale

3.3. Le malattie respiratorie

Le malattie respiratorie rappresentano in Sardegna la terza causa di morte (1.004 decessi nel 2002, ISTAT 2005), con un tasso di mortalità (M+F) di 62/100.000 abitanti, un'incidenza maggiore nelle decadi centrali della vita ed un'elevata mortalità nelle fasce di età più avanzate.

Le abitudini di vita e le condizioni dell'ambiente (in particolare nei poli industriali caratterizzati dalla presenza di importanti fattori di rischio) rappresentano le maggiori fonti di rischio per le malattie respiratorie.

Le malattie allergiche respiratorie esercitano un grave impatto sulla qualità della vita, sulla disabilità, sui costi diretti ed indiretti; in particolare, l'asma bronchiale, malattia sociale dal 1999, con un'incidenza di circa l'8-10%, costituisce un problema di sanità pubblica.

Oltre agli interventi sui fattori di rischio ambientale, costituiscono azioni da realizzare, tenuto conto delle specifiche esigenze aziendali:

Azioni

- l'attivazione di programmi di educazione sanitaria e screening, in collaborazione con le associazioni dei cittadini, nelle scuole e negli ambienti di lavoro;
- il potenziamento di programmi per la disassuefazione dal fumo di tabacco;
- la realizzazione di percorsi integrati, condivisi dai medici di medicina generale e dagli specialisti in Pneumologia e Riabilitazione respiratoria, tra il territorio e l'ospedale, in cui viene garantita una presa in carico globale del paziente, finalizzata al riconoscimento precoce delle forme di BPCO, Asma bronchiale e Tumori polmonari;

- lo sviluppo dell'offerta di posti letto di post-acuzie in Riabilitazione respiratoria che faranno fronte anche ai problemi dei malati in insufficienza respiratoria od in ossigenoterapia a lungo termine, in stretta collaborazione con le strutture di assistenza territoriale;
- l'istituzione nei tre centri pneumologici di Cagliari, Sassari e Nuoro, di Unità di Terapia respiratoria intensiva intermedia per i pazienti affetti da Insufficienza respiratoria cronica che necessitano del ricovero ospedaliero e dell'assistenza ventilatoria;
- l'istituzione di un Registro regionale allo scopo di rilevare i pazienti in ossigeno e ventiloterapia a domicilio.

In accordo anche con gli indirizzi espressi in materia dal Piano sanitario nazionale, si ritiene necessario promuovere la qualificazione dei servizi già attivi nel territorio, migliorando la qualità e l'accessibilità al fine di mantenere l'offerta ospedaliera nei tre centri pneumologici di Cagliari, Sassari e Nuoro, valorizzando l'unitarietà del percorso assistenziale dalla fase di criticità alla fase di assistenza domiciliare.

3.3bis Asma bronchiale e malattie allergiche

La prevalenza delle malattie allergiche, dermatite atopica, rinite allergica ed asma bronchiale, è significativamente aumentata negli ultimi anni.

Epidemiologia

L'incidenza nazionale dell'asma in età pediatrica è del 7-10% ed in Sardegna, secondo i risultati dello studio DRIAS, la diagnosi appare sottostimata del 2,8%. A causa della sottostima della prevalenza della malattia e della diagnosi di gravità si hanno numerosi accessi al Pronto Soccorso e ricoveri ospedalieri che comportano enormi carichi assistenziali e la perdita di numerose giornate scolastiche e lavorative.

Un altro aspetto sorprendente è che, nonostante la disponibilità di efficaci presidi diagnostici e terapeutici e di aggiornate linee guida, la mortalità della malattia appare in aumento.

L'asma bronchiale infantile è da ritenersi a tutti gli effetti una vera emergenza sociosanitaria anche perché i trend epidemiologici appaiono in crescita. Il controllo della malattia già nei primi anni di vita consente di ridurre la gravità della malattia stessa in età adulta.

Nonostante il numero crescente di queste patologie la regione Sardegna risulta carente di strutture interamente dedicate alla loro assistenza.

La Regione Sardegna dovrebbe essere in grado, nel triennio 2006-2008 di:

Obiettivi

- valutare l'epidemiologia delle malattie allergiche respiratorie;

- analizzare le cause dell'aumento dell'incidenza di queste malattie al fine di ridurre la loro morbilità intervenendo efficacemente sui fattori di rischio;
- permettere l'attuazione di procedure diagnostiche di 2° livello;
- monitorizzare la funzionalità respiratoria nel tempo al fine di meglio definire l'evoluzione del danno polmonare e la prognosi;
- definire l'incidenza dell'allergia alimentare e le reazioni cliniche all'assunzione di alimenti sensibilizzanti;
- valutare l'allergia ai farmaci e la terapia alternativa più appropriata;
- promuovere interventi educativi in ambito scolastico e familiare al fine di limitare l'abitudine al fumo, migliorare la gestione terapeutica delle malattie allergiche, la loro prevenzione e la qualità di vita;
- potenziare le attività diagnostiche e assistenziali per una corretta gestione delle malattie allergiche nell'infanzia.

4. MALATTIE ONCOLOGICHE

Nell'ambito degli "obiettivi di salute" e con riferimento alle patologie a particolare rilevanza epidemiologica il Piano 2006-2008 riserva specifica attenzione alle malattie oncologiche, rispetto alle quali l'offerta assistenziale appare ancora inadeguata.

A tal fine il Piano intende concentrare l'attenzione su tre obiettivi strategici:

- la costituzione di una rete regionale per l'assistenza oncologica, articolata su tre poli;
- il potenziamento delle cure palliative, anche attraverso la qualificazione di una rete territoriale;
- lo sviluppo di una rete per la radioterapia attraverso l'adeguamento delle dotazioni tecnologiche, professionali e strutturali.

4.1. Rete per l'assistenza oncologica

I tumori costituiscono la seconda causa di morte in Sardegna. Attualmente nell'Isola i bisogni sanitari in campo oncologico possono essere stimati solo approssimativamente, mediante ricorso alle statistiche sulla mortalità o estendendo all'ambito regionale le osservazioni del Registro Tumori dell'Azienda USL di Sassari. I dati di mortalità (ISTAT, dicembre 2005), nel periodo che va dal 1990 al 2002, indicano che il tasso di mortalità per tutti i tumori (M+F) in Sardegna è stato sempre inferiore a quello nazionale, ma ha mostrato una tendenza all'aumento; passando da circa 20 decessi/10.000 ab. del 1990 a 24 decessi/10.000 ab. del 2002 (Italia 26 nel 1990 e 28 nel 2002).

La standardizzazione per età e la stratificazione per genere mostrano una differenza col dato nazionale meno marcata ed una netta diversificazione tra i sessi a discapito di quello maschile.

Le proiezioni basate sull'evoluzione temporale della patologia oncologica, fanno stimare per la Sardegna il numero di nuovi casi all'anno pari a circa 7.800 tumori solidi e a 700 emopatie maligne.

A fronte di prime importanti informazioni circa l'incidenza, la sopravvivenza e la mortalità per cancro in Sardegna, non si dispone di dati adeguati relativamente ad aspetti rilevanti dell'offerta di assistenza sanitaria.

L'attività ospedaliera erogata ai malati tumorali può essere valutata sulla base dei dati contenuti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), disponibili per gli anni 2003-2005 con buon livello di affidabilità, con riferimento ai ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere operanti

Epidemiologia

L'assistenza in ospedale

all'interno della regione per problemi oncologici identificati sulla base della diagnosi principale di dimissione.

Nell'arco del triennio considerato, i ricoveri ospedalieri per tumori (benigni e maligni) **aumentano dal 2003 al 2005**, così come i trattamenti radio e chemio-terapici.

<i>Ricoveri oncologici in Sardegna</i>		
<i>anno</i>	<i>per tumori</i>	<i>per trattamenti radio e chemio-terapici</i>
2003	29.989	11.026
2004	31.312	11.401
2005	31.247	11.946

Per quanto riguarda le modalità di intervento, **aumentano** i ricoveri per tumore in regime ordinario (da 19.826 del 2003 a 20.539 del 2005) e, **seppur in misura minore, anche quelli** i day hospital (da 10.163 del 2003 a 10.708 del 2005). Per i trattamenti radio e chemio-terapici si nota un leggero calo dei ricoveri in regime ordinario (da 5.304 del 2003 a 5.087 del 2005) e un lieve aumento di quelli in day hospital (da 5.722 del 2003 a 5.859 del 2005).

L'area cagliaritana svolge un ruolo significativo nella produzione di ricoveri ospedalieri, grazie in particolare alla presenza di una struttura specialistica alla quale si rivolge una discreta quota della domanda regionale. Al di fuori dell'area metropolitana cagliaritana, l'attività appare relativamente dispersa, distribuita su un numero elevato di ospedali, per lo più con ridotti volumi di attività per singole tipologie di tumore.

Un aspetto rilevante dal punto di vista della garanzia del diritto alla salute riguarda la migrazione di pazienti per motivi di ricovero. Ogni anno circa 1.400 persone si spostano fuori Sardegna in occasione di ricoveri con una **diagnosi oncologica e circa 300 per trattamenti radio e chemio-terapici**. Il fenomeno è in gran parte da ricondurre alla carenza di coordinamento clinico e organizzativo nonché alla disomogenea distribuzione sul territorio dell'offerta assistenziale. Attraverso lo sviluppo di una rete di servizi per l'assistenza ai malati oncologici, il presente Piano si propone di ridurre progressivamente i disagi e i costi (diretti e indiretti) sopportati dai pazienti e dalle loro famiglie per la diagnosi ed il trattamento dei tumori, a partire da quelli più diffusi, per i quali l'offerta assistenziale sarda deve tendere a garantire adeguati servizi all'interno della Regione.

La migrazione fuori Sardegna

L'efficace contrasto della patologia neoplastica richiede interventi coordinati e integrati in termini di risorse dedicate alla prevenzione, alla

Obiettivi

diagnosi e alle cure oncologiche, nonché il coinvolgimento di tutti i soggetti in grado di collaborare fattivamente al miglioramento dell'assistenza oncologica, comprese per quanto di propria competenza le Università e le istituende Aziende ospedaliero-universitarie.

A tal fine è necessario:

- organizzare e finanziare, a livello aziendale, programmi di *screening attivo* del tumore della mammella, cervice uterina e colon-retto secondo le indicazioni della Commissione Oncologica Nazionale;
- promuovere interventi di sensibilizzazione e informazione sulla diagnosi precoce dei tumori cutanei e del melanoma;
- realizzare ed attivare un *coordinamento a rete* tra le diverse strutture sanitarie e sociali a diversa intensità di diagnosi e cura, assicurando l'integrazione e la comunicazione tra centro di riferimento regionale, strutture intermedie e centri periferici, in modo da consentire una gestione ottimale della persona;
- individuare il Centro di riferimento oncologico regionale presso l'Ospedale Oncologico "A. Businco" di Cagliari;
- potenziare le strutture oncologiche ospedaliere (per ricoveri ordinari e diurni), prevedendo una più adeguata distribuzione sul territorio e adeguare la rete delle strutture (unità semplici e complesse) in conformità agli standard previsti delle disposizioni vigenti;
- articolare territorialmente i Servizi di Anatomia Patologica, ubicandoli in rapporto alla distribuzione della popolazione e al fabbisogno di assistenza;
- potenziare e organizzare in rete i Centri di Radioterapia, in conformità agli standard previsti dalle disposizioni vigenti;
- realizzare la rete di Cure Palliative-Hospice a partire dagli interventi già deliberati dalla Regione.

La realizzazione degli obiettivi di Piano implica la creazione della Rete Oncologica Sarda, articolata in 3 Poli oncologici (indicativamente uno ogni 500.000 abitanti) uno con sede a Cagliari (per l'area meridionale), il secondo, operante su due sedi, Nuoro e Oristano (per l'area centrale) ed il terzo a Sassari (per l'area settentrionale).

3 Poli oncologici

In ogni ASL, l'assistenza oncologica ospedaliera è organizzata in Unità Operative di Oncologia semplice o complessa, possibilmente in ambito dipartimentale, localizzate sulla base dei fabbisogni di assistenza. L'assistenza ospedaliera è integrata con quella ambulatoriale e distrettuale, garantendo adeguata integrazione sociosanitaria.

I servizi di Anatomia Patologica sono articolati sul territorio in modo da garantire tempestività delle procedure diagnostiche, qualificazione delle attività di diagnosi e cura, prevenzione secondaria; la riorganizzazione

Il riequilibrio dell'Anatomia Patologica

comporta la progressiva riduzione delle Unità Operative concentrate nei presidi ospedalieri di Cagliari ed il potenziamento della risposta assistenziale nel nord della Sardegna.

Punto qualificante per lo sviluppo della rete oncologica è l'umanizzazione dei servizi, ovvero l'adozione di un approccio volto a "prenderci cura" della persona nella sua globalità, nelle sue molteplici dimensioni biologica, fisica, psicologica e sociale.

L'umanizzazione
dei servizi

A tal fine, è indispensabile sviluppare iniziative di formazione del personale sanitario (volte a fornire conoscenze e competenze in tema di etica nei rapporti tra paziente e professionista, di strategie comunicative e di integrazione fra le diverse professionalità), di miglioramento del comfort dell'ambiente ospedaliero (anche attraverso un'organizzazione del lavoro finalizzata al benessere del paziente), di realizzazione di iniziative di accoglienza e accompagnamento (anche coinvolgendo le associazioni di volontariato).

Le strutture sede di Polo oncologico attivano progetti di umanizzazione dell'assistenza sull'intero territorio di competenza.

Con riferimento alle attività di *prevenzione*, allo scopo di ridurre i costi umani, sociali e sanitari della patologia tumorale, il Piano propone la realizzazione di tre specifici interventi:

La prevenzione

- attivazione del Registro Tumori della Regione Sardegna;
- creazione di Gruppi di lavoro sulle aree a rischio;
- potenziamento dei Centri di Prevenzione Oncologica.

Per ognuno di tali interventi, si riportano di seguito prime indicazioni.

Tenuto conto della particolare situazione della patologia in Sardegna, il Piano si pone l'obiettivo di pervenire all'istituzione del *Registro Tumori della Regione Sardegna* quale strumento per migliorare l'efficacia delle iniziative di prevenzione primaria e secondaria e di ricerca finalizzata. Il Registro raccoglie ed elabora le informazioni prodotte dai servizi sulla patologia oncologica incidente nel territorio e le restituisce agli stessi servizi al fine di meglio orientare le attività. Il Registro, organizzato secondo le più avanzate metodologie internazionali, dovrà prevedere l'accreditamento presso l'AIRT, Associazione Italiana Registri Tumori, e presso l'IACR, International Association of Cancer Registries

Registro Tumori
della Regione
Sardeana

Nelle singole ASL sono istituiti *Gruppi di lavoro sulle aree a rischio* finalizzati alla realizzazione di analisi e valutazioni tecniche del rischio oncogeno, anche in collaborazione con l'Arpas. I Gruppi contribuiscono alla predisposizione di una mappa del territorio nella quale siano identificate le fonti di emissioni ambientali che costituiscono un potenziale fattore di rischio oncogeno per la popolazione e le aree suscettibili di monitoraggio. I

Gruppi di lavoro
sulle aree a
rischio

Gruppi contribuiscono altresì alla valutazione di impatto ambientale, in tema di effetti sulla salute della popolazione e in particolare al potenziale rischio oncogeno, nel quadro delle attività di studio e analisi delle azioni rivolte a limitare e prevenire le cause morbigene di matrice ambientale, più ampiamente trattate nello specifico capitolo.

I centri di prevenzione oncologica (CPO), attualmente presenti solo in quattro aziende sanitarie, necessitano di una ricollocazione strategica nell'ambito del sistema della prevenzione primaria e secondaria, secondo gli indirizzi di cui all'articolo 9 della legge regionale n.10 del 2006.

CPO

Con riferimento alla *prevenzione secondaria*, il presente Piano si propone di realizzare sull'intero territorio regionale programmi di *screening attivo* della patologia neoplastica nella popolazione bersaglio. Tali programmi dovranno soddisfare le seguenti condizioni:

Prevenzione secondaria

- capacità di raggiungere la maggior parte della popolazione bersaglio (elevato indice di copertura) anche grazie al coinvolgimento dei medici di medicina generale;
- controllo di qualità del test in tutte le sue fasi;
- controllo di qualità dei successivi approfondimenti diagnostici, terapeutici e di follow-up dei casi positivi.

I programmi, volti a superare le diffuse carenze in gran parte delle realtà territoriali della Regione, sono sviluppati su base (tendenzialmente) aziendale, in coerenza con quanto previsto dal recente *Piano della Prevenzione* del Ministero della Salute e nel rispetto delle indicazioni scientifiche (cliniche e organizzative) di cui alle più qualificate esperienze nazionali e internazionali.

4.2. Cure palliative

In Sardegna, ogni anno, circa 2.500-3.500 persone necessitano di cure palliative. La rete per le cure palliative appare ancora piuttosto inadeguata: solo Cagliari e Nuoro sono in grado di offrire tale tipo di assistenza.

Obiettivo strategico del Piano è garantire l'erogazione delle cure palliative prioritariamente in regime domiciliare, superando il ruolo sostitutivo svolto dalle strutture di ricovero in assenza di una adeguata rete distrettuale.

Obiettivi e azioni

Il perseguimento di tale obiettivo richiede che ogni azienda USL programmi per i propri assistiti specifiche azioni finalizzate a:

- potenziare e qualificare i servizi offerti attraverso la costituzione di una organizzata ed efficiente Rete territoriale per le Cure Palliative, prevedendo almeno una unità operativa in ogni azienda sanitaria;
- realizzare la rete di Cure Palliative - Hospice già deliberata dalla Regione;

- formare e qualificare gli operatori coinvolti, compreso quelli operanti all'interno delle cure domiciliari;
- ridurre i ricoveri impropri in ambiente ospedaliero;
- coinvolgere le associazioni di volontariato e gli altri soggetti che collaborano al sostegno del malato e dei suoi familiari;
- migliorare i risultati dell'assistenza garantendo interventi coordinati e integrati;
- supportare la famiglia durante la fase di cura e del lutto.

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, la Regione predispose linee di indirizzo per articolare nell'ambito dell'offerta assistenziale le Unità Operative di Cure Palliative.

4.3. Radioterapia

La realtà della Radioterapia nella Regione Sardegna mostra gravi carenze strutturali, organizzative e professionali. La domanda di assistenza è molto elevata, rispetto alle potenzialità dell'offerta, costringendo molte persone a spostarsi fuori regione per ricevere trattamenti tempestivi e adeguati.

La situazione in
Sardegna

Tenuto conto delle dimensioni della popolazione, della frequenza dei tumori e delle indicazioni per la radioterapia, si può stimare che circa 3.900 sardi necessitino ogni anno di tale terapia. Dal momento che la capacità dei centri attualmente operanti in Regione si aggira intorno alle 1.360 unità, si deduce che ogni anno più di 2.500 persone non ricevono risposta in Sardegna, ma si rivolgono in centri extraregionali o non ricevono alcun trattamento radioterapico.

Tenuto conto delle dinamiche di popolazione nonché delle peculiarità dell'Isola, il Piano propone la realizzazione di una Rete di Servizi di Radioterapia, articolata in tre centri: il primo sito a Cagliari, con funzioni di Centro di Riferimento Regionale; il secondo a Sassari, per l'area settentrionale e il terzo a Nuoro per l'area centrale. I centri dovranno lavorare in modo integrato, favorendo l'invio di informazioni, consulenze, immagini e piani di trattamento in rete. I tre centri di radioterapia sono dotati di apparecchiature e figure professionali adeguate.

Rete della
Radioterapia

Nel triennio di validità del Piano, la dotazione di apparecchiature per la radioterapia è programmata in modo da raggiungere lo standard di una ogni 300.000 abitanti.

Al fine di evitare duplicazioni, nei tre centri la dotazione delle tecniche più sofisticate è programmata in modo da favorire la complementarità delle diverse sedi all'interno della rete.

Obiettivo strategico per tutte le ASL è la drastica riduzione, nell'arco del triennio, della mobilità in uscita (verso altre regioni) dei pazienti che necessitano di trattamenti radioterapici. Le liste di attesa dovranno essere gestite sulla base di criteri di priorità clinica e di efficacia del trattamento.

La prevista riduzione dei posti letto ospedalieri di radioterapia, la cui dotazione è attualmente del tutto anomala rispetto al panorama nazionale, è resa possibile dallo sviluppo delle attività di day hospital e dalla crescente integrazione fra interventi sociali e sanitari, in particolare nelle situazioni tradizionalmente causa di ricoveri impropri in risposta a bisogni più sociali che sanitari.

Per una corretta progettazione e sviluppo e monitoraggio della radioterapia, è prevista la realizzazione di un Dipartimento di Radioterapia.

Al fine di garantire l'avvio e la realizzazione del Progetto Radioterapia, la Regione costituisce la Commissione Regionale per la Radioterapia con compiti di supporto all'analisi e alla programmazione degli interventi.

**Commissione
Regionale per la
Radioterapia**

5. SALUTE MENTALE

L'obiettivo 5 del Piano 2006 - 2008 si propone di avviare un percorso di graduale superamento delle numerose carenze che l'attuale sistema regionale presenta con riguardo all'assistenza alle persone con disagio mentale. A tal fine, il Piano promuove una complessiva riorganizzazione dei servizi ed un potenziamento della rete assistenziale, la cui realizzazione richiede un profondo sforzo di qualificazione professionale e una crescita culturale che coinvolga tutta la popolazione.

In Sardegna lo stato della salute mentale, in rapporto alla crescita della domanda di cura ed alla frammentarietà ed inadeguatezza delle risposte, appare particolarmente problematico.

Il 20-25% della popolazione adulta della Regione vive una condizione di disagio psichico quale ansia, depressione reattiva, insonnia, difficoltà relazionali, abuso di alcol o di sostanze, disturbi psicosomatici. I disturbi psicotici sono presenti nel 1,5-2,5% della popolazione. Una percentuale non irrilevante della popolazione anziana, più del 7%, soffre di disturbi cognitivi legati al decadimento demenziale, alimentando un bisogno di cura e di assistenza che coinvolge un numero crescente di familiari e di *caregivers*. Una quota variabile tra il 7 e il 10% degli adolescenti presenta una condizione di disagio che determina difficoltà di adattamento e nelle relazioni interpersonali.

Epidemiologia

Il fenomeno del suicidio richiede un'attenzione particolare. A fronte di un tasso nazionale che si tiene costante intorno agli 8 suicidi/anno per 100.000 abitanti, la Sardegna nel 2003 ha presentato un tasso di 10,3.

Negli istituti penitenziari dell'Isola più di un quarto dei detenuti è affetto da una condizione di disagio psichico e, tra questi, circa il 10% manifesta un disturbo mentale clinicamente significativo. La Sardegna è la regione che più di ogni altra utilizza gli ospedali psichiatrici giudiziari: la presenza media di cittadini sardi è doppia rispetto a quella di tutte le altre regioni italiane (46 per un milione di abitanti, a fronte di una media nazionale di 22). **Attualmente in Sardegna il numero dei ricoveri in OPG è in decremento grazie all'avvio di misure terapeutiche alternative all'internamento.**

A fronte di tale situazione, l'assetto organizzativo dei servizi di salute mentale **presenta numerose carenze:**

Assetto organizzativo molto carente

- i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) non sono istituiti;
- i Servizi per la Tutela della Salute Mentale (STSM) mancano di un efficace ruolo di coordinamento e risentono della carenza di obiettivi e stili operativi condivisi;

- i Centri di Salute Mentale (CSM) sono scarsamente disponibili, svolgono prevalentemente funzioni ambulatoriali e sono distribuiti sul territorio in modo **disomogeneo**;
- i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), presenti in 5 aziende USL, **anche a causa della carenza di risorse**, erogano interventi centrati sull'ospedalizzazione e sul trattamento psicofarmacologico, adottando procedure restrittive, compreso il ricorso routinario alla contenzione;
- le strutture residenziali, per quanto sufficienti (2,9 posti letto ogni 10.000 abitanti), ospitano in molti casi un numero eccessivo di persone e sono spesso carenti i programmi di socializzazione e di riabilitazione;
- le forme della cooperazione sociale si sono sviluppate con lentezza e non partecipano, come accade in altre regioni, alla costruzione di percorsi di abilitazione;
- i percorsi di formazione e inserimento lavorativo sono carenti, con la conseguenza che molte **persone** finiscono con l'utilizzare programmi che riproducono invalidità ed esclusione;
- i programmi per la salute mentale dei bambini, degli adolescenti e dei giovani adulti sono ancora poco sviluppati;
- l'assistenza alle persone detenute con disagio o disturbo mentale è **ancora** carente; insufficienti i programmi finalizzati al rientro dei cittadini sardi internati in Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Anche a causa della carenza di risposte da parte dei servizi è stato favorito lo sviluppo dell'associazionismo dei familiari, dei cittadini e delle persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale. Va migliorata l'interazione di tali associazioni con i Servizi di salute mentale.

La Regione Sardegna si propone di riorganizzare i propri servizi di salute mentale sulla base dei valori, dei principi, e delle pratiche definiti nella *"Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa"* e nel *"Piano d'Azione"* sottoscritti da tutti i Governi europei nella conferenza promossa dall'OMS a Helsinki il 12-15 gennaio 2005. A tal fine, la Sardegna attiva la cooperazione con il Centro Collaboratore di Trieste, individuato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità quale centro leader per lo sviluppo dei Servizi di salute mentale territoriali in Europa.

Cooperazione
con il Centro
di eccellenza
per l'Europa

Obiettivi prioritari del Piano sono la concreta istituzione dei Dipartimenti di Salute mentale, DSM, nonché la riduzione della disomogeneità di risposta nel territorio regionale.

Obiettivi prioritari

Le **singole ASL**, nel breve periodo, operano per rafforzare i programmi di salute mentale, mirando a prefigurare un'organizzazione dipartimentale e il raggiungimento dei parametri di operatori/popolazione prossimi a quelli

individuati dal Progetto Obiettivo Nazionale. A tal fine, le aziende verificano le risorse impegnate per la salute mentale.

5.1. Progetto strategico salute mentale

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, la Regione predispone un *Progetto strategico salute mentale*, finalizzato a conseguire nell'arco del triennio i seguenti obiettivi.

- a) Individuazione del *Centro di Salute Mentale* (CSM) come struttura che esercita tutte le attività di prevenzione, cura e riabilitazione a livello distrettuale, anche avvalendosi delle altre unità operative della rete dei servizi, secondo un approccio multidisciplinare e garantendo la continuità della presa in carico. Il CSM si raccorda con i servizi sociali e i servizi del Ministero di Grazia e Giustizia, e attraverso la sottoscrizione di protocolli e convenzioni, per gli interventi di diagnosi, consulenza e presa in carico delle persone con disturbo mentale detenute negli Istituti Penitenziari e attiva risorse per avviare programmi di riabilitazione in alternativa all'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Il CSM gestisce il programma terapeutico riabilitativo, è in grado di rispondere alla crisi, detiene la continuità dei progetti e ne assume la responsabilità per il territorio di propria pertinenza.

Il Centro di Salute Mentale

Nell'area territoriale di competenza del CSM, è programmata la disponibilità di almeno una sede idonea all'ospitalità sanitaria diurna (day hospital, centro diurno) ed, in prospettiva, notturna.

Il CSM, **per quanto di competenza**, promuove la ricerca e l'attivazione di azioni a sostegno della vita quotidiana a domicilio e in alloggi comunitari, per la gestione di attività di tempo libero, attività di socializzazione e di animazione, in collaborazione con le associazioni, le cooperative sociali e in coerenza con la normativa in vigore, con il Piano regionale dei servizi sociali ed il Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona.

Nel primo anno di validità del Piano, le aziende sanitarie si attivano per la realizzazione dell'obiettivo minimo di apertura dei CSM per almeno 12 ore al giorno, 7 giorni su 7, **compatibilmente con la disponibilità di risorse**; la Regione individua almeno 3 aree pilota nelle quali sperimentare progetti di funzionamento del CSM sulle 24 ore.

- b) **Pervenire attraverso il potenziamento delle risorse umane e strutturali, alla progressiva riduzione dei TSO, dei ricoveri ripetuti e della loro durata.** Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, che è attivo presso la struttura ospedaliera, è integrato ed in continuità con

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

le altre strutture del STSM (DSM) ed in particolare col CSM.

Il Centro di Salute Mentale, in quanto responsabile del progetto sul singolo caso, collabora alla gestione del ricovero di competenza territoriale e stabilisce il più rapidamente possibile un programma di presa in carico territoriale. È compito degli operatori portare il paziente, nel corso della degenza, ad un livello di progressiva accettazione della cura ed alla collaboratività. La organizzazione di progetti personalizzati riduce il fenomeno dei ricoveri ripetuti. I DSM si dotano, in accordo con il CSM, di programmi volti al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- adozione, attraverso il rafforzamento delle risorse, di modalità di assistenza che consentano di prevenire le condizioni che portano ad ogni forma di contenzione fisica e limitare allo stretto necessario il ricorso all'uso dei farmaci a scopo esclusivamente contenitivo;
- qualificazione di spazi, arredi e forme dell'accoglienza.
- definizione, in accordo con i servizi dell'emergenza - urgenza e dell'ordine pubblico, di protocolli per la risposta adeguata all'emergenza e all'urgenza e per le procedure per l'attuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori.

- c) Qualificazione delle *strutture residenziali* e verifica dell'appropriatezza nell'utilizzo, allo scopo di renderle luoghi di "abitare assistito", ove si realizzano progetti riabilitativi integrati e personalizzati con il coinvolgimento dei familiari, della rete sociale, delle associazioni e della comunità, con la regia del CSM. Tali strutture fanno parte della rete dei Servizi con la quale operano in costante collaborazione.

Le strutture
residenziali

Al fine di rispondere ai bisogni differenziati delle persone, le aziende sanitarie prevedono l'attivazione di almeno 3 tipologie di strutture:

- comunità ad alta intenzionalità terapeutica, con sostegno continuativo (24h), con non più di 8 posti letto;
- gruppi famiglia, con spiccata intenzione abilitativa e di socializzazione, con sostegno per tempi compresi tra le 10 e le 14 ore, con al massimo 6/8 posti letto;
- gruppi di convivenza, volti a sostenere l'abitare anche per lunghi periodi e la vita sociale, con la presenza di operatori per alcune ore al giorno.

- d) Integrazione delle cliniche psichiatriche universitarie nelle attività assistenziali del DSM attraverso la definizione di aree territoriali di intervento e la condivisione degli obiettivi di Piano. L'Università contribuisce alla formulazione ed al sostegno di percorsi formativi in

accordo con le indicazioni regionali e tenuto conto del fabbisogno formativo espresso dalle realtà territoriali.

- | | | |
|----|--|---|
| e) | In ogni azienda sanitaria, il DSM cura la predisposizione e la realizzazione di appositi programmi per il riconoscimento ed il rafforzamento delle <i>associazioni</i> dei familiari e delle persone con disturbo mentale, il sostegno dei familiari sul piano dell'informazione e della riduzione del carico, il sostegno delle persone con disturbo mentale nei percorsi di aggregazione, del protagonismo e della cittadinanza sociale. | Le associazioni dei familiari e il protagonismo sociale |
| f) | Verifica della presenza, nel territorio di competenza dei singoli CSM, della cooperazione sociale ed attivazione, con questa, di idonei percorsi rivolti sia alla formazione ed all'inserimento lavorativo di persone con esperienza di disturbo mentale, sia alla progettazione di qualificati percorsi residenziali. | Cooperazione sociale |
| g) | Predisposizione in ogni azienda USL di un programma di prevenzione del suicidio in particolare nelle persone che manifestano disagio mentale, privilegiando l'ambito distrettuale e la collaborazione con il medico di medicina generale. | Prevenzione del suicidio |
| h) | Attuazione della convenzione siglata con l'Amministrazione Penitenziaria al fine di garantire la presa in carico da parte dei Servizi di Salute Mentale delle persone con disturbo mentale detenute negli Istituti Penitenziari dell'Isola. | Convenzione con l'Amministrazione penitenziaria |

Per la realizzazione degli obiettivi di Piano, la Regione promuove un progetto di formazione, rivolto a tutti gli operatori della salute mentale, finalizzato a sviluppare ed integrare conoscenze ed abilità tali da renderli protagonisti attivi del processo di cambiamento. Particolare attenzione è posta alla formazione dei formatori.

La formazione degli operatori

Al fine di assicurare una base conoscitiva adeguata la Regione implementa il Sistema informativo per la salute mentale.

Nelle more della predisposizione del *Progetto Strategico Salute Mentale*, le aziende UsI attivano azioni finalizzate alla graduale realizzazione di quanto previsto nel presente Piano, al fine di:

Azioni da avviare

1. definire, attivare e organizzare il DSM;
2. realizzare l'apertura dei CSM per almeno 12 ore al giorno, 7 giorni su 7;
3. disporre risorse e progetti per avviare percorsi di *riabilitazione* in alternativa all'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario;
4. monitorare le attività di ricovero, al fine di ridurre, fino ad evitare, ogni forma di contenzione fisica;

5. qualificare gli spazi, i luoghi e gli arredi dove le persone con disturbo mentale vivono e vengono curate, al fine di migliorare le forme dell'accoglienza e le condizioni di lavoro degli operatori;
6. definire, in accordo con le agenzie dell'emergenza e dell'ordine pubblico protocolli per la risposta adeguata all'emergenza e all'urgenza ed in particolare per condividere le procedure per l'attuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatorii;
7. verificare l'appropriatezza dell'utilizzo delle *strutture residenziali* in rapporto alle mutate esigenze delle persone che necessitano di percorsi riabilitativi ed evidenziare la presenza, nel territorio di competenza, della cooperazione sociale;
8. migliorare attraverso forme di partecipazione concordata il riconoscimento ed il rafforzamento delle *associazioni* dei familiari e delle persone con disturbo mentale;
9. avviare un piano di *monitoraggio continuo del suicidio* nel territorio di competenza e promuovere forme di sensibilizzazione per far fronte al comportamento suicidario.

PARTE SECONDA OBIETTIVI DI SISTEMA

Con gli "obiettivi di sistema" il Piano sanitario regionale 2006-2008 affronta i problemi strutturali della rete di offerta e le strategie per la riqualificazione dei servizi, sulla base di criteri di qualità di risposta nei diversi territori e di equità nell'accesso all'assistenza.

A tal fine gli obiettivi considerano le macro aree di offerta, dipartimento di prevenzione, distretto, ospedale, emergenza, nonché gli aspetti di particolare rilevanza inerenti al rapporto tra domanda e offerta a valenza diagnostica, terapeutica e strategica.

1. PREVENZIONE

La Sanità pubblica è l'insieme degli "sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile" (OMS 1996).

In Sardegna la situazione della Prevenzione è gravemente carente. Le principali criticità, legate alla mancata istituzione dei Dipartimenti di Prevenzione ed alla debolezza del settore, sono riconducibili a:

La situazione attuale

- carenza, per i vari settori, di programmi di attività definiti negli obiettivi e nei tempi, con conseguente tendenza a operare con logiche contingenti, senza alcuna verifica di risultato;
- insufficiente coordinamento ed integrazione operativa tra i servizi medici ed i servizi veterinari, con conseguenti situazioni di conflittualità che penalizzano l'iniziativa degli operatori e la stessa immagine del servizio;
- assenza di analisi dei bisogni, delle priorità, delle soluzioni più efficaci, con conseguente tendenza a conservare lo schema della *risposta su chiamata*;
- attività di formazione episodica, affidata all'iniziativa individuale e non orientata alla crescita di una specifica dirigenza;
- scarsa capacità di gestire la comunicazione del rischio, anche in assenza di consolidate esperienze in tale settore;
- carenza di analisi critica e revisione delle pratiche inutili, di predisposizione di linee-guida e di direttive per le varie attività.

Per superare tali criticità, il Piano prevede la concreta istituzione del *Dipartimento di Prevenzione*, quale strumento operativo attraverso il quale garantire la tutela della salute collettiva. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore del Piano, la Regione predispone le direttive per l'istituzione del Dipartimento di Prevenzione che indicano compiti e funzioni dei servizi ed il modello organizzativo di riferimento. In coerenza con quanto previsto dal decreto legislativo n. 229 del 1999, le attività del Dipartimento sono integrate con quelle delle altre strutture della ASL, in particolare del Distretto.

Il Dipartimento di
Prevenzione

Le debolezze del settore richiedono la definizione di una solida struttura organizzativa, a livello sia regionale sia aziendale.

Il livello *regionale* va rafforzato nelle competenze professionali e nell'organico, allo scopo di metterlo in condizione di svolgere gli importanti compiti direzionali e di governo del sistema. Esso svolge funzioni di programmazione, coordinamento e verifica delle attività svolte nei diversi settori di intervento, di predisposizione di specifici programmi di formazione, di sviluppo di un valido Sistema Informativo, di coordinamento in caso di catastrofi o emergenze.

Il livello regionale

Particolare attenzione va dedicata alla costruzione di una *rete epidemiologica* in grado di assicurare una costante analisi dei bisogni e della domanda di salute nonché dell'efficacia delle azioni intraprese sul fronte dell'offerta.

Analogamente, il settore della *promozione della salute*, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, postula una serie di azioni in cui, accanto agli interventi di ordine sanitario, sono avviati interventi di educazione e di informazione ai cittadini, che consentano comportamenti attivi al fine del conseguimento degli obiettivi di salute.

Il livello regionale garantisce linee di indirizzo per lo sviluppo dei programmi di prevenzione e di screening per le principali patologie.

Accanto al livello regionale, va potenziato il livello *aziendale* attraverso la formale istituzione del Dipartimento di Prevenzione, cui afferiscono i seguenti servizi:

Il livello aziendale

- Igiene e *Sanità Pubblica*;
- *Igiene degli alimenti e nutrizione*;
- *Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro*;
- *Sanità animale*;
- *Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine e loro derivati*;
- *Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche*.

La funzione epidemiologica, tenuto conto dell'assetto organizzativo locale, dovrà essere attivata all'interno del Dipartimento, quale elemento costitutivo della rete regionale.

Nei successivi paragrafi sono indicati gli obiettivi dei singoli settori di intervento, da realizzare dai Dipartimenti di Prevenzione, tenuto conto delle specificità locali.

Il Piano promuove un'attenta valutazione del legame fra salute e ambiente. È noto, infatti, che il benessere delle persone è direttamente collegato all'ambiente fisico nel quale gli individui vivono e lavorano. Il contesto ambientale è quindi uno dei pre-requisiti fondamentali per il miglioramento dei livelli di salute della popolazione. A sua volta la salute è una risorsa significativa per lo sviluppo sociale ed economico della collettività. Salute, ambiente e sviluppo sono pertanto fortemente correlati e richiedono un'efficace azione strategica per la crescita della Sardegna.

Legame ambiente
- salute

Nello specifico, la regione Sardegna è caratterizzata da una situazione sanitaria e ambientale piuttosto diversificata. Sotto il profilo sanitario, si registrano aree con tassi di longevità del tutto eccezionali (verosimilmente sintomo di una buona qualità della vita e di un ambiente sufficientemente protetto) e territori con elevata incidenza di importanti patologie (rispetto alle quali devono essere attentamente valutati gli specifici fattori di rischio); sotto il profilo ambientale coesistono aree naturali per lo più incontaminate (nelle quali il suolo, l'aria, l'acqua e gli alimenti sono di fatto preservati dalla maggior parte degli inquinanti) e zone ad elevato rischio di contaminazione (per la presenza di inquinanti chimici, di sorgenti di campi elettromagnetici, di discariche abusive, di inquinanti atmosferici, di amianto, ecc.).

In particolare in Sardegna si registrano numerose aree a forte pressione ambientale, per la presenza di insediamenti industriali chimici, petrolchimici e metallurgici (Portoscuso-Portovesme, Macchiareddu, Porto Torres, Sarroch e Ottana), di siti minerari dismessi (Guspinese, Sulcis Iglesiente), di territori interessati da esercitazioni ed attività militari (Teulada, La Maddalena, Quirra).

Più in generale, è necessaria un'attenta valutazione del problema dei rifiuti (urbani, industriali e della zootecnia) che, ove non adeguatamente smaltiti, possono contaminare il suolo e le acque, con conseguenti rischi per la salute. Il problema appare rilevante perché in molti casi la discarica, abusiva o non controllata, costituisce il sistema più diffuso di smaltimento dei rifiuti, cui si ricorre in quanto meno costoso rispetto a sistemi alternativi.

Rispetto a tali aree, è necessario un preciso impegno da parte della Regione in risposta alle esigenze di informazioni complete ed accurate sullo stato dell'ambiente e sui rischi per la salute, nonché di interventi di prevenzione,

sorveglianza e risanamento. Più specificamente, la presenza di aree già dichiarate "ad elevato rischio di crisi ambientale", e rispetto alle quali è in corso uno specifico "Piano di risanamento", richiede un rafforzamento della capacità di intervento della Regione, attraverso un'azione congiunta degli Assessorati più direttamente interessati, in termini di identificazione e valutazione dei rischi per la salute, sorveglianza e bonifica dei siti contaminati, informazione e comunicazione a tutti i portatori di interessi.

1.1. Igiene e Sanità pubblica

Il principale obiettivo del *Servizio di Igiene e Sanità Pubblica* è la lotta alle malattie infettive e diffuse. Nell'ambito della riorganizzazione del sistema informativo, è prevista la revisione del sistema di notifica, definendo un doppio flusso Regione - aziende e l'obbligo di segnalazione **da parte di tutti i centri, territoriali e ospedalieri**.

Igiene e sanità pubblica

Con riguardo alle malattie prevenibili attraverso i vaccini, gli obiettivi per il triennio sono quelli indicati nel piano nazionale vaccini: 95% di copertura per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate e 75% per la vaccinazione antinfluenzale degli anziani e dei soggetti a rischio. In via prioritaria, il Piano mira a:

- mantenere elevati livelli di copertura per tutte le vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi;
- accelerare le azioni per l'eliminazione del morbillo, in modo da conseguire l'obiettivo nel 2010, come indicato dall'OMS;
- attivare e rivitalizzare i progetti di intervento nei confronti di TB, HIV e MST (malattie sessualmente **trasmissibili**) individuando centri regionali di riferimento;
- istituire presso ogni ASL **uno sportello di Medicina del viaggiatore**, come riferimento per informazioni e prescrizioni per i cittadini che, per svago o lavoro, debbono recarsi in Paesi stranieri.

Ulteriori obiettivi del *Servizio di Igiene e Sanità Pubblica* sono:

- realizzazione di un capillare programma di monitoraggio sugli incidenti domestici, anche al fine di definire linee-guida di controllo e prevenzione;
- avvio e potenziamento di programmi di vigilanza e controllo sulle strutture di vita collettiva (scuole, impianti sportivi) e sulle attività potenzialmente a rischio (solarium, centri di tatuaggio e piercing, cosmetici);
- verifica degli effetti sulla salute collettiva dei rischi connessi all'inquinamento atmosferico ed allo smaltimento dei rifiuti;

- verifica delle compatibilità ambientali e territoriali nei processi di insediamento industriale;
- promozione, in collaborazione con le scuole, di corsi di primo soccorso rivolti ai ragazzi in età scolare (BLS/BLSD).

Le azioni dovranno essere delineate a partire da un approccio multiprofessionale e multisettoriale, previa definizione degli obiettivi prioritari di salute, con riferimento a interventi basati sulle prove di efficacia, i cui esiti di salute siano misurabili.

Tutti gli interventi di prevenzione connessi con i fattori di inquinamento e contaminazione ambientale sono effettuati con il supporto ed in collaborazione con le strutture tecniche dell'ARPAS.

1.2. Igiene degli alimenti e nutrizione

Il *Servizio Igiene degli alimenti e nutrizione* si pone i seguenti obiettivi da perseguire:

Igiene degli alimenti e nutrizione

- migliorare gli standard di sicurezza alimentare **anche attraverso la collaborazione** ed il potenziamento dei controlli ufficiali, con particolare riferimento alla ristorazione collettiva, **compresa quella scolastica**, ed alla qualità nutrizionale dei pasti;
- prevenire e controllare le tossinfezioni alimentari e le patologie collettive di origine alimentare;
- attivare programmi speciali di monitoraggio e controllo sui residui da fitofarmaci nell'ortofrutta, sulle acque, sui prodotti dell'agricoltura biologica, sulla presenza di OGM negli alimenti, sulla verifica dell'attività di autocontrollo;
- attivare interventi di verifica dell'etichettatura;
- attivare campagne su larga scala di promozione della salute attraverso il miglioramento delle abitudini alimentari e degli stili di vita.

1.3. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

I mutamenti delle tecnologie produttive e dell'organizzazione del lavoro hanno prodotto, anche in Sardegna, profondi cambiamenti nei fattori di rischio presenti negli ambienti lavorativi e delle patologie occupazionali ad essi connesse. Ne è conseguito un aumento degli infortuni sul lavoro, particolarmente nel settore dell'agricoltura, che richiede un immediato adeguamento delle strategie di prevenzione e degli strumenti di intervento. L'integrazione delle competenze ed il coordinamento di tutte le strutture operanti in Sardegna nel campo della prevenzione in ambiente di lavoro, nell'ambito dei servizi territoriali, dell'università e

degli enti pubblici previdenziali, è un obiettivo primario del sistema sanitario in ambito regionale.

Si individuano le seguenti priorità di intervento:

- rafforzamento dei Servizi di prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPRESAL) in tutte le ASL e formazione dei loro operatori medici e tecnici;
- prosecuzione del piano di prevenzione infortuni nel comparto dell'edilizia ed attivazione del piano di prevenzione degli incidenti in agricoltura;
- potenziamento ed omogeneizzazione delle attività mirate all'abbattimento del rischio da esposizione ad amianto garantendo la sua rimozione controllata dagli ambienti di vita e di lavoro.

L'azione tesa alla realizzazione di questi obiettivi prioritari sarà svolta in quattro direzioni:

- attivazione di flussi informativi diretti tra i presidi ospedalieri, INAIL, medici certificatori e SPRESAL, che consentano l'acquisizione tempestiva delle notizie relative ad infortuni e malattie professionali, allo scopo di garantire la conoscenza reale del fenomeno e di intraprendere con adeguata rapidità interventi preventivi mirati ed efficaci;
- assistenza alle imprese, attraverso iniziative di informazione e formazione, rivolte a imprese artigiane, piccole e medie imprese ed associazioni di categoria;
- rinnovo ed attivazione operativa del "Comitato Regionale di Coordinamento" previsto dall'articolo 27 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, al fine di realizzare l'uniformità degli interventi ed il necessario raccordo con la commissione consultiva permanente, già istituita in ambito regionale con rappresentanti di Regione, Università, ASL, INAIL, quale strumento di analisi, programmazione ed omogeneizzazione delle attività di prevenzione e sicurezza del lavoro sul territorio regionale e monitoraggio dello stato di attuazione del decreto legislativo n. 626 del 1994 e successive modifiche e integrazioni;
- razionalizzazione dell'attività diagnostica ed implementazione della sorveglianza epidemiologica delle malattie da lavoro e degli incidenti domestici su tutto il territorio regionale.

1.4 Sanità Pubblica Veterinaria

La sanità pubblica veterinaria garantisce le funzioni di prevenzione collettiva attraverso le attività di tutela della sanità animale, della

Sanità Pubblica
Veterinaria

sicurezza alimentare e della igiene zootecnica. Tali attività possono incidere notevolmente sulla salute dei consumatori nonché sul benessere delle popolazioni rurali, che in Sardegna rappresentano una parte importante della popolazione complessiva. Il contesto socio economico, sempre più difficile per l'insorgenza di nuove gravi patologie e per la crisi di mercato delle principali produzioni zootecniche, impone azioni positive ed innovative che rispondano alle reali esigenze della tutela della salute pubblica e degli operatori del settore agroalimentare. Anche in armonia con la normativa europea sulla sicurezza alimentare, è necessario rafforzare il rapporto positivo tra veterinari e allevatori, coprotagonisti del risanamento e della tutela della sanità del patrimonio animale, al fine di garantire qualità delle produzioni zootecniche e redditività degli allevamenti.

Gli obiettivi di sanità pubblica veterinaria sono realizzati anche avvalendosi della collaborazione dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna.

Nelle ASL, la Sanità Pubblica Veterinaria è articolata nei tre servizi, i quali operano in stretta collaborazione, nel rispetto delle specifiche competenze.

Gli obiettivi del Servizio di Sanità animale, da raggiungere prevedendo una forte sinergia dell'Assessorato regionale della Sanità con l'Assessorato regionale dell'Agricoltura sono:

- realizzazione dell'anagrafe degli allevamenti;
- eradicazione e controllo di tubercolosi bovina, leucosi, blue tongue, peste suina ed encefalopatie spongiformi, brucellosi bovina e ovicaprina, prevedendo specifici piani annuali di intervento;
- intensificazione dei programmi di biosicurezza e di vigilanza sugli scambi e sulla commercializzazione animale, anche con l'istituzione di uffici di sanità veterinaria frontaliere;
- controllo delle emergenze epidemiche.

Gli obiettivi del Servizio di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, strategici per la valorizzazione della produzione isolana, sono:

- adeguamento rispetto alla normativa comunitaria delle procedure di controllo in tutti gli stabilimenti di produzione, lavorazione, trasformazione, deposito, distribuzione e somministrazione di alimenti di origine animale;
- monitoraggio sull'applicazione degli standard strutturali e igienici degli stabilimenti, in collaborazione con il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, con particolare attenzione a quelli destinati a mercati internazionali;
- verifica sull'applicazione dei sistemi di autocontrollo;

- controlli sui sistemi di certificazione della sicurezza e delle procedure di garanzia di tracciabilità.

Il Servizio di Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche svolge un ruolo di particolare importanza nella valorizzazione delle produzioni zootecniche isolane, legate alle particolari condizioni ambientali e alle originali tecniche di allevamento e di trasformazione.

Nello specifico, si pone i seguenti obiettivi da perseguire:

- controllo della qualità del latte e dei prodotti derivati;
- controlli sull'alimentazione animale;
- vigilanza e controllo sull'impiego del farmaco veterinario e dei prodotti usati come promotori di performance;
- vigilanza e controllo sulla produzione del miele;
- vigilanza e controllo sulla riproduzione animale;
- sorveglianza degli animali da reddito e di affezione, e vigilanza sull'impiego di animali nella sperimentazione.

Per il prossimo triennio, il comparto della produzione-caseificazione del latte è individuato quale settore prioritario di riferimento per le attività della sanità veterinaria.

Il comparto del latte

Al fine di evitare sovrapposizioni o conflitti di competenze, il Dipartimento di Prevenzione pone in essere forme d'integrazione fra il Servizio di Igiene della produzione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati e il *Servizio alimenti e nutrizione*.

Obiettivo prioritario del PSR è il miglioramento della sorveglianza epidemiologica a tutela del patrimonio zootecnico e della fauna dell'isola dal rischio di nuove introduzioni di patologie extra-isolane e il controllo delle zoonosi.

In questo ambito risulta prioritaria l'integrazione, all'interno di un sistema informativo sanitario regionale (SISAR) dell'ISZ della Sardegna.

2. DISTRETTO

L'assistenza sanitaria distrettuale comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale.

Il Distretto, dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria nonché di adeguate risorse, è luogo di elezione per garantire l'integrazione sociosanitaria con particolare riferimento alle aree materno-infantile, disabilità, anziani, dipendenze, salute mentale, persone con HIV, con patologie cronico-degenerative e con patologie oncologiche.

Le funzioni strategiche del Distretto sono essenzialmente finalizzate al perseguimento degli obiettivi di salute definiti nel *Piano locale unitario dei servizi (PLUS)* ed al governo del rapporto fra domanda e offerta di servizi sanitari e sociali.

Il Distretto garantisce informazione, orientamento e accesso ai servizi, valutazione del bisogno e personalizzazione dell'assistenza.

Il Distretto è anche luogo fondamentale di partecipazione sociale, nella fase di analisi dei bisogni, di definizione delle priorità, di valutazione partecipata dei risultati di salute, coinvolgendo i cittadini e le organizzazioni che li rappresentano.

Il medico di medicina generale (MMG), il pediatra di libera scelta (PLS), i medici della continuità assistenziale ed i professionisti dell'assistenza specialistica ambulatoriale territoriale, pubblica e privata accreditata devono sempre più divenire parte integrante e compartecipe delle logiche di sistema.

L'assistenza sanitaria
primaria

In particolare il coinvolgimento dei MMG e PLS è fondamentale per orientare in modo appropriato la domanda, promuovere la continuità tra macrolivello ospedaliero e territoriale e quindi incrementare l'efficienza e l'efficacia del sistema. Nell'ambito del Distretto la medicina di famiglia svolge il ruolo di guida dei percorsi, di presa in carico globale, di tutor della persona e di propulsore dell'integrazione professionale. Devono inoltre essere sviluppate le funzioni di produzione (capacità di dare risposte di tipo primario ai bisogni di salute, attraverso un processo di presa in carico diretta), di integrazione (capacità di rendere operanti relazioni e connessioni tra il sociale e il sanitario attraverso lo sviluppo di percorsi socioassistenziali) e di promozione della salute.

L'accordo integrativo regionale della medicina in convenzione dovrà essere dotato di adeguate risorse finanziarie aggiuntive; nell'accordo dovranno essere valorizzati gli strumenti che facilitino lo sviluppo di tali funzioni (es. l'associazionismo, le equipe territoriali, l'UTAP, ecc.) per coniugare le strategie aziendali con le esigenze specifiche della medicina

generale, presupposto irrinunciabile per dare sostanza al concetto di continuità assistenziale integrata.

Con riferimento al Distretto il Piano concentra l'attenzione su alcuni aspetti rilevanti:

- l'organizzazione dell'attività distrettuale;
- le risposte alle persone con disabilità;
- la tutela materno infantile;
- la continuità assistenziale;
- le dipendenze.

2.1. Pianificazione e organizzazione dell'attività distrettuale

Lo strumento per la promozione della salute e dell'offerta distrettuale è il *Piano locale unitario dei servizi (PLUS)*, di cui fa parte integrante anche il **Programma delle attività distrettuali**, predisposto secondo quanto indicato nella legge regionale n. 10 del 2006. Pertanto, all'interno del PLUS, vengono definiti i criteri di allocazione delle risorse, dell'organizzazione dell'offerta, dell'accesso e della valutazione del bisogno, della continuità assistenziale, dell'efficace funzionamento della rete dei servizi territoriali. In particolare le risorse distrettuali sono allocate con riferimento alle cure primarie, all'assistenza farmaceutica, specialistica, riabilitativa e di continuità assistenziale e altre funzioni attribuite al Distretto, sulla base di specifici indirizzi regionali.

Alla definizione della programmazione attuativa locale concorre la Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria ai sensi e con le modalità di cui agli articoli 13 e 15 della legge regionale n. 10 del 2006.

In coerenza con quanto previsto dall'articolo 17 della legge regionale n. 10 del 2006, il coordinamento delle attività distrettuali è attribuito dal Direttore generale al Direttore di Distretto, che si avvale di un Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali del quale deve far parte un medico di medicina generale con particolari e certificate attitudini e competenze. Il direttore di Distretto ha la responsabilità di direzione e governo delle risorse assegnate al Distretto, del conseguimento degli obiettivi, del rapporto con le amministrazioni locali e con gli altri soggetti che nella comunità locale collaborano per il conseguimento dei risultati condivisi di salute.

Il Direttore di Distretto collabora con la direzione aziendale in ordine alla programmazione delle attività aziendali ed alla definizione delle scelte strategiche.

Nella sua operatività il Distretto concorre alla conoscenza dei bisogni, creando le premesse per dare risposte appropriate e per sviluppare una programmazione adeguata. In questa logica ogni Distretto è parte viva di un

Organizzazione e
direzione del distretto

sistema regionale di monitoraggio epidemiologico e di produzione di conoscenza a supporto delle decisioni.

Ai sensi del comma 3 dell'articolo 9 e del comma 7 dell'articolo 17 della legge regionale n. 10 del 2006, la Regione definisce gli indirizzi per l'assetto organizzativo delle ASL, anche con riguardo all'articolazione in distretti, sulla cui base i direttori generali individuano gli stessi.

Le attività del Distretto sono organizzate in modo da garantire:

L'organizzazione

- attività e servizi di assistenza domiciliare per diverse tipologie di bisogno;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività e servizi per la prevenzione delle dipendenze;
- attività e servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- attività e servizi per le persone disabili e anziane;
- attività e servizi per le patologie da HIV;
- attività e servizi per patologie croniche e assistenza ai pazienti nella fase terminale della vita.

Obiettivi strategici per qualificare l'assistenza distrettuale sono i seguenti:

Obiettivi strategici

- promuovere l'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra i diversi centri di offerta, **in grado di garantire l'integrazione temporale e clinica fra le diverse fasi degli interventi, in particolare tra ospedale e territorio;**
- garantire in ogni Distretto risposte equamente distribuite nel territorio, tenendo conto dei bisogni e articolando gli interventi a livello domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale;
- sviluppare le risposte integrate sociosanitarie, tenendo conto della crescente domanda di assistenza da parte di persone e famiglie con bisogni complessi.

Il raggiungimento di tali obiettivi accompagna il processo di progressiva riduzione dell'assistenza ospedaliera di tipo tradizionale (ricoveri ordinari), rendendo possibile la riduzione della dotazione di posti letto per acuti e del tasso di ospedalizzazione, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale. Le aziende sanitarie assicurano la realizzazione degli interventi di qualificazione dell'assistenza territoriale con modalità e tempi coerenti con il graduale superamento della centralità dell'ospedale.

Integrazione dei processi di cura

Con riguardo al primo obiettivo, ogni azienda sanitaria promuove l'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra i diversi centri di offerta, in particolare fra ospedale e territorio.

La continuità assistenziale è finalizzata a qualificare l'assistenza, ovunque essa venga erogata, a ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, a contenere i ricoveri inappropriati, a favorire dimissioni programmate, a

ridurre il consumo di prestazioni specialistiche non coerenti con i percorsi diagnostico-terapeutici personalizzati e ad evitare il consumo di prestazioni sanitarie di efficacia non documentata scientificamente.

La continuità assistenziale interessa in particolare l'assistenza alle persone con disabilità, alle persone non autosufficienti, alle persone affette da patologie in fase terminale, alle persone che necessitano di cure di lungo periodo, cioè tutte **quelle** situazioni in cui si richiede integrazione tra medici di famiglia, ospedale, servizi distrettuali.

Per qualificare il governo clinico dei percorsi di cura, in una logica di continuità assistenziale, il Distretto deve investire in strategie di governo del percorso assistenziale, a partire dall'accesso, dall'analisi della domanda e dall'identificazione dei bisogni assistenziali, definendo fin dal momento della presa in carico i centri di responsabilità ed i passaggi fondamentali dei percorsi di cura e di riabilitazione.

A tal fine, vanno attivati nel Distretto programmi sperimentali di supporto scientifico e metodologico applicati alle principali patologie che richiedono continuità assistenziale, quali demenze, ictus, ipertensione e altre patologie ad andamento cronico-degenerativo.

Compito del Distretto è facilitare l'effettiva collaborazione e ottimizzazione dei percorsi seguiti dai cittadini all'interno dell'offerta sanitaria, assumendo tutte le iniziative necessarie per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della rete integrata di risposte fornite al cittadino, **nel rispetto dei principi stabiliti dall'articolo 1 della legge regionale n. 10 del 2006.**

La Regione emana linee guida ed indirizzi operativi per qualificare la continuità assistenziale con riferimento alle diverse tipologie di bisogno, all'integrazione tra decisioni cliniche e scelte organizzative, ai criteri per garantire adeguata continuità assistenziale nei rapporti tra ospedale e territorio. Il Piano individua nel modello riportato di seguito le condizioni necessarie per soddisfare questa esigenza e la conseguente strategia professionale ed operativa.

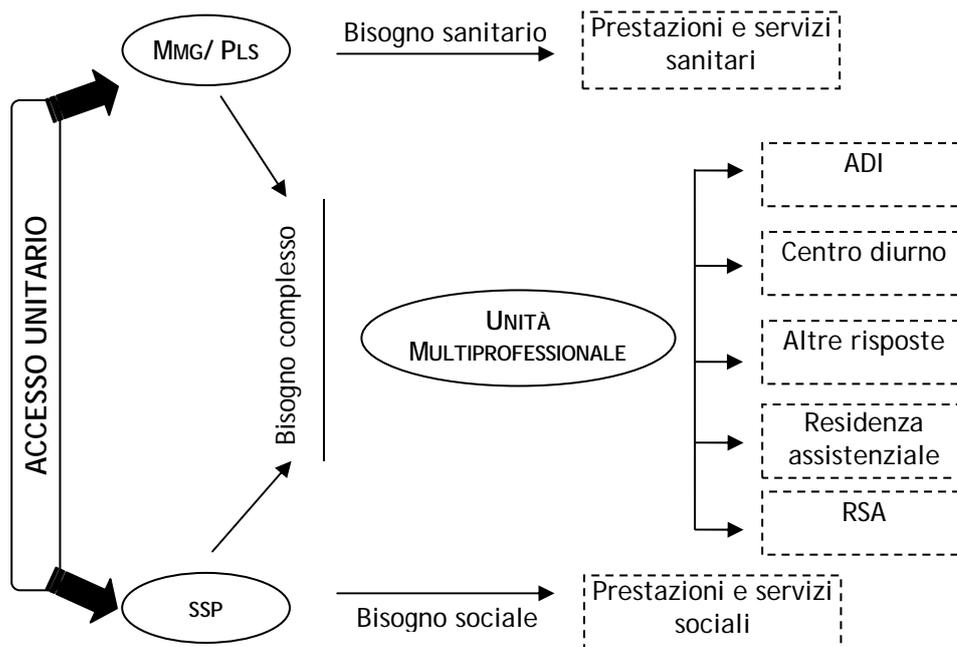
Qualificare la continuità assistenziale

Con riferimento al secondo obiettivo, ogni azienda organizza l'assistenza sanitaria extra ospedaliera nell'ambito dei distretti tenendo conto delle diverse aree di bisogno. A tal fine riorganizza e potenzia i servizi territoriali e le cure primarie, riservando l'ospedalizzazione ai casi in cui regimi alternativi al ricovero non appaiono appropriati sotto il profilo clinico.

Risposte domiciliari, ambulatoriali, diurne, residenziali

La complessità delle problematiche affrontate dal Distretto impone un forte impulso alla progettualità ed al lavoro in rete con tutte le altre Istituzioni. Lo sviluppo organizzativo del Distretto va quindi accompagnato e sostenuto con l'aggiornamento e la formazione continua, incentivando la collaborazione tra tutti i professionisti e con quanti si prendono cura dei bisogni delle persone. Anche a questo fine l'area dei servizi specialistici

necessita di un potenziamento per coprire le carenze territoriali, in stretta connessione con le effettive esigenze della popolazione e con adeguati investimenti strutturali.



Con riguardo al terzo obiettivo, ogni azienda sviluppa le risposte integrate sociosanitarie tenendo conto della crescente domanda di assistenza da parte di persone e famiglie in condizioni di bisogno tali da richiedere assistenza sociosanitaria, anche di lungo periodo.

Il livello distrettuale è la sede privilegiata dove realizzare un sistema di offerta capace di erogare le prestazioni vicino alle esigenze della popolazione e dove integrare le funzioni sociali e sanitarie.

Il medico di medicina generale, all'interno del Distretto, cura e promuove il rapporto fiduciario con il cittadino, lo assiste e lo accompagna nell'ambito di scelte responsabili ed appropriate.

Particolare attenzione va dedicata al momento dell'emersione del bisogno, quando le persone più deboli non sanno dove e come cercare risposte appropriate. Per superare le disuguaglianze che ne conseguono, il Distretto deve potenziare l'informazione ai cittadini, attivare sistemi unificati di prenotazione, attuare soluzioni favorevoli l'accesso unitario a tutti i servizi sanitari e sociali, verificare la qualità dell'attività assistenziale, aumentare i tempi di accesso all'ambulatorio del medico di medicina generale.

Sviluppare risposte integrate sociosanitarie

In questa logica va sperimentata la formazione di *Nuclei di cure primarie* che vedono coinvolti il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta, il medico di continuità assistenziale e l'infermiere professionale, come forme innovative e volontarie di risposta da incentivare e potenziare nel prossimo triennio. La Regione, anche attraverso gli accordi integrativi regionali della medicina in convenzione, ne disciplina le modalità di attuazione.

Nuclei di cure primarie

2.2. Le risposte alle persone con disabilità

Le disabilità sono in progressivo aumento, in particolare quelle temporanee che richiedono una maggiore capacità di intervento, per garantire il recupero funzionale e l'integrazione sociale e lavorativa delle persone interessate.

La riabilitazione sta gradualmente superando gli approcci basati sulla gestione della "menomazione" e della "minorazione funzionale" (ciò che il paziente "non sa fare") a favore di interventi in grado di promuovere le abilità e le potenzialità (ciò che la persona "sa o potrebbe fare"). Non quindi soltanto prestazioni settoriali, ma una nuova e più qualificata capacità di presa in carico globale dei bisogni della persona e della famiglia con problemi di disabilità nelle diverse fasi dell'intervento assistenziale, riabilitativo e di integrazione sociale e lavorativa.

In questo senso la nuova classificazione delle disabilità (*International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*) propone criteri utili per riorientare le culture professionali, per ripensare le condizioni di appropriatezza nelle fasi di analisi e classificazione del bisogno.

In particolare è ormai universalmente raccomandato per una efficace azione di riabilitazione, di recupero funzionale, di integrazione lavorativa e sociale, l'approccio unitario al soggetto con metodi interdisciplinari e multiprofessionali. Altrettanto importante è il criterio della continuità terapeutica che va declinato nelle fasi caratterizzate da diversa intensità assistenziale nei servizi interessati.

Sono pertanto obiettivi strategici del presente Piano:

Indicazioni strategiche

- la diminuzione degli esiti invalidanti delle disabilità più significative e frequenti, nel campo delle neuromotulesioni e in quello psichico e relazionale;
- la qualificazione delle risposte con percorsi riabilitativi in tutto il territorio regionale, anche al fine di ridurre il ricorso ai trattamenti presso strutture extraregionali.

A tal fine, gli indirizzi strategici in base ai quali le aziende sanitarie devono ridisegnare gli interventi sono finalizzati a:

- qualificare **maggiormente** la rete delle strutture di riabilitazione in modo da affrontare in condizioni di appropriatezza diverse tipologie di bisogno e di intensità riabilitativa;
- rendere omogenea l'offerta di prestazioni riabilitative su tutto il territorio, dal punto di vista qualitativo e quantitativo;
- **adeguare ai nuovi sistemi** di accertamento delle disabilità, basati su parametri che evidenzino le abilità funzionali e psicofisiche, il livello di partecipazione sociale e le potenzialità di relazione interpersonale e sociale;
- integrare le attività di riabilitazione ospedaliere, residenziali e distrettuali, al fine di ottimizzare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni;
- privilegiare il Distretto come ambito operativo che consenta di governare i processi assistenziali per garantire alle persone disabili percorsi riabilitativi continuativi e verificabili.

A tal fine vanno promosse la valutazione orientata al supporto della diagnosi precoce (con adeguata verifica degli strumenti valutativi utilizzati per selezionare quelli di maggiore affidabilità scientifica), la valutazione finalizzata alla scelta **condivisa dal paziente e dai suoi familiari tra le diverse alternative assistenziali (sulla base dei bisogni della persona e della famiglia) che privilegia** la valutazione di efficacia, di qualità dei percorsi assistenziali e delle risorse a tal fine utilizzate.

In Sardegna, la rete di servizi per la riabilitazione, **per alcuni aspetti insoddisfacente, deve essere migliorata** sia in riferimento alle strutture di riabilitazione intensiva - a livello ospedaliero o presso presidi extraospedalieri - sia in riferimento ai presidi di riabilitazione estensiva.

La situazione attuale

Essa è costituita in maggioranza da centri privati, convenzionati prevalentemente per prestazioni di riabilitazione ex articolo 26 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, e da presidi che erogano prestazioni specialistiche di riabilitazione secondo il decreto ministeriale 22 luglio 1996. **La rete ha una distribuzione territoriale disomogenea, ha erogato nel tempo prestazioni sanitarie-riabilitative in risposta ad una domanda anche socio-assistenziale con conseguenti problemi di appropriatezza e di efficacia. Ne fa parte, inoltre, una realtà regionale di riabilitazione globale intensiva per gravi patologie invalidanti (comi, gravi cerebrolesioni, cardiopatie, malattie polmonari e pluripatologie) che ha ridotto il ricorso a strutture fuori regione.**

Nella rete pubblica esiste una insufficiente dotazione di unità operative in termini quantitativi e nell'articolazione delle diverse tipologie riabilitative, con conseguente utilizzo improprio delle risorse professionali ed economiche disponibili e, soprattutto, con gravi ritardi nel recupero delle abilità

personali, nell'avvio di azioni positive di gestione della condizione di disabilità, e rischio di accettazione passiva della disabilità.

A partire da tale situazione, il presente Piano persegue i seguenti obiettivi strategici: Obiettivi

- **creazione di una rete regionale di riabilitazione globale intensiva;**
- rafforzamento della rete pubblica dei servizi di riabilitazione estensiva, attraverso la riqualificazione ed il potenziamento delle strutture esistenti e la loro riorganizzazione territoriale;
- riqualificazione della riabilitazione estensiva erogata dalle strutture private, anche attraverso una valutazione sistematica e continuativa dell'attività svolta e **del bisogno dell'utente, attraverso strumenti validati e riconosciuti ed una** verifica delle capacità tecnico-organizzative di garantire progetti personalizzati di assistenza ai sensi del Dpcm 14 febbraio 2001;
- potenziamento delle unità operative specializzate collocate presso presidi di alta specialità ed in presidi ospedalieri plurispecialistici o monospecialistici ove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale;
- potenziamento di strutture già operanti nel territorio regionale che abbiano sviluppato tecnologia e cultura riabilitativa globale intensiva riconosciuta, orientate alla presa in carico precoce del paziente con gravi malattie ad alto rischio invalidante ed alla diffusione regionale di questo tipo di cultura assistenziale con il massimo coinvolgimento delle realtà comunali e sovracomunali e che prediligano il ricorso all'ospedalità a domicilio durante il percorso assistenziale;
- sviluppo di protocolli operativi (clinici e organizzativi) per garantire continuità assistenziale nelle diverse fasi del percorso riabilitativo, con chiara definizione delle responsabilità **della presa in carico;**
- definizione di progetti riabilitativi individuali e di programmi terapeutici integrati tra attività sanitaria e attività sociale di competenza del Comune, differenziati in termini di complessità ed intensità della componente sanitaria e sociale nelle diverse fasi del percorso riabilitativo e a seconda della tipologia di intervento riabilitativo;
- promozione di una rete di servizi sanitari e sociali volti alla prevenzione ed alla riabilitazione delle disabilità sensoriali (visive e uditive), ad ottimizzare le capacità residue, ad assicurare un soddisfacente livello di vita ed il mantenimento dell'autonomia delle persone in condizioni di disabilità;
- realizzazione di un programma sperimentale di sport terapia, che preveda l'attività sportiva per i disabili come alternativa alla fisioterapia, a partire dalle positive esperienze di Sassari e Cagliari, da

sviluppare in collaborazione con le organizzazioni sportive di volontariato aderenti al comitato italiano paralimpico.

Le ASL, nel rispetto dei compiti di controllo dell'adeguatezza delle prestazioni sanitarie erogate dai soggetti accreditati e della corretta attribuzione di spesa, verificano l'appropriatezza delle risposte e la qualità delle prestazioni erogate.

Compiti di controllo delle Asl

L'accoglienza dell'utente, in tutte le tipologie di strutture, deve comportare l'immediato avvio della valutazione multiprofessionale del bisogno e la formulazione di un progetto personalizzato di assistenza, dal quale si evincono le condizioni dell'utente al momento dell'inserimento, i motivi per cui il paziente necessita di attivazione di un percorso riabilitativo, le indicazioni al trattamento e gli interventi specifici, ovvero i programmi di intervento dei singoli operatori coinvolti, le misure di esito appropriate per la valutazione di efficacia degli interventi.

La dimissione del paziente dalle strutture riabilitative sanitarie si ha quando gli obiettivi sono stati raggiunti e quando la disabilità non è più suscettibile di modificazioni. La dimissione deve prevedere il percorso successivo dell'utente e la copertura di eventuali suoi bisogni erogabili da altre strutture non sanitarie.

Riqualificazione delle strutture residenziali per soggetti non autosufficienti

A favore dei soggetti non autosufficienti, il Piano Sanitario Regionale promuove un sistema integrato di servizi sociali e sanitari, articolato in livelli d'intervento differenziati per complessità e durata dell'assistenza, con riferimento alla fase in cui tali soggetti necessitano di interventi orientati a mantenere l'eventuale capacità funzionale residua, a contenerne il deterioramento, a sviluppare nuove abilità. Sono da privilegiare le offerte di assistenza all'integrazione che prevedano una partecipazione attiva dei Comuni nel potenziamento e riqualificazione dell'ADI in senso riabilitativo e progetti di ospedalizzazione a domicilio soprattutto se collegati in rete con strutture ospedaliere per acuti e/o post-acuti riabilitativi.

Infatti in Sardegna, la disponibilità di strutture volte alla prevenzione del degrado funzionale presenta notevoli criticità, in particolare quando il soggetto non autosufficiente non è assistibile a domicilio. Nel complesso, tali strutture hanno una distribuzione non equilibrata sul territorio e presentano livelli qualitativi molto differenti; le diverse tipologie residenziali non sono chiaramente definite; il sistema delle regole non è in grado di contrastare il ricorso improprio all'ospedalizzazione.

La situazione attuale

Al fine di garantire la riqualificazione delle strutture residenziali per soggetti non autosufficienti, la Regione disciplina, con uno o più provvedimenti:

Regole e interventi per la riqualificazione

- i fabbisogni di strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti non autosufficienti, sulla base di criteri demografici ed epidemiologici
- i criteri per la riclassificazione dell'attuale offerta di strutture residenziali e semiresidenziali, stabilendo adeguati standard di personale, strutturali e di funzionamento;
- le procedure per la riconversione di strutture residenziali e semiresidenziali che presentano un eccesso di offerta (esempio centri ex articolo 26) ad una tipologia differente, in grado di favorire il superamento di carenze assistenziali, da quella originariamente autorizzata;
- le modalità per l'attivazione di un sistema di monitoraggio e analisi delle attività e dei costi delle residenze sanitarie assistenziali,
- il sistema tariffario per il complesso delle tipologie residenziali, con l'obiettivo di orientare il settore verso prestazioni efficaci ed appropriate;
- le modalità per promuovere programmi di sostegno dei familiari e riconoscere il loro ruolo come soggetti attivi nell'attività di cura.

Fino all'adozione del provvedimento sui criteri di accreditamento delle strutture non possono essere concesse autorizzazioni alla realizzazione di RSA e di centri ex articolo 26.

L'accesso alle Residenze Sanitarie Assistenziali è definito dall'Unità di Valutazione Territoriale, con compiti di valutazione e di predisposizione del progetto personalizzato di assistenza e di stima dei conseguenti costi di assistenza, tenendo conto del livello di intensità assistenziale, cui partecipa obbligatoriamente l'operatore sociale del territorio di residenza dell'assistito. L'Unità multiprofessionale accerta anche l'impossibilità di provvedere ad altre forme di assistenza che ne consentano la permanenza nel proprio domicilio.

I soggetti gestori favoriscono la presenza e la collaborazione delle associazioni di mutuo-aiuto e di volontariato - iscritte al Registro regionale, di cui all'articolo 5 della legge regionale 22 luglio 1993, n. 39 - nelle Residenze Sanitarie Assistenziali e nei centri diurni in relazione agli specifici bisogni degli ospiti e nel rispetto sia dell'autonomia degli stessi, sia delle esigenze organizzative e tecnico funzionali della struttura.

2.3. *La tutela materno-infantile*

La tutela della salute materno-infantile rappresenta una componente fondamentale della salute pubblica in quanto garantisce gli interventi sanitari rivolti non solo alla popolazione attuale ma anche alle generazioni future.

Nella programmazione della rete dei servizi è necessario tenere conto dei profondi cambiamenti che sono avvenuti, anche nella nostra regione, nell'area della salute riproduttiva: si fa riferimento alla drastica riduzione della natalità, all'aumento dell'età media delle donne alla nascita del primo figlio, alla diffusione delle conoscenze e dell'uso dei metodi anticoncezionali, alla maggiore attenzione che viene posta alle problematiche della tutela sanitaria della gravidanza, del parto e del puerperio che, assieme all'evoluzione delle conoscenze in medicina, ha favorito la diminuzione della mortalità materna e perinatale.

Per quanto riguarda la salute in età evolutiva, le nuove capacità terapeutiche ed il miglioramento delle condizioni generali di vita hanno portato alla diminuzione di molte patologie in età pediatrica, evidenziando però nuovi problemi sanitari quali l'incremento dell'obesità e dei disagi psicologici.

Un altro fenomeno di cui è necessario tener conto è l'aumento dell'immigrazione che ci pone di fronte a problemi di tutela sanitaria di donne e di bambini provenienti da paesi con diversa formazione culturale e che vivono spesso in condizioni di disagio, per i quali deve comunque essere assicurato un grado di tutela sanitaria adeguato, anche attraverso meccanismi di facilitazione dell'integrazione e dell'accesso ai servizi.

La situazione sarda si caratterizza per tassi di natalità e di fecondità inferiori al dato medio nazionale; la natalità si attesta infatti su valori di 8,3 nati per mille abitanti rispetto a 9,4 di media nazionale (ISTAT 2003) e il tasso di fecondità totale è di 1,06 rispetto ad un valore medio nazionale di 1,29 (ISTAT 2003).

Prescindendo dai motivi sociali ed economici che certamente influenzano nella nostra Regione le scelte riproduttive, tra i comportamenti individuali direttamente finalizzati al controllo della fecondità, la contraccezione ormonale pesa nel 2003 in Sardegna per il 34,4% (media nazionale 18,9%).

Le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) nel triennio 2003-2005 sono state in Sardegna pari a 5,7 ogni 1.000 donne di età 15-49 anni (dato nazionale nel 2003, 9,1).

Negli ultimi 10 anni il numero di donne straniere residenti o domiciliate in Sardegna è sicuramente aumentato anche se è difficilmente quantificabile. Si tratta per lo più di giovani donne a cui è necessario facilitare l'accesso

I cambiamenti in atto

La situazione attuale

alle prestazioni sanitarie anche attraverso la presenza e il potenziamento dei servizi di mediazione linguistico - culturale. Infatti le donne immigrate sono generalmente esposte a tutta una serie di fattori di rischio per la salute, specie durante le varie fasi della vita riproduttiva, anche a causa della carenza di conoscenze dei servizi sanitari. La tutela della salute del bambino è garantita a tutte le persone immigrate.

L'obiettivo generale della Regione Sardegna è quello di *riorganizzare la rete dei servizi territoriali e ospedalieri* che intervengono nella erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura in ambito materno - infantile, per migliorare il livello di tutela di questa parte della popolazione: si fa riferimento ai consultori e ai punti nascita, ma anche alla rete afferente all'area pediatrica, ai pediatri di libera scelta e ai servizi territoriali di salute mentale per bambini ed adolescenti, alle unità operative ospedaliere di neonatologia, pediatria e terapia intensiva neonatale.

Obiettivo strategico

Le strutture territoriali e quelle ospedaliere dovranno operare in stretta integrazione anche mediante la definizione di protocolli operativi di gestione dei pazienti cui deve essere assicurata la continuità diagnostico - terapeutica - riabilitativa.

Il potenziamento e la riorganizzazione della rete dei servizi territoriali è presupposto indispensabile per il ridimensionamento dell'offerta ospedaliera, in pediatria e in ostetricia.

Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA)

Con riferimento alla tutela della salute in età pediatrica e adolescenziale, il Piano prevede il potenziamento delle azioni di carattere preventivo, diagnostico e terapeutico anche in ambito neurologico, psichiatrico, neuropsicologico e riabilitativo. A tal fine è previsto l'avvio di una rete di servizi, territoriali e ospedalieri, **compresi i consultori**, che richiede il coinvolgimento delle diverse professionalità (neuropsichiatri infantili, psicologi, terapisti della neuropsicomotricità, educatori, logopedisti, assistenti sociali, ecc.) in grado di contribuire al miglioramento dell'assistenza.

La neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

I Servizi di N.P.I.A. devono occuparsi in modo unitario della fascia di età 0-18 e rispondere alle esigenze delle diverse fasi dell'età evolutiva, tenendo comunque presente la necessità di interventi articolati e continuativi, anche in rapporto con gli altri servizi sanitari dedicati.

L'operatività di tali servizi prevede un intervento integrato ospedale-territorio, che consenta, nel rispetto delle esigenze e delle aspettative del bambino, dell'adolescente e della sua famiglia, di identificare tempestivamente i disturbi e di rispondere ai bisogni nell'ambiente naturale di vita.

I servizi di N.P.I.A. attualmente operanti presso le ASL, le costituenti aziende ospedaliero-universitarie e l'Azienda Ospedaliera Brotzu, **dove è presente il Centro per l'autismo**, sono riorganizzati **in rete** e potenziati al fine di migliorare e qualificare l'assistenza in relazione ai bisogni dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie.

Deve, inoltre, essere prevista una forte integrazione tra i servizi di NPIA, i servizi sociali degli Enti Locali, il Sistema Scolastico, il Sistema Giudiziario e le Organizzazioni del Terzo Settore, prevedendo altresì un coordinamento regionale.

I consultori

Tra i servizi sanitari che si occupano della salute delle donne e dei bambini un posto di particolare importanza è ricoperto dai consultori; si tratta di strutture di prevenzione gratuita, ad accesso libero (cioè senza la prescrizione del medico curante), con un organico formato da un'equipe multidisciplinare e multi-professionale composta da ginecologo, ostetrica, pediatra, assistente sanitaria, psicologo e assistente sociale.

La legge regionale istitutiva dei consultori (legge regionale 8 marzo 1979, n. 8) ha attribuito a questi servizi compiti più ampi rispetto alla legislazione nazionale, dando particolare rilevanza agli interventi di educazione sanitaria, di informazione, di prevenzione, di assistenza psicologica e sociale alla famiglia. Negli anni, tale articolazione di compiti e di funzioni si è, in parte, indebolita. Non solo si sono determinati gravi ritardi nell'erogazione delle risorse, ma non sono stati adeguatamente definiti ruolo e funzione sociale del servizio ed il suo assetto organizzativo in relazione alle rinnovate esigenze della famiglia e della comunità

In Sardegna sono presenti 86 consultori familiari che, seppure con equipe carenti e in maniera non omogenea sul territorio, svolgono attività preventiva programmata di tutela della salute della donna e della maternità, di tutela del neonato, del bambino e dell'adolescente e di sostegno alle responsabilità familiari; in alcune situazioni specifiche svolgono anche attività di diagnosi e cura, non rientranti nei loro compiti istituzionali. Nonostante il numero consistente di tali presidi, non sempre la loro attività è adeguatamente visibile e accessibile.

Il Piano propone la riorganizzazione della rete dei consultori e ne promuove l'integrazione nell'ambito del Distretto e delle attività sociali di competenza delle amministrazioni locali.

La riorganizzazione della rete consultoriale e delle attività svolte tiene conto dei nuovi bisogni e disagi emergenti in una situazione notevolmente cambiata

La situazione dei consultori

Obiettivi

sotto il profilo culturale, economico e demografico rispetto a quella degli inizi degli anni ottanta, in cui queste strutture sono nate.

In particolare, il Piano promuove il potenziamento su tutto il territorio regionale delle attività di tutela della salute della donna e di tutela della maternità attraverso azioni quali:

Tutela della donna e della maternità

- il potenziamento delle attività di informazione ed educazione alla procreazione responsabile;
- la riorganizzazione della rete dei servizi che, ai vari livelli, svolgono attività di consulenza e di genetica clinica per le coppie in condizioni di rischio o con storia familiare di malattie genetiche;
- il monitoraggio delle gravidanze, con selezione di quelle a rischio da inviare a strutture di livello assistenziale superiore, attraverso un percorso che partendo dalla consulenza preconcezionale e genetica continui con la preparazione al parto, con il sostegno all'allattamento al seno e con l'assistenza durante il puerperio;
- la realizzazione di azioni di sensibilizzazione che aiutino la donna a vivere il parto come evento fisiologico contribuendo a limitare il ricorso inappropriato al parto cesareo;
- l'attivazione di programmi di educazione sanitaria rivolti agli operatori ed alla popolazione finalizzati alla diffusione delle conoscenze sugli effetti protettivi dell'acido folico sulle malformazioni fetali e su altre patologie ad alta rilevanza sociale;
- lo sviluppo delle attività di prevenzione oncologica a chiamata;
- l'approccio preventivo e di primo livello alle patologie disfunzionali e ai problemi inerenti l'infertilità e la sterilità, assicurando le condizioni per lo sviluppo di iniziative aventi ad oggetto attività di informazione ed assistenza relative alla procreazione medicalmente assistita;
- la prevenzione e il trattamento dei disturbi psico-fisici inerenti il climaterio e la prevenzione delle patologie della terza età.

Nel campo della tutela della salute del neonato, del bambino e dell'adolescente i consultori integrano le proprie attività con quelle del pediatra di libera scelta, connotandosi con interventi di pediatria di comunità.

Tutela neonato, bambino e adolescente

I campi di attività riguardano prevalentemente:

- l'informazione ed educazione sanitaria del bambino e dell'adolescente verso comportamenti e stili di vita favorevoli alla salute (alimentazione, attività fisica, ecc.),
- la tutela minorile relativa ad abusi, maltrattamenti e situazioni di disagio, garantendo un supporto tecnico alle politiche di sostegno per gli adolescenti e i giovani mediante interventi educativi, diagnostico-terapeutici e psicologici rivolti al singolo o a piccoli gruppi,

- la valorizzazione ed il sostegno delle responsabilità familiari (adozioni, supporto alla genitorialità, ecc.).

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, la Regione procede al riordino della rete dei consultori, disciplina l'assetto organizzativo e funzionale in modo da consentire il perseguimento degli obiettivi delineati.

Il percorso nascita

La programmazione del *percorso di assistenza alla nascita* è finalizzata a garantire, durante la gravidanza, il parto e il puerperio, livelli essenziali e appropriati di prevenzione, di assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica, sull'intero territorio regionale, attraverso una organizzazione in rete, articolata per diversi livelli di intensità assistenziale con differenti caratteristiche strutturali e tecnologiche dei presidi e competenze professionali.

Nel 2005 in Sardegna l'assistenza è stata erogata da un numero elevato di punti nascita (19 presidi ospedalieri pubblici e 4 case di cura private), con volumi di attività estremamente diversificati.

La situazione attuale

Solo 4 ospedali (P.O. Santissima Annunziata di Sassari, San Francesco di Nuoro, San Giovanni di Dio di Cagliari e A.O. Brotzu) effettuano un numero di parti/anno superiore a 1.000, valore indicato dal Progetto Obiettivo Nazionale Materno-infantile per le strutture di terzo livello. Altri 7 ospedali rispettano i parametri di attività fissati dal Progetto per il II e I livello (rispettivamente, 800 parti/anno e 500 parti/anno); ulteriori 8 punti nascita hanno volumi di attività inferiori a 500 parti/anno, ma mediamente attestati tra 200 e 400. Vi sono infine alcune strutture (P.O. La Maddalena, Sorgono, Isili, Muravera) al di sotto dei 200 parti/anno.

Per quanto attiene al ricorso al taglio cesareo si osserva una incidenza superiore ai dati nazionali: si ha infatti una percentuale di parti cesarei in costante incremento con valori medi regionali che sono passati dal 37% dell'anno 2003 a quasi il 39% del 2005.

Eccessivo ricorso al parto cesareo

Il ricorso al taglio cesareo presenta una notevole variabilità tra i diversi presidi ospedalieri, con valori che vanno (2005) da circa il 18% a oltre il 59%. Si può osservare che, salvo poche eccezioni, sono proprio i presidi ospedalieri che effettuano un basso numero di parti (al di sotto dei 500) quelli in cui è maggiore il ricorso al taglio cesareo, che dovrebbe invece essere effettuato prevalentemente nelle strutture di III livello.

In mobilità extraregionale il ricorso al cesareo è stato del 40% (2005).

Si ricorda che l'OMS raccomanda l'uso del taglio cesareo nel 10-15% dei casi, ponendo questa percentuale come uno degli indicatori per misurare la qualità delle cure alla nascita.

L'obiettivo strategico di medio periodo che la Regione si pone è quello della riorganizzazione della rete dei punti nascita secondo le indicazioni del *Progetto Obiettivo Materno Infantile* nazionale (la cui validità è stata confermata anche dal Piano sanitario nazionale 2003-2005), adattandole alla specificità della situazione regionale. Infatti la mera applicazione dei parametri del Progetto Obiettivo comporterebbe la chiusura di diversi punti nascita, per alcuni dei quali è invece necessario prevedere la possibilità di deroga tenendo conto delle particolari condizioni geomorfologiche e di viabilità dei territori di riferimento. Per queste situazioni particolari si potrà procedere alla sperimentazione di modelli organizzativi di erogazione dell'assistenza già utilizzati in altre regioni e che prevedono una forte integrazione tra più strutture ospedaliere (caratterizzate da diverse presenze di specialità appartenenti all'area funzionale materno infantile) nonché tra strutture ospedaliere e territorio (si pensi ad esempio alle *case di maternità*, o alla possibilità di dipartimenti interpresidi).

Si tratta in ogni caso di disegnare una rete di punti nascita che sia in grado di garantire tempi rapidi di accesso e, al contempo, massima sicurezza della madre e del bambino attraverso un'adeguata presenza delle necessarie figure professionali.

Più sicurezza per la madre e il bambino

Nell'ambito del percorso di assistenza alla nascita si vuole migliorare la messa in rete dei vari servizi di 1° e 2° livello e rafforzare il ricorso alle attività consultoriali, anche facilitandone l'accesso e garantendo la continuità del percorso nella presa in carico dell'intero ciclo della gravidanza, del parto e del puerperio.

Per tali ragioni dovranno essere avviate o potenziate tutte le azioni che promuovano la fisiologicità dell'evento e gli aspetti umani, comunicativi e relazionali.

Dovranno, altresì, essere facilitati e assicurati gli accessi ai livelli superiori, per l'aspetto diagnostico e terapeutico, garantendo omogeneità di prestazioni in tutto il territorio regionale e attivando servizi in rete.

Altri obiettivi da raggiungere nell'ambito dell'assistenza al parto e al puerperio sono:

Assistenza al parto e al puerperio

- l'assistenza di almeno l'80% delle gravide e dei neonati ad alto rischio presso unità di terzo livello;
- l'attivazione di percorsi per il parto-analgesia, uniformando i comportamenti delle diverse strutture;

- la definizione di protocolli operativi per la riduzione del ricorso al parto cesareo, quando non motivato da esigenze cliniche e di sicurezza della madre e del bambino, in particolare nelle strutture di I e II livello dove più frequentemente si concentrano i casi di inappropriatazza;
- la definizione di protocolli operativi per il trasporto in utero e per il trasporto protetto neonatale, che prevedano la riduzione del trasporto neonatale con incremento di quello in utero;
- l'adozione di interventi rivolti alla umanizzazione dell'assistenza alle donne;
- l'attivazione di percorsi specifici per le donne straniere nel rispetto delle diverse culture di appartenenza anche mediante gli interventi di mediazione culturale da realizzare attraverso iniziative di formazione degli operatori;
- la formazione degli operatori su comunicazione della diagnosi e primo sostegno ai genitori in caso di nascita di un bambino con deficit;
- l'immediata attivazione di percorsi di supporto alla famiglia, anche con la collaborazione delle associazioni dei familiari, in caso di nascita di un bambino con deficit.
- la sperimentazione della Assistenza Domiciliare Integrata in Puerperio (ADIP), erogata dalle strutture sanitarie in supporto alla dimissione precoce di madre e neonato. ADIP

Tutela del nascituro

È ormai accettato dall'intera comunità scientifica che i mesi di gravidanza sono fondamentali per la qualità della vita del neonato.

Tale consapevolezza non è però ancora pienamente entrata nel sentire comune, per cui ancora carenti sono le politiche sociali e sanitarie finalizzate all'educazione della gestante, alla prevenzione dei comportamenti devianti (tossicodipendenze, alcolismo, tabagismo), al sostegno ed al monitoraggio della qualità della vita del nascituro.

Obiettivo del presente Piano è la predisposizione, in ciascuna ASL, di un programma di intervento volto a sostenere le donne in gravidanza, a promuovere stili di vita protettivi per la salute del nascituro, a prevenire comportamenti devianti e a rischio per la madre e il nascituro, anche in collaborazione con i servizi sociali dei Comuni e i Servizi di Tutela, quando necessario.

L'area pediatrica

Per la tutela della salute nell'area pediatrica è necessario prevedere alcune azioni inerenti l'organizzazione dei servizi che si prendono cura dei problemi Riorganizzare i servizi

sanitari dell'infanzia, con caratteristiche specifiche per il neonato, il bambino e l'adolescente sino a 18 anni, che si riportano di seguito:

- la riorganizzazione in rete delle strutture ospedaliere e territoriali pediatriche su tre livelli di intensità assistenziale come da Progetto Obiettivo Materno Infantile;
- il monitoraggio dei neonati con basso peso alla nascita e quello delle malformazioni congenite e l'osservazione epidemiologica delle malattie genetiche, attraverso la creazione degli appositi registri;
- il coordinamento e l'integrazione tra i pediatri di libera scelta e gli altri servizi (continuità assistenziale, consultorio, medicina dello sport, unità operative ospedaliere, centri di riferimento per particolari patologie, servizi riabilitativi e unità di salute mentale per bambini e d adolescenti);
- la riduzione del livello di inappropriatezza dei ricoveri in età pediatrica per cure di primo livello;
- la umanizzazione dell'assistenza attraverso interventi di qualificazione del personale, adeguamento delle strutture, ospitalità del genitore durante il ricovero.

CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA

74

Parti e ricorso al cesareo - Dati SDO 2003-2005										
Strutture		2003*			2004			2005		
		N. parti (a)	N. cesarei (b)	b/a %	N. parti (a)	N. cesarei (b)	b/a %	N. parti (a)	N. cesarei (b)	b/a %
ASL 1	OSPEDALE SANTISSIMA ANNUNZIATA SASSARI	1.244	525	42,2	1.410	622	44,1	1.437	663	46,1
	OSPEDALE CIVILE ALGHERO	317	136	42,9	300	140	46,7	313	144	46,0
	OSPEDALE ANTONIO SEGNI OZIERI	325	118	36,3	322	144	44,7	304	115	37,8
	CASA DI CURA POLICLINICO SASSARESE SASSARI	607	236	38,9	537	207	38,5	605	302	49,9
ASL 2	OSPEDALE CIVILE TEMPIO PAUSANIA	289	118	40,8	296	126	42,6	313	143	45,7
	OSPEDALE MERLO LA MADDALENA	126	43	34,1	97	25	25,8	103	35	34,0
	OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO OLBIA	801	223	27,8	763	239	21,3	831	251	30,2
ASL 3	OSPEDALE SAN FRANCESCO NUORO	1.139	424	37,2	1.128	408	36,2	1.297	442	34,1
	OSPEDALE CIVILE SORGONO	141	70	49,6	129	67	51,9	129	58	45,0
	OSPEDALE CIVILE BOSA	151	63	41,7	145	62	42,8	220	80	36,4
	OSPEDALE CIVILE ISILI	157	75	47,8	160	75	46,9	152	60	39,5
ASL 4	OSPEDALE CIVILE LANUSEI	387	98	25,3	390	123	31,5	352	64	18,2
ASL 5	OSPEDALE SAN MARTINO ORISTANO	750	233	31,1	680	215	31,6	766	256	33,4
	OSPEDALE DELOGU GHILARZA	186	85	45,7	142	61	43,0	-	-	-
ASL 6	OSPEDALE CIVILE SANGAVINO	600	171	28,5	622	196	31,5	540	146	27,0
ASL 7	OSPEDALE SIRAI CARBONIA	396	148	37,4	418	175	41,9	438	179	40,9
	OSPEDALE SANTA BARBARA IGLESIAS	286	99	34,6	326	121	37,1	281	88	31,3
ASL 8	OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO CAGLIARI	1.339	492	36,7	1.234	513	41,6	1.211	497	41,0
	OSPEDALE (SANTISSIMA TRINITA') CAGLIARI	700	292	41,7	669	321	48,0	588	289	49,1
	OSPEDALE SAN MARCELLINO MURAUVERA	124	55	44,4	128	55	43,0	125	49	39,2
	CASA DI CURA SANT'ANNA OSTETRICA E GIN. CAGLIARI	390	155	39,7	639	304	47,6	625	307	49,1
	CASA DI CURA CITTA' DI QUARTU QUARTU SANT'ELENA	10	9	90,0	60	36	60,0	223	88	39,5
	CASA DI CURA VILLA ELENA CAGLIARI	854	352	41,2	648	222	34,3	665	221	33,2
Brotzu	OSPEDALE SAN MICHELE CAGLIARI	1.571	521	33,2	1.389	511	36,8	1.334	521	39,1
TOTALE		12.890	4.741	36,8	12.632	4.968	39,3	12.852	4.998	38,9
Fuori regione		213	79	37,1	224	93	41,5	204	82	40,2
*	Mancano circa 200 SDO presidio Santissima Annunziata (DRG 391 neonato sano)									

2.4. La continuità assistenziale

Il servizio di continuità assistenziale assicura interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne, festive e prefestive. **Attualmente** è articolato in 192 punti di guardia medica, distribuiti nel territorio regionale come riportato nella cartina allegata e occupa circa 860 medici per un monte ore complessivo di circa 29.000 all'anno.

Rispetto alla media nazionale di 0,2 medici di guardia medica per 1.000 abitanti, il dato relativo alla Sardegna è decisamente superiore (0,5 per mille), **dato giustificato** dalle condizioni geomorfologiche del territorio e dalle caratteristiche della rete viaria.

La situazione è caratterizzata da una diffusa presenza di punti nel territorio regionale (in circa la metà dei comuni dell'isola); la parcellizzazione della rete pone problemi di sicurezza degli operatori (spesso costretti a operare in situazioni di isolamento) e di efficienza del servizio.

Il Piano si propone una riorganizzazione della continuità assistenziale, **attraverso un progetto obiettivo, adottato ai sensi del comma 2 dell'articolo 12 della legge regionale n. 10 del 2006 entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del Piano. La riorganizzazione è finalizzata a garantire tempestività delle risposte ed equità nell'accesso, in modo da assicurare un'effettiva continuità dell'assistenza rispetto sia ai medici di assistenza primaria sia al sistema del 118. Particolare attenzione va riservata all'esigenza di garantire la massima sicurezza al personale, già vittima di gravi episodi di violenza che hanno scosso tutto il mondo sanitario ed i cittadini sardi.**

La riorganizzazione della rete di continuità assistenziale, da realizzare attraverso il coinvolgimento di tutte le componenti afferenti all'area della medicina di base nonché dei rappresentanti delle comunità locali, mira a restituire ai punti di guardia medica le caratteristiche **di accoglienza e dignità dei luoghi di cura**, in grado di accogliere le persone in sedi sicure, facilmente riconoscibili come strutture sanitarie integrate con le altre strutture del Servizio sanitario regionale e nelle quali i problemi di sicurezza sono affrontati attraverso una diversa localizzazione delle sedi ed un rafforzamento delle figure sanitarie presenti (e non solo attraverso la presenza di personale di vigilanza).

A tal fine, la riorganizzazione prevede:

- la localizzazione dei punti di guardia medica, **ove è possibile**, presso i presidi sanitari o sociosanitari presenti nei territori di riferimento (pronto soccorso ospedalieri, postazioni di soccorso avanzato, associazioni di volontariato inserite nella rete dell'emergenza o, in assenza di uno dei presidi sopraindicati, anche presso strutture residenziali afferenti alla rete dell'assistenza residenziale territoriale); nel caso di allocazione

La situazione attuale

Obiettivi di riorganizzazione

presso il pronto soccorso e presso le postazioni di soccorso avanzato dovrà essere favorita l'integrazione degli operatori afferenti ai diversi servizi anche ai fini del miglioramento delle competenze professionali;

- l'accorpamento, in via sperimentale, **ove è possibile**, dei punti guardia nelle costituenti Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) che dovranno garantire le cure primarie 24 ore al giorno per tutti i giorni dell'anno, attraverso la presenza di medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale, di medici specialisti, infermieri professionali ed altro personale sanitario non medico;
- la riallocazione, **ove possibile**, sulla base **degli interventi** di cui ai punti precedenti, delle risorse attualmente utilizzate per il servizio di vigilanza, a favore dell'acquisizione di professioni sanitarie, risorse che rafforzino la presenza di personale di assistenza presso i punti di guardia medica (ed anche eventualmente negli interventi a domicilio) e restituiscano a tali punti le caratteristiche di luoghi di accoglienza e cura in grado di garantire sicurezza al personale ed agli utenti.

La ristrutturazione del servizio di continuità assistenziale, nell'ottica del miglioramento della qualità della prestazione sanitaria resa, persegue l'obiettivo del mantenimento dei medici attualmente impegnati nella continuità assistenziale, all'interno della riorganizzazione delle attività distrettuali.

2.5. Le dipendenze

Il crescente utilizzo, anche da parte dei giovani, di sostanze che inducono dipendenza (droghe, alcool, fumo, ecc.), e la diffusione delle dipendenze comportamentali, spesso associati a difficoltà sociali, psicologiche e mediche, determinano gravi problemi di salute che devono essere presi in carico e trattati nell'ambito dei servizi sanitari delle ASL e degli organismi pubblici e privati accreditati e del privato sociale.

Data la complessità delle problematiche e dell'articolazione degli interventi richiesti alle ASL nell'area delle dipendenze, si predilige una logica organizzativa di carattere dipartimentale (aziendale o interaziendale) laddove compatibile con l'organizzazione complessiva.

A tal fine, costituiscono obiettivi prioritari da perseguire nel triennio di validità del presente Piano:

- garantire la presa in carico personalizzata delle persone con **problemi di abuso/dipendenza patologica**, integrando la valutazione e gli interventi di ordine farmacologico, psicologico, riabilitativo nei contesti ambulatoriali, semiresidenziali o residenziali più indicati nel singolo caso;

- coordinare e raccordare le risorse e l'operatività dei diversi punti della rete dei servizi (sanitari, sociosanitari, sociali, educativi) impegnati nell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione anche attraverso una unità di coordinamento tecnico-scientifico regionale istituita con compiti di rilevazione epidemiologica, disseminazione delle evidenze scientifiche di efficacia, monitoraggio degli interventi, formazione;
- riorientare l'operatività dei servizi, promuovendo:
 - a) la territorializzazione dell'assistenza e l'integrazione nel distretto con gli altri servizi;
 - b) la diversificazione degli interventi, in accordo con l'evoluzione dei comportamenti di abuso e dipendenza e con le richieste di salute;
- garantire in particolare l'integrazione con i servizi per la tutela della salute mentale per assicurare la presa in carico integrata dei pazienti in situazione multiproblematica. A tal fine si prevede la formulazione di uno specifico atto di indirizzo che assicuri la piena collaborazione dei servizi per le dipendenze e di quelli per la salute mentale, in presenza di problemi di abuso e dipendenza associati a livelli significativi di sofferenza mentale;
- adottare strumenti di analisi epidemiologica a livello regionale per sostenere la pianificazione degli interventi, il loro monitoraggio e la valutazione dei risultati ottenuti;
- attuare programmi di prevenzione, (primaria, secondaria e terziaria) e di riduzione del danno, definiti in base alle evidenze scientifiche della loro efficacia, con l'intento di scoraggiare l'uso delle varie sostanze d'abuso (legali ed illegali) e di prevenire le complicità (sanitarie e sociali) associate al comportamento tossicomane;
- Valorizzare ed integrare con il sistema pubblico, l'esperienza delle associazioni di volontariato operanti nel settore.

La Regione, entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, predispose un programma di interventi nel settore delle dipendenze (inclusi alcolismo e tabagismo), prevedendo il coinvolgimento di tutta la rete dei servizi, pubblici e privati, impegnati nella risposta a tale bisogno di salute.

Anche a tal fine, la Regione istituisce la Commissione regionale per le dipendenze con compiti di supporto all'analisi e valutazione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nonché di sostegno tecnico nella promozione delle iniziative.

3. RETE OSPEDALIERA

Obiettivo strategico del Piano Sanitario 2006-2008 è la riorganizzazione della rete ospedaliera, allo scopo di adeguarla alle reali esigenze dei cittadini, garantendo appropriatezza e qualità dei percorsi diagnostico terapeutici, superando ingiustificate carenze ed evitando inutili duplicazioni.

La parziale trasformazione di alcuni piccoli ospedali in strutture a bassa intensità assistenziale potrà consentire il miglioramento della qualità dell'assistenza nonché la salvaguardia dei livelli di occupazione; la riqualificazione degli ospedali delle zone interne sarà delineata tenuto conto del ruolo che tali strutture possono svolgere anche in termini di coesione sociale, di mantenimento delle persone in difficoltà nel proprio ambiente di vita e di contrasto alle tendenze allo spopolamento.

Nel complesso, l'intera offerta ospedaliera dovrà essere programmata sviluppando un sistema a rete che risponda in modo coordinato alla domanda della popolazione sarda. Il modello a rete "*hub and spoke*", che prevede la creazione di strutture assistenziali con differenti gradi di complessità, rappresenta un modello da sviluppare al fine di favorire una risposta appropriata ed efficiente su tutto il territorio regionale.

In tale ottica, il ridisegno della rete ospedaliera comporta interventi per la razionalizzazione e la riqualificazione dell'offerta di posti letto e lo sviluppo del sistema a rete.

3.1. Il quadro di riferimento nazionale

La riorganizzazione della rete ospedaliera non può prescindere dagli indirizzi nazionali in materia di assistenza ospedaliera, con particolare riferimento a:

- a) i livelli essenziali di assistenza;
- b) la classificazione degli ospedali;
- c) l'organizzazione interna degli ospedali.

I livelli essenziali di assistenza ospedaliera

Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*, relativamente all'assistenza ospedaliera fornisce limitate indicazioni di rilievo programmatico:

- nella classificazione delle prestazioni comprese nei livelli assistenziali relativi all'assistenza ospedaliera (allegato 1, §1.A, decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001), ove, accanto alle

Livelli essenziali di assistenza

prestazioni tradizionali, prevede espres-samente gli interventi ospedalieri a domicilio;

- con riferimento agli standard relativi alle prestazioni erogabili e alle strutture di offerta (allegato 1, §1.B);
- con riguardo ai ricoveri ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria (allegato 2);
- relativamente al ruolo dell'ospedale nella rete dei servizi sanitari (allegato 3), rispetto al quale fornisce indicazioni di carattere generale.

Gli standard relativi al tasso di ospedalizzazione e alla dotazione di posti letto, già definiti dal decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito dalla Legge 16 novembre 2001, n. 405, e nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, sono stati rideterminati con l'Intesa sottoscritta in sede di *Conferenza per i Rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome* per il triennio 2005-2007 del 23 marzo 2005, atto n. 2271, nei seguenti termini:

- tasso di ospedalizzazione: 180 ricoveri per mille abitanti, di cui in regime diurno di norma pari al 20%;
- dotazione di posti letto: 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie (precedentemente determinati in 1 posto letto per mille abitanti). La dotazione può essere maggiorata non oltre il 5% "in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle regioni".

Standard su tasso di ospedalizzazione e dotazione di posti letto

L'Intesa Stato - Regioni di cui sopra prevede che tali standard debbano essere raggiunti entro il 2007, con le seguenti tappe intermedie:

- 2005: 4,7 pl per 1.000 abitanti, di cui 4,5 per acuti e 0,2 post-acuzie.
- 2006: 4,6 pl per 1.000 abitanti, di cui 4,1 per acuti e 0,5 post-acuzie.
- 2007: 4,5 pl per 1.000 abitanti, di cui 3,7 per acuti e 0,8 post-acuzie.

In particolare la previsione a regime prevede la sovra dotazione di posti letto consentita dall'Intesa con contestuale riduzione di quelli post-acuzie.

Il tasso di utilizzo dei posti letto, invece, è stato determinato nella misura minima del 75% dalla Legge 28 dicembre 1995, n. 549, articolo 2, comma 5, e successivamente confermato con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001.

La classificazione e organizzazione interna degli ospedali

L'ultima classificazione funzionale organica degli ospedali prevista a livello nazionale è quella introdotta dalla Legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Successivamente la normativa nazionale ha regolamentato i requisiti per l'esercizio delle attività di alta specialità (decreto ministeriale 29 gennaio

1992) e ha definito i criteri di classificazione degli ospedali specializzati (decreto ministeriale 31 gennaio 1995).

Attualmente, a livello nazionale, la classificazione funzionale utilizzata per i confronti delle performance degli ospedali, è di fatto quella che si ricava dalla classificazione istituzionale: aziende ospedaliere - universitarie, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, aziende ospedaliere, ospedali presidio di ASL.

Classificazione
funzionale

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005, nell'ambito dei "10 progetti per la strategia del cambiamento" prevede quello finalizzato a "promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere". Delineato il processo di "impetuoso evolvere" delle tecnologie e il cambiamento demografico che ha portato allo sviluppo delle patologie dell'anziano, prevalentemente cronico, il PSN evidenzia come "la nostra organizzazione ospedaliera necessita oggi di un ripensamento. Un ospedale piccolo sotto casa non è più una sicurezza, in quanto spesso non può disporre delle attrezzature e del personale che consentono di attuare cure moderne e tempestive".

Obiettivi strategici
del PSN

Il PSN, pertanto, prevede tra gli obiettivi strategici, il sostegno delle regioni nel loro programma di ridisegno della rete ospedaliera, con le seguenti finalità:

- convertire la funzione degli ospedali minori;
- attivare la ospedalità a domicilio;
- realizzare centri avanzati di eccellenza.

Il successivo accordo Stato-Regioni per l'attuazione del PSN 2003-2005 del 24 luglio 2003 individua tra le priorità la realizzazione di una rete di centri di eccellenza e prevede la definizione di criteri oggettivi per la loro individuazione.

Il tema della classificazione funzionale degli ospedali è quindi rimasto sullo sfondo della normativa nazionale ed è stato invece affrontato a livello regionale, con diverse soluzioni, variamente strutturate e formalizzate.

Con riferimento all'organizzazione interna degli ospedali, la normativa nazionale, un tempo puntuale, è ora circoscritta al principio della dipartimentalizzazione, da tempo previsto e in ultimo ribadito dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni.

3.2. La domanda regionale di ricoveri

Un primo importante indicatore per la valutazione del fabbisogno di assistenza ospedaliera fa riferimento alla domanda di ricoveri della popolazione di riferimento.

Nel 2005 (ultimo anno per il quale sono disponibili informazioni complete), il tasso di ospedalizzazione è stato pari a 223 ricoveri per 1.000 abitanti, così distribuiti:

- 214 presso presidi regionali e 9 presso strutture extra-regionali;
- 222 per ricoveri in reparti per acuti e 1 per ricoveri in reparti di post-acuzie;
- 157 per degenza ordinaria e 66 per degenza diurna.

Situazione attuale
del tasso di
ospedalizzazione

Il valore del tasso di ospedalizzazione, di gran lunga superiore allo standard previsto dalla normativa nazionale, risente almeno in parte dall'impropria registrazione dei singoli accessi alla degenza diurna come ricovero **ordinario**; la correzione di tale anomalia porta a stimare il tasso grezzo regionale pari a 211 ricoveri per 1.000 abitanti. Si ricorda che i valori sono calcolati con esclusione dei ricoveri dei neonati sani (DRG 391).

All'interno della Sardegna, il tasso di ospedalizzazione varia in modo significativo nelle diverse aziende sanitarie; la variabilità è in parte riconducibile ai tradizionali fattori legati alla demografia e alla rete dei servizi.

Il tasso di ospedalizzazione 2005, standardizzato per età e genere su base regionale e con la correzione dei ricoveri diurni, presenta il valore minimo nella azienda **ASL 2 (179)** e quello massimo nelle aziende **ASL 4 e 8 (rispettivamente 250 e 242)**. Occorre peraltro rilevare che la variabilità deriva prevalentemente dai ricoveri diurni (sulla cui corretta registrazione permangono dubbi); in particolare:

- i ricoveri ordinari in 6 aziende sanitarie su 8 sono compresi tra **140 e 165** ricoveri per mille abitanti; fanno eccezione le **ASL 6 (137)** e **4 (208)**;
- i ricoveri diurni variano da **22** nella **ASL 1** a **82** nella azienda **USL 8**.

In coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente, obiettivo del Piano è ricondurre entro il **2009** il tasso di ospedalizzazione nei limiti dello standard nazionale, con le seguenti tappe intermedie:

Obiettivi del Piano

- **2007:** 210 ricoveri per 1.000 abitanti;
- **2008:** 200 ricoveri per 1.000 abitanti;
- **2009:** 190 ricoveri per 1.000 abitanti (tasso medio annuo da raggiungere progressivamente in modo da pervenire negli ultimi mesi dell'anno allo standard di 180 ricoveri per 1.000 ab.);
- **2010:** 180 ricoveri per 1.000 abitanti.

Il graduale adeguamento del tasso di ospedalizzazione deve essere preceduto da un insieme di interventi finalizzati a garantire il progressivo potenziamento delle attività alternative al ricovero ordinario (in particolare, assistenza sul territorio e ricoveri diurni), nonché la riduzione dei ricoveri impropri, in modo da assicurare risposte assistenziali appropriate e di

complessità adeguata alle specifiche esigenze delle persone in condizioni di bisogno.

A tal fine gli obiettivi assegnati ai direttori generali delle aziende sanitarie nel triennio 2005-2007 devono prevedere interventi sui versanti della domanda e dell'offerta di prestazioni:

- accordi con i medici di medicina generale per il monitoraggio delle prescrizioni di ricovero, in attuazione dell'accordo regionale;
- sviluppo dell'assistenza territoriale: assistenza specialistica ambulatoriale, anche in forma di day service, assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione domiciliare, residenza sanitaria assistenziale ecc.;
- sviluppo dei ricoveri di day surgery e di day hospital (ad esclusione di quelli diagnostici) e riduzione di quelli ordinari, a partire da quelli a elevato rischio di inappropriatazza.

Si tratta cioè di sviluppare una rete di servizi in grado di garantire risposte adeguate sotto il profilo clinico e organizzativo, espressione di un'assistenza che supera la centralità dell'ospedaliera a favore del territorio, favorendo - quando possibile - il mantenimento del paziente al proprio domicilio.

3.3. La rete ospedaliera regionale

In Sardegna la rete dei presidi, pubblici e privati, che erogano assistenza ospedaliera è in larga parte ancora frutto di scelte effettuate negli anni '80 ed è stata solo in parte riordinata negli anni '90 per tenere conto dell'evoluzione degli indirizzi tecnico-scientifici che hanno guidato lo sviluppo dell'assistenza ospedaliera nei paesi industrializzati.

La situazione attuale

La rete presenta le seguenti caratteristiche principali:

- dotazione totale effettiva di posti letto negli ospedali pubblici e dei soggetti erogatori accreditati complessivamente superiore allo standard nazionale di 4,5 posti letto per 1.000 abitanti (7.824 posti letto effettivi a fronte di un fabbisogno stimato in base al parametro del 4,5 per 1.000 ab. di 7.425 posti letto)
- forte esubero di posti letto per acuti (7.643 posti letto effettivi a fronte di un fabbisogno stimato in base al parametro dell'uno per 1.000 ab. di 5.775 posti letto);
- carenza di posti letto post-acuzie (181 posti letto effettivi a fronte di un fabbisogno stimato in base al parametro dell'uno per 1.000 ab. di 1.650 posti letto);

- tasso complessivo di utilizzo dei posti letto ordinari inferiore al tasso nazionale di riferimento del 75%: 68,9% per gli ospedali pubblici, 57% per i soggetti erogatori privati e, in media complessiva regionale, 65,8%
- posti letto diurni per acuti attualmente inferiori al tasso minimo del 10% (ma potenzialmente in crescita, con la necessaria riduzione dei posti letto ordinari).

In carenza di un piano sanitario regionale la rete dei presidi, pubblici e privati, che erogano assistenza ospedaliera si è altresì sviluppata in modo non organico ed equilibrato sul territorio. In particolare la distribuzione dei posti letto tra le varie specialità presenta lacune ed esuberi non solo a livello regionale, ma soprattutto nelle singole aree territoriali.

Con riguardo alla *dotazione complessiva di posti letto ospedalieri*, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa nazionale, obiettivo del presente Piano Sanitario è pervenire ad una offerta di 7.102 posti letto, di cui 6.075 per acuti e 1.027 post-acuzie.

Tale dotazione "*obiettivo*" è calcolata con riferimento al parametro nazionale, distinto per le patologie acute e post acute, come di seguito specificato, il cui rispetto è oggetto di monitoraggio da parte del Governo e condiziona le scelte delle singole regioni.

Con riferimento alla dotazione di posti letto per *acuti*, la Regione ritiene che la capacità ricettiva possa essere ulteriormente incrementata del 5% dei posti letto, tenuto conto della dispersione della popolazione e delle caratteristiche del territorio della Sardegna, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, la quale prevede deroghe allo standard nazionale ancorché per motivazioni differenti da quelle legate al territorio. Su tale punto, la Regione è impegnata in un confronto con il Governo nazionale.

Con riferimento ai posti letto per post-acuti, la Regione ritiene che nel triennio di validità del Piano la dotazione complessiva possa essere incrementata fino a 1027 pl, valore inferiore allo standard di 1 pl per 1.000 abitanti, ma realisticamente compatibile con gli interventi di riconversione dell'offerta e con l'attuale dimensione della rete regionale di strutture residenziali extra-ospedaliere.

Con riguardo alla dotazione di posti letto per discipline ospedaliere, il fabbisogno tendenziale è stato calcolato partendo dalla distribuzione effettiva rilevata a livello nazionale per le singole specialità (classificate secondo i criteri di cui alle rilevazioni ministeriali), con il seguente procedimento:

- sono stati compresi nel calcolo sia i posti letto ordinari sia quelli diurni, delle strutture pubbliche e private accreditate;
- sono stati considerati solo i posti letto rilevati per le singole discipline, con l'esclusione di quelli ad utilizzo misto (reparti "pensionanti" e

La situazione a regime: dotazione complessiva

La dotazione a regime per specialità: *metodologia di analisi*

“detenuti” e “day hospital multispecialistico”), ovvero dei posti letto diurni che non vengono attribuiti alle singole discipline (quest’ultimo è presente in alcuni ospedali sardi ed è pertanto stato considerato nella colonna della dotazione attuale);

- poiché i posti letto oggi presenti a livello nazionale per l’acuzie sono superiori allo standard di 3,5 posti letto per 1.000 abitanti, il parametro è stato reso compatibile con lo standard complessivo riducendo in modo proporzionale la dotazione di tutte le discipline (rinviando in questa prima fase ogni considerazione circa l’evoluzione delle patologie e delle tecnologie);
- per la post-acuzie, in presenza di un numero di posti letto inferiore allo standard di 1 posto letto per 1.000 abitanti, si è operato con il processo inverso, ovvero incrementando in modo proporzionale la dotazione di tutte le discipline ivi comprese.

Tale procedura non porta ad individuare un parametro *obiettivo* per singola disciplina (non disponibile a livello nazionale) ma, più semplicemente, un valore da usare come riferimento non vincolante per l’analisi dell’attuale rete ospedaliera a livello di singola disciplina e per la definizione della sua revisione, a livello regionale e di singola azienda sanitaria.

Il confronto tra la dotazione attuale per specialità e il valore nazionale per specialità mette in evidenza una serie di differenze, spiegate da un complesso di fattori (**confronta tabella 1**) fra i quali si sottolinea:

- la carenza (regionale o locale) di alcune discipline, causa di sviluppo delle attività da parte di reparti affini (in particolare, le medicine e le chirurgie generali);
- le specifiche condizioni epidemiologiche e della domanda di assistenza;
- la presenza di un eccesso di posti letto ordinari in alcune discipline caratterizzate da un basso tasso di utilizzo della capacità produttiva esistente;
- il ridotto sviluppo dell’ospedalizzazione diurna (ad esempio per l’oculistica) e di forme alternative di assistenza (day service, ospedalizzazione domiciliare, hospice, ecc.);
- lo sviluppo anomalo dell’ospitalità privata (ad esempio per la geriatria, a fronte di una carenza di servizi pubblici, indispensabili anche per gestire le unità di valutazione geriatrica che regolano l’accesso ai servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari);
- la natura principalmente bipolare della sanità sarda, che comporta una diffusa presenza di specialità nei due poli di Cagliari e Sassari e una maggiore dotazione di posti letto in reparti generali nelle aree interne;

- non vanno infine trascurate differenze nella classificazione e codifica dei posti letto, nonché nel loro reale utilizzo per attività più o meno riconducibili alle diverse specialità.

Tenuto conto di tali considerazioni, la **tabella 1** allegata riporta la distribuzione del fabbisogno di posti letto tra le singole discipline, definito sulla base del parametro nazionale di riferimento e delle peculiarità della realtà regionale. Il dato riportato nella colonna fabbisogno **tendenziale RAS**” costituisce un riferimento per la definizione della distribuzione (a regime) delle specialità a livello territoriale, da utilizzare con gradualità e flessibilità, tenuto conto delle concrete potenzialità locali e delle disponibilità economiche per il Servizio Sanitario Regionale.

Resta infatti inteso che la distribuzione dei posti letto tra le singole discipline a livello di ogni zona dovrà tenere conto:

- dei fattori sopra indicati, in particolare della diversa afferenza delle patologie in base alle discipline presenti sul territorio;
- dell’evoluzione dell’organizzazione ospedaliera e dell’effettivo sviluppo delle attività alternative al ricovero;
- della necessaria gradualità nel passaggio dall’attuale situazione a quella a regime.

Nella **tabella 2** viene indicata ai sensi dell’articolo 12, comma 5, lettera g) della **legge regionale n. 10 del 2006** la presenza delle singole specialità nelle varie **province identificate con le ASL**, senza indicazione quantitativa della dotazione di posti letto. La tabella ipotizza la distribuzione a lungo termine delle discipline, con un processo di progressivo adeguamento che, per poter essere attuato, richiede:

- la riduzione complessiva della dotazione di posti letto per acuti nei limiti dello standard nazionale, a partire da quelli con un tasso di occupazione inferiore allo standard del 75%;
- la riduzione della concentrazione di posti letto in alcune aree territoriali, ove non giustificata da motivi funzionali (ovvero in presenza di un numero di strutture complesse superiore al fabbisogno zonale);
- la contestuale riduzione dei posti letto delle discipline generali di riferimento.

La proposta di distribuzione delle specialità sul territorio regionale (di cui alla tabella allegata) tiene quindi conto del dato storico, della situazione geografica e viaria della Sardegna.

In sintesi, l’obiettivo è garantire:

- una capillare diffusione su tutto il territorio regionale delle discipline di base, al fine di assicurare uniformità e tempestività di trattamento;

- una razionale presenza sul territorio delle discipline specialistiche, tenuto conto delle indicazioni scientifiche internazionali e dei parametri nazionali che raccomandano adeguati volumi di attività e il necessario sviluppo di competenze cliniche.

La riorganizzazione della rete ospedaliera è realizzata nel medio periodo, a partire dalle carenze prioritarie nei singoli territori, compatibilmente con le risorse disponibili (professionali ed economiche) e garantendo adeguate sinergie con il parallelo processo di sviluppo delle attività distrettuali e sul territorio.

Per raggiungere tali obiettivi è necessario procedere alla concreta realizzazione di una rete di strutture e presidi ospedalieri in grado di coniugare efficacia delle risposte assistenziali, accessibilità ai servizi in tutto il territorio regionale, efficienza nell'impiego delle risorse.

In tale ottica, gli indirizzi generali - cui la puntuale riorganizzazione della rete ospedaliera all'interno della Regione dovrà attenersi - indicano l'esigenza di:

- prevedere la distribuzione regionale delle specialità cliniche in base al rispettivo tasso atteso di ospedalizzazione e al conseguente bacino potenziale di utenza, articolandone l'attivazione sul territorio secondo il livello di diffusione da perseguire, secondo la seguente classificazione (cfr. tabella 2),
 - specialità rare, da prevedere in 1-2 aziende sanitarie;
 - specialità di media diffusione, da prevedere in 3-4 aziende sanitarie;
 - specialità di alta diffusione, da prevedere in 6-7 aziende sanitarie;
 - specialità di base, da prevedere in tutte le 8 aziende sanitarie locali;
- prevedere l'organizzazione delle diverse specialità rare e di media diffusione con il principio della rete integrata mediante il modello *hub & spoke*, ovvero prevedendo raccordi tra i centri di riferimento regionali e sub-regionali (*hub*) e i centri periferici (*spoke*, costituiti, ove del caso, da specialità affini);
- procedere alla organizzazione della rete dei presidi, distinguendo fra ospedali *generali* e ospedali *specializzati*, in base ai seguenti criteri:
 - ospedali di rete generali, con valenza regionale, sub-regionale o zonale, monosede o plurisede. Negli ospedali plurisede la sede principale è quella caratterizzata dalla presenza delle specialità delle diverse aree funzionali (medicina, chirurgia, materno-infantile) e dal DEA di 1° o 2° livello, mentre le altre sedi sono caratterizzate da discipline solo di area medica, prevalentemente dedicate alla post-acute, con attività di day surgery garantita dalla sede principale e con

Il riordino della rete:
12 indirizzi

1. Diffusione delle
singole discipline

2. Centri di
riferimento e periferici

3. Ospedali generali
e specializzati

- pronto soccorso h12 o h24, in base alla distanza dall'ospedale principale;
- ospedali di rete specializzati, con valenza regionale o sub-regionale;
 - in generale, nell'ambito di ogni area territoriale, in presenza di più presidi, superare la duplicazione delle specialità in presidi operanti a distanza ridotta e raggiungibili tendenzialmente in meno di 30 minuti, salvo ragioni legate a reali consistenti volumi di attività, in particolare nelle discipline con alti tassi di ospedalizzazione;
 - rideterminare i posti letto a regime per le singole **province** in coerenza con il valore globale regionale, come sopra determinato, tenendo conto della distribuzione delle specialità di cui alla **tabella 2** allegata e dell'obiettivo tendenziale di utilizzo complessivo dei posti letto ordinari mediamente pari ad almeno il 75% della capacità ricettiva; tale tasso deve essere interpretato come obiettivo minimo complessivo della struttura di ricovero, compatibile con tassi nelle singole unità operative, differenziati in base alle caratteristiche dei singoli reparti (tenuto conto della differente degenza media e di un adeguato intervallo di turn-over) e condizionato dal mix tra reparti con attività programmabile e non;
 - procedere, ove è prevista una riduzione dei posti letto per acuti, alla loro trasformazione in posti letto post-acuzie (riabilitazione e lungodegenza) e alla conseguente riconversione delle attività, a garanzia di una più appropriata assistenza a favore del paziente; le aziende sanitarie individuano sin da subito l'offerta ospedaliera di fatto già destinata a rispondere a bisogni di lungodegenza e riabilitazione e procedono alla formale riconversione/ riclassificazione dei relativi posti letto e delle relative risorse, nei tre seguenti livelli organizzativi e assistenziali:
 - 1) gli interventi di terzo livello riabilitativo sono erogati in Unità Operative specializzate collocate presso presidi di alta specialità ai sensi del D.M. 23 gennaio 1992, individuate a livello regionale nell'Unità Spinale e nelle Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite e i gravi traumi cranio-encefalici;
 - 2) gli interventi di secondo livello riabilitativo sono erogati, in regime di ricovero, presso Unità Operative di riabilitazione intensiva inserite in presidi ospedalieri plurispecialistici e monospecialistici ove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale, o nei quali sia costituita una specifica unità operativa in grado di garantire la presa in carico multicomprendensiva di individui per i quali il trattamento di recupero funzionale di menomazioni e disabilità è indifferibile. Tali soggetti richiedono interventi valutativi e riabilitativi specialistici ed interventi di nursing ad elevata specificità
- 4. Superare le duplicazioni non necessarie**
- 5. La dotazione nelle singole *province***
- 6. Posti letto *per acuti* e post-acuzie**

articolati nell'arco delle intere 24 ore o nelle ore diurne, non erogabili in forma extra-ospedaliera, quantificati in almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero. Tali unità operative svolgono attività in regime di ricovero ordinario o in regime di Day Hospital.

- 3) Le prestazioni di primo livello riabilitativo sono erogate, in regime di ricovero, presso le Unità Operative ospedaliere di lungodegenza post-acuta a valenza riabilitativa estensiva.
- riconvertire gli ospedali minori che per la loro collocazione, prossima agli ospedali generali ed in aree che non presentano problemi di accesso da parte della popolazione di riferimento, possono essere trasformati in strutture a bassa intensità assistenziale in grado di garantire adeguate risposte sanitarie con modalità alternative al ricovero ordinario (ad es. ospedale di comunità, RSA, poliambulatorio) e salvaguardando la presenza di una struttura sanitaria nei territori con grave disagio geomorfologico e con rilevanti problemi di accessibilità al resto della rete;
 - sviluppare il governo clinico degli ospedali su base dipartimentale mediante i dipartimenti funzionali, al fine di coordinare la gestione sanitaria delle strutture omologhe o appartenenti alle macro-articolazioni delle discipline (area medica, chirurgica, materno-infantile, servizi) o complementari, in base alla articolazione e al numero delle specialità presenti nell'azienda sanitaria. I dipartimenti funzionali, ove composti da strutture collocate in diversi presidi, assolvono alla prevalente funzione di coordinare le attività svolte dalle singole strutture, contribuire alle scelte nell'allocazione delle risorse, migliorare i processi assistenziali, coordinare lo sviluppo delle risorse professionali. Nel caso in cui le strutture che compongono il dipartimento siano attigue, il dipartimento funzionale assume anche la funzione di dipartimento strutturale, al fine di garantire il più efficiente utilizzo delle dotazioni strutturali e delle risorse umane. Nelle ASL dotate di un solo ospedale con un numero limitato di reparti, la costituzione dei dipartimenti non è obbligatoria. Le aziende sanitarie si attivano affinché una quota parte dei posti letto per acuti (almeno il 10%) sia destinato ad un utilizzo dipartimentale o, comunque, a favore di tutte le strutture che compongono l'ospedale;
 - sviluppare ulteriormente la degenza diurna, mediante la trasformazione di posti letto di degenza ordinaria in posti letto di degenza diurna (tendenzialmente sostituendo non meno di 2 posti letto di degenza ordinaria con 1 posto letto di *day hospital*); in relazione ai volumi di attività di ricovero programmato, almeno il 15% dei posti letto di area funzionale chirurgica e materno-infantile, nonché almeno il 10% per

7. Strutture a bassa intensità assistenziale

8. Modello dipartimentale

9. Degenza diurna

L'area funzionale medica e di recupero e riabilitazione funzionale, devono essere dedicati ad attività in assistenza a ciclo diurno.

- **sviluppare le attività ambulatoriali programmate (*day service*), con l'obiettivo di contribuire alla riduzione delle liste di attesa e di favorire la presa in carico della persona garantendo accompagnamento lungo le fasi essenziali del percorso diagnostico-terapeutico;** **10. Attività ambulatoriale programmata**
- **Sviluppare l'Osservazione Breve nel contesto organizzativo dei servizi di Pronto Soccorso dei presidi ospedalieri, con l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure erogate ai pazienti, attraverso l'osservazione protratta in regime di non ricovero ed il trattamento dei quadri a complessità moderata, con riduzione delle ammissioni non appropriate;** **11. Osservazione breve**
- **attivare l'ospedalizzazione domiciliare (in particolare per l'assistenza oncologica e per i soggetti anziani) nel contesto dei programmi di assistenza domiciliare integrata a garanzia della continuità dei trattamenti erogabili in regime extra-ospedaliero.** **12. Assistenza domiciliare**

Con riguardo alla distribuzione dell'offerta di posti letto fra strutture pubbliche e strutture private, il presente Piano, nel confermare la scelta a favore del rafforzamento della capacità del settore pubblico di rispondere in maniera adeguata ai bisogni di salute della popolazione, prevede la riorganizzazione della rete ospedaliera sulla base dei seguenti criteri generali:

- **le azioni di riorganizzazione e razionalizzazione della rete ospedaliera devono interessare sia il settore pubblico sia il settore privato;**
- **il criterio principe valido per entrambi i settori, pubblico e privato, è il parametro nazionale relativo al tasso di occupazione dei posti letto, il quale deve tendere ad essere almeno pari al 75% della capacità produttiva, tenuto conto dei livelli di appropriatezza delle prestazioni erogate e del necessario contenimento del tasso di ospedalizzazione.**

Gli indirizzi ed i criteri di cui sopra, ove adeguatamente adottati a livello aziendale, mirano a favorire una graduale trasformazione della rete ospedaliera regionale dall'attuale insieme di singole strutture di ricovero (per lo più di tipo tradizionale) ad una *rete integrata per l'assistenza ospedaliera*, ove l'integrazione si realizza non solo fra i diversi ospedali ma anche fra gli ospedali e i distretti, sviluppata nel rispetto delle esigenze di riequilibrio a favore dei centri interni dell'Isola, con l'obiettivo di garantire continui miglioramenti della qualità dell'assistenza, nell'interesse di tutte le persone cui il Servizio sanitario regionale è tenuto a dare risposte.

**Tabella 1 - RETE OSPEDALIERA: RIMODULAZIONE PER DISCIPLINE
in coerenza con il parametro nazionale di 4,5 pl per 1.000 ab.**

diffusione	poli	cod.	disciplina	riferim. nazionale	Sardegna dotazione attuale	Sardegna fabbisogno tendenziale	Fattori di rimodulazione					
							Carenza regionale	Riferimento specialistico	Condizioni epidemiologiche	Basso tasso occup.	Potenziamento DH/DS	Forme alternative assistenza
rara	1	1	allergologia	0,002	24	10						
		5	angiologia	0,005	3	5						
		13	chirurgia toracica	0,014	25	25						
		25	medicina del lavoro	0,003	4	4						
		55	farmacologia clinica		2	0						
		65	oncoematologia pediatrica	0,002	7	9						
	2	70-74-61	radioterapia + rad.oncol. + med. nucl.	0,014	61	34						
		71	reumatologia	0,009	19	19						
		7-6	cardiochirurgia + c.ped.	0,031	36	42						
		10-35	chir. maxillo-f. + odonto	0,017	16	22						
		11	chirurgia pediatrica	0,016	31	30						
		12-46-47	chir. plast. + gr. ustioni + g.u. ped.	0,024	11	22						
		19	malattie endocrine	0,022	13	26						
		33	neuropsichiatria infantile	0,011	21	21						
		48	nefrologia (abilit. trap. rene)	0,008	51	28						
	58	gastroenterologia	0,024	97	65							
media	3-4	14	chirurgia vascolare	0,034	39	56						
		18	ematologia + oncoemat.	0,034	119	106						
		24	malattie infettive	0,065	131	106						
		30	neurochirurgia	0,044	77	77						
		52	dermatologia	0,023	68	38						
		62	neonatalogia	0,067	65	88						
		64	oncologia	0,045	161	135						
		68	pneumologia	0,073	291	170						
	73	terapia intensiva neonatale	0,017	40	40							
alta	6-7	29	nefrologia + 54 emodialisi	0,050	22	60						
		32	neurologia	0,120	289	219						
		34	oculistica	0,091	277	151						
		38	otorinolaringoiatria	0,093	206	156						
		40	psichiatria	0,114	100	130						
		43	urologia	0,128	270	210						
altissima	8	8	cardiologia	0,131	127	197						
		9	chirurgia generale	0,525	1.171	911						
		21	geriatria	0,084	255	138						
		26	medicina generale	0,672	1.492	1.152						
		36	ortopedia e traumatologia	0,337	630	580						
		37	ostetricia e ginecologia	0,298	743	540						
		39	pediatria	0,124	341	251						
		49	terapia intensiva	0,057	119	119						
		50	unità coronarica	0,045	73	83						
		51	astanteria	0,027	25	0						
totale acuti				3,500	7.643	6.075						
		28	unità spinale	0,014	15	15						
		56	recupero e riabilit.funzionale	0,639	42	650						
		75	neuroriabilitazione	0,035		60						
		60	lungodegenza	0,312	124	302						
totale post-acuzie				1,000	181	1.027						
totale generale*				4,500	7.824	7.102						

* Compresi 91 posti di d.h. multiprofessionale

3.3 bis La rete territoriale degli ospedali

La tabella n. 1 sulla distribuzione regionale delle specialità cliniche (di cui in precedenza) evidenzia l'elevata differenza tra l'attuale dotazione di posti letto (colonna "dotazione attuale pl RAS") e quella di riferimento (colonna "p.l. fabbisogno tendenziale RAS"), definita tenuto conto degli standard previsti a livello nazionale, della distribuzione media delle specialità in ambito nazionale nonché delle peculiarità della realtà regionale.

L'elevata differenza, a livello aggregato, della dotazione di posti letto per acuti e post-acuzie (rispetto a quella di riferimento, verso cui tendere) richiede l'avvio di un processo graduale di adeguamento della rete, che può essere articolato su due fasi:

- una prima fase, sostanzialmente coincidente con l'arco temporale di validità del presente Piano, di avvio del processo di adeguamento (riconversione e/o contenimento) della dotazione di posti letto per *acuti* e, parallelamente, di sviluppo (aumento) dei posti letto *post-acuzie*;
- una seconda fase, da definire in occasione della predisposizione del Piano sanitario successivo al presente, di completamento ed aggiornamento del percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera, tenuto conto dello stato di attuazione del presente Piano, delle eventuali evoluzioni degli standard nazionali nonché delle evidenze circa il fabbisogno di assistenza ospedaliera dell'epoca.

La gradualità nell'adeguamento della rete ospedaliera risponde all'esigenza di prevedere cambiamenti sostenibili dal punto di vista sanitario, economico e strutturale. In particolare, tenuto conto della necessità di pervenire ad una consistente riduzione dei posti letto ordinari per *acuti*, il presente Piano propone un contenimento nei limiti previsti dagli standard nazionali, aumentati del 5% come ipotizzabile nel caso in cui la deroga contenuta nell'Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005 possa essere valida per la Sardegna (pur con motivazioni differenti da quelle legate al territorio, cui può fare riferimento la Sardegna). Ciò in considerazione delle peculiarità dell'Isola, caratterizzata da una elevata dispersione della popolazione, una specifica conformazione geomorfologia del territorio, una rete viaria particolarmente difficile, oltre alla più nota insularità (fenomeni in grado di motivare una maggiore diffusione sul territorio dell'offerta ospedaliera di alcune specialità cliniche).

Con riferimento alla dotazione di posti letto per *acuti*, la capacità ricettiva cui tendere nell'arco del triennio di validità del Piano viene incrementata pertanto del 5%, portando la dotazione complessiva a 6.075 pl. L'adeguamento dell'offerta ospedaliera dovrà riguardare sia il settore pubblico sia il settore privato e dovrà essere realizzato nel rispetto del diritto all'assistenza in presenza di reali bisogni di salute della popolazione.

L'incremento del 5% dei posti letto per acuti attenua la manovra di riduzione dell'attuale dotazione, in parte facilitata dal basso tasso di utilizzo (ancora inferiore al 75%) ma che richiede, a monte, la riduzione del tasso di ospedalizzazione (superiore di oltre il 10% rispetto alla media nazionale), in particolare con riguardo ai ricoveri inappropriati (la percentuale di ricoveri ordinari dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza è fra le più alte del Paese).

La dotazione di posti letto per le *post-acuzie* è complessivamente contenuta in 1027 pl, inferiore allo standard di 1 pl per 1.000 abitanti tenuto conto del notevole sviluppo della rete regionale di strutture residenziali extra-ospedaliere. In particolare, si ricorda che l'offerta di posti residenziali e semiresidenziali negli istituti e nei centri di riabilitazione è in Sardegna pari a 0,90, quasi doppia rispetto alla media nazionale di 0,48. Si ritiene pertanto possibile, in linea con le tendenze evolutive dell'assistenza ospedaliera e territoriale e della loro necessaria forte integrazione, prevedere in questa prima fase di riorganizzazione della rete ospedaliera un relativo contenimento della lungodegenza pura a favore dell'assistenza riabilitativa estensiva (in strutture extraospedaliere) e domiciliare. Si sottolinea inoltre la necessità di un allineamento della degenza media nei reparti di lungodegenza a livelli prossimi a quelli delle altre regioni italiane (più che doppia rispetto alla media nazionale).

Al termine del triennio sarà possibile valutare lo stato di attuazione del presente Piano, alla luce della tendenza internazionale e nazionale di graduale riduzione della dotazione di posti letto per acuti e di sviluppo delle forme di assistenza alternativa all'ospedalizzazione e della evoluzione della domanda di ospedalizzazione in ambito regionale.

In tale sede sarà possibile valutare:

- la conferma o il superamento della sovradotazione del 5% prevista in questa fase per l'offerta di posti letto per acuti;
- il processo di crescita della degenza post-acuzie e dei posti letto in strutture extraospedaliere e, conseguentemente, il grado di soddisfacimento della domanda di tale forma di ospedalizzazione, ora non espressa per carenza di offerta.

Nella tabella riportata di seguito, la dotazione delle diverse aree territoriali (individuata in base alle ASL coincidenti con le province) comprende tutti i presidi ivi operanti: i presidi delle ASL, l'Azienda Ospedaliera Brotzu, i due Policlinici universitari (per la situazione attuale) e le Aziende ospedaliere universitarie (in prospettiva) e le case di cura private.

L'articolazione dei posti letto tra le diverse istituzioni verrà definita con successivi provvedimenti attuativi del Piano, tenuto conto delle convenzioni

con le Università, degli accordi siglati con le associazioni rappresentative della ospitalità privata e con l'approvazione dei piani di riqualificazione e rientro delle Aziende sanitarie regionali.

Tabella 3: RETE OSPEDALIERA - POSTI LETTO
DOTAZIONE ATTUALE E FABBISOGNO TENDENZIALE PER PROVINCIA/AZIENDA SANITARIA

	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	IGLESIAS	CAGLIARI	REGIONE
Residenti 1.1.2005	332.600	145.450	162.424	58.048	168.582	104.055	131.417	553.101	1.655.677
Situazione attuale (a)									
pl acuti DO	1.824	342	523	201	488	162	388	3.089	7.017
pl acuti DH	74	34	53	14	40	10	48	353	626
<i>totale pl acuti</i>	<i>1.898</i>	<i>376</i>	<i>576</i>	<i>215</i>	<i>528</i>	<i>172</i>	<i>436</i>	<i>3.442</i>	<i>7.643</i>
pl post-acuti	25	0	0	0	0	0	17	139	181
<i>totale pl</i>	<i>1.923</i>	<i>376</i>	<i>576</i>	<i>215</i>	<i>528</i>	<i>172</i>	<i>453</i>	<i>3.581</i>	<i>7.824</i>
pl x 1.000 ab.									
acuti	5,7	2,6	3,5	3,7	3,1	1,7	3,3	6,2	4,6
post-acuti	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1
<i>totale pl</i>	<i>5,8</i>	<i>2,6</i>	<i>3,5</i>	<i>3,7</i>	<i>3,1</i>	<i>1,7</i>	<i>3,4</i>	<i>6,5</i>	<i>4,7</i>
di cui privati	109	0	0	80	177	0	0	1.067	1.433
occupaz. pubbl. (*)	60,7	69,8	62,5	71,3	81,2	76,8	65,5	74,2	
occupaz. privati (**)	51,1			62,4	46,4			55,9	
fabbisogno tendenziale (b)									
pl acuti DO	1.100	430	453	170	445	173	303	2.222	5.295
pl acuti DH	151	59	60	20	61	21	47	360	780
<i>totale pl acuti</i>	<i>1.251</i>	<i>489</i>	<i>513</i>	<i>190</i>	<i>506</i>	<i>194</i>	<i>350</i>	<i>2.582</i>	<i>6.075</i>
pl post-acuti	220	84	96	25	94	56	80	372	1.027
<i>totale pl</i>	<i>1.471</i>	<i>573</i>	<i>609</i>	<i>215</i>	<i>600</i>	<i>250</i>	<i>430</i>	<i>2.954</i>	<i>7.102</i>
di cui privati (max)	70	150	0	60	110	0	0	740	1.130
pl x 1.000 ab.									
acuti	3,8	3,4	3,2	3,3	3,0	1,9	2,7	4,7	3,7
post-acuti	0,7	0,6	0,6	0,4	0,6	0,5	0,6	0,7	0,6
<i>totale pl</i>	<i>4,4</i>	<i>3,9</i>	<i>3,7</i>	<i>3,7</i>	<i>3,6</i>	<i>2,4</i>	<i>3,3</i>	<i>5,3</i>	<i>4,3</i>
differenza (b-a)									
pl acuti DO	-724	88	-70	-31	-43	11	-85	-867	-1.722
pl acuti DH	77	25	7	6	21	11	-1	7	154
<i>totale pl acuti</i>	<i>-647</i>	<i>113</i>	<i>-63</i>	<i>-25</i>	<i>-22</i>	<i>22</i>	<i>-86</i>	<i>-860</i>	<i>-1.568</i>
pl post-acuti	195	84	96	25	94	56	63	233	846
<i>totale pl</i>	<i>-452</i>	<i>197</i>	<i>33</i>	<i>0</i>	<i>72</i>	<i>78</i>	<i>-23</i>	<i>-627</i>	<i>-722</i>

I dati si riferiscono al territorio delle diverse province (coincidenti con le rispettive ASL) e a tutte le strutture ospedaliere insistenti su di esso.

(*) Il tasso di occupazione dei posti letto è riferito ai posti letto ordinari della rete pubblica delle Aziende sanitarie.

(**) Il tasso di occupazione si riferisce ai posti letto di degenza ordinaria.

3.3 ter La riorganizzazione della rete ospedaliera nelle Aziende Sanitarie

Sulla base delle considerazioni di cui in precedenza e tenuto conto dei dati attualmente disponibili sulla rete ospedaliera nelle singole realtà territoriali, si propone una scheda sintetica per ciascuna azienda sanitaria. La scheda contiene i principali elementi di riorganizzazione dell'offerta di ricovero, in conformità con i principi e gli standard già illustrati, comprese indicazioni su singoli presidi ospedalieri meritevoli di specifica attenzione. Si rileva che la riorganizzazione della rete nelle singole aziende sanitarie locali dovrà prevedere un'attenta valutazione della possibilità di accorpate a fini funzionali le diverse strutture presenti sul territorio.

Le schede riprendono parzialmente alcune previsioni, ove non attuate e ancora attuali, contenute nel documento di "Razionalizzazione dei servizi ospedalieri della Regione Sarda. Stralcio del Piano Sanitario Regionale ai sensi dell'articolo 1, comma 2 ter del decreto-legge 17 maggio 1996, n. 280, convertito nella legge 20 luglio 1996, n. 382" approvato dal Consiglio Regionale il 22 luglio 1998.

Provincia di Sassari - ASL 1

L'ASL 1 di Sassari, la seconda azienda sanitaria della Regione dal punto di vista demografico, presenta una dotazione di posti letto ospedalieri superiore alla media regionale; tale eccesso è in parte giustificato dalla funzione di centro di riferimento di livello sovra-aziendale (per alcune discipline specialistiche "rare") propria delle aree di maggiori dimensioni, mentre in parte deve essere oggetto di un'azione di riequilibrio a favore delle aree meno dotate. Per l'ASL 1 è quindi prevista una riduzione complessiva della capacità ricettiva nell'area delle acuzie. L'aumento dell'attività per post-acuti è significativa, ancorché definita tenuto conto della rilevante presenza nel territorio di RSA (realizzate o in via di realizzazione) che consente di contenere l'offerta di lungodegenza pura ospedaliera: 2,4 posti letto in RSA per 1.000 ab, contro una media regionale di 1,9.

La rete ospedaliera pubblica a regime prevede diverse strutture ospedaliere:

- Presidio Santissima Annunziata di Sassari, ospedale di rete, sede di DEA di 2° livello, centro di alta specializzazione per il trattamento delle lesioni traumatiche complesse, con 2 ospedali di comunità a Ittiri e Thiesi;
- Presidio di Alghero, ospedale di rete, sede di DEA di 1° livello, articolato nelle sedi del Civile e del Marino;
- Presidio Segni di Ozieri, ospedale di rete, sede di DEA di 1° livello.

Tenuto conto della vetustà della struttura ospedaliera del Santissima Annunziata, inadeguato sotto il profilo della sicurezza e in gran parte

obsoleto rispetto ai più moderni standard di qualità dell'assistenza, con il presente Piano si avvia la realizzazione di una nuova struttura ospedaliera nella città di Sassari.

Per motivi analoghi, il presente Piano prevede la realizzazione di una nuova struttura ospedaliera nella città di Alghero.

Per l'ospedale Segni di Ozieri è previsto il completamento della nuova ala, con il pronto soccorso, la nefrologia e le sale operatorie e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche finalizzate a garantire l'elevazione delle qualità dell'assistenza ospedaliera.

I presidi di Ittiri e di Thiesi presentano le caratteristiche proprie dei presidi ospedalieri di piccole dimensioni: trattano una casistica molto limitata (spesso non sufficiente a garantire gli standard di qualità che dovrebbero essere propri delle strutture ospedaliere), registrano un basso indice di occupazione, una degenza media spesso anomala e rilevanti diseconomie di scala.

Per tali presidi, individuati come ospedali di comunità, integrati con il presidio di Sassari Santissima Annunziata, è prevista la riconversione della funzione ospedaliera ordinaria, attraverso un progetto-obiettivo a finanziamento regionale e l'accentramento nella stessa sede di funzioni più propriamente territoriali all'interno di un centro polifunzionale.

Tali strutture saranno un punto di riferimento delle reti di servizi di emergenza in grado di garantire il primo intervento medico, la stabilizzazione del paziente critico, il trattamento o il trasporto protetto, tramite ambulanza e auto medicalizzata.

Nel territorio dell'ASL opera una casa di cura privata per la quale è previsto l'utilizzo in parte per l'acuzie e in parte per la post-acuzie.

Sul territorio della provincia di Sassari insiste inoltre l'Azienda Ospedaliera Universitaria, istituita ai sensi dell'articolo 18 della legge regionale n. 10 del 2006, sulla base di quanto definito nel Protocollo d'Intesa siglato l'11 ottobre 2004 e nell'accordo preliminare sottoscritto dalla Regione Sardegna e dall'Università degli Studi di Sassari in data 12 luglio 2005.

Provincia di Olbia-Tempio - ASL 2

Si tratta di un'azienda sanitaria di medie dimensioni ma con una capacità ricettiva ospedaliera particolarmente inadeguata sotto il profilo sia quantitativo (la dotazione di posti letto per 1.000 abitanti è inferiore a quella di tutte le altre aziende dell'isola con la sola eccezione dell'ASL 6 di Sanluri) sia qualitativo (a causa della particolare vetustà dell'attuale struttura ospedaliera di Olbia e della carenza di alcune specialità).

Per l'ASL 2 di Olbia è pertanto previsto l'aumento della dotazione di posti letto sia per acuti che, in particolare, per post-acuti, e la riqualificazione

dell'offerta ospedaliera pubblica attraverso la definitiva realizzazione del nuovo Presidio di Olbia.

La rete ospedaliera pubblica a regime prevede:

- Presidio di Olbia, ospedale di rete, sede di DEA di 1° livello, con sede distaccata a La Maddalena, con PS 24 h;
- Presidio di Tempio, ospedale di rete, sede di DEA di 1° livello.

Il presidio di La Maddalena presenta le caratteristiche proprie degli ospedali di piccole dimensioni (attualmente 39 posti letto). La particolare localizzazione (a forte valenza turistica), l'insularità del territorio (che rende problematico in alcuni mesi dell'anno il trasporto dei pazienti presso il presidio di Olbia) portano a ritenere necessario il mantenimento presso il presidio di La Maddalena delle funzioni ospedaliere di ricovero ordinario ed a ciclo diurno. Il presidio, per il quale è opportuno l'accorpamento funzionale con il Presidio di Olbia, può essere organizzato in un unico dipartimento ospedaliero con posti letto multidisciplinari.

Tenuto conto della particolare situazione della provincia di Olbia-Tempio, caratterizzata da crescita demografica ed economica e da consistenti flussi turistici, è ipotizzata la presenza di una struttura privata, proposta dall'IRCCS, **fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor**, delle dimensioni di 150-180 posti letto, strettamente integrata con l'offerta ospedaliera pubblica, operante nell'area medica, nell'area chirurgica e nell'area della riabilitazione, nel rispetto di quanto previsto dal presente Piano in particolare con riguardo alle discipline specialistiche operanti all'interno delle diverse Aziende sanitarie.

In particolare, in tale struttura, si prevede la presenza di attività nell'ambito della nefro-urologia (in particolare con indirizzo oncologico), delle neuroscienze, della chirurgia vascolare, nonché un centro dialisi (in particolare a supporto dell'attività svolta nei periodi di massima affluenza turistica). L'attività specialistica ambulatoriale è sviluppata esclusivamente nelle specialità per le quali è prevista l'attività di degenza presso la struttura privata ubicata a Olbia. L'Azienda sanitaria locale di Olbia stipula, ai sensi della legge regionale n. 10 del 2006, contratti con la struttura privata (sulla base dei piani annuali preventivi e nell'ambito dei livelli di spesa stabiliti dalla programmazione regionale) con obiettivi definiti di contenimento delle mobilità passiva extraregionale, in termini di spesa e di attività.

Provincia di Nuoro - ASL 3

L'istituzione della nuova provincia di Nuoro ha determinato un significativo contenimento delle sue dimensioni demografiche (-45 mila abitanti) e il passaggio a Oristano e Cagliari rispettivamente dei presidi ospedalieri di

Bosa e Isili. Nella graduatoria delle province sarde per dimensione della popolazione, la provincia di Nuoro è passata quindi dal terzo posto (dopo Cagliari e Sassari) al quarto (preceduta anche da Oristano) **mantenendo tuttavia, per distanza dai due poli principali e per posizione geografica, un ruolo di riferimento sovraziendale.**

Per questo, nonostante la riduzione della popolazione assistita, è previsto un lieve incremento della dotazione complessiva di posti letto, con un riequilibrio tra posti letto per acuti (degenze ordinarie e a ciclo diurno) e posti letto post-acuzie.

L'attuale presenza di un certo numero di specialità cliniche di media diffusione, conferma il ruolo sovraziendale dell'ASL 3.

La rete ospedaliera pubblica a regime prevede:

- Ospedale San Francesco di Nuoro, ospedale di rete, sede di DEA di 1° livello, con due presidi ospedalieri distaccati, uno specializzato a prevalente vocazione pneumologica e riabilitativa (Ospedale Zonchello di Nuoro) e uno a Sorgono, con PS 24.

Il presidio montano di Sorgono, al centro della Barbagia, opera in una realtà caratterizzata da una bassa densità della popolazione e da rilevanti difficoltà di collegamento con gli altri presidi ospedalieri. Si prevede pertanto il mantenimento delle funzioni ospedaliere (ordinarie e a ciclo diurno, **accorpate in un unico dipartimento polispecialistico**) e lo sviluppo del post-acuzie, **riabilitazione e lungodegenza.**

La previsione di un centro per l'assistenza radioterapica permette la valorizzazione dell'ASL di Nuoro nell'ambito della rete regionale per la radioterapia.

Al fine di valorizzare la struttura di Macomer, mai entrata in funzione come presidio ospedaliero per ricoveri ordinari, si conferma il ruolo del presidio quale unico punto di riferimento per molti problemi sanitari della popolazione, grazie all'attività ambulatoriale e territoriale svolta al suo interno, l'attività oncologica a ciclo diurno e lo sviluppo di attività sanitaria di tipo riabilitativo (in rete con l'Ospedale Zonchello di Nuoro).

Provincia dell'Ogliastra - ASL 4

Si tratta della più piccola azienda dell'intera regione, con una dimensione demografica e territoriale che giustifica la presenza di un'azienda solo in considerazione delle particolari condizioni geografiche e di isolamento. Tali caratteristiche suggeriscono il mantenimento dell'attuale dotazione complessiva, con un potenziamento dei posti letto a ciclo diurno ed un modesto incremento della dotazione di posti letto per post-acuti (in ragione della robusta presenza di RSA).

La rete ospedaliera pubblica a regime prevede:

- Presidio di Lanusei, ospedale di rete, sede di DEA di 1° livello.

L'ASL presenta una elevata dotazione di posti letto in RSA, complessivamente pari a 4,1 per 1.000 abitanti (comprendendo le strutture realizzate e in corso di realizzazione), valore più che doppio rispetto alla media regionale (1,9 per 1.000 ab). Anche quando analizzata rispetto alla sola popolazione anziana, la dotazione di RSA appare molto elevata.

Nel territorio dell'ASL opera una casa di cura privata per la quale è previsto l'utilizzo in parte per l'acuzie ed in parte per la post-acuzie.

Provincia di Oristano - ASL 5

La definizione dei nuovi confini della Provincia ha determinato un aumento del numero degli abitanti (attualmente è la terza provincia quanto a residenti) e l'inclusione di un presidio ospedaliero (Presidio Civile di Bosa). Nel prossimo triennio, in considerazione anche delle rilevanti opere di ristrutturazione ed ammodernamento dei presidi ospedalieri ed in particolare dell'Ospedale San Martino di Oristano, si ritiene di poter prevedere a regime un aumento complessivo dei posti letto dell'ASL, con un potenziamento dei posti letto a ciclo diurno e un significativo aumento dei posti per post-acute, e lo sviluppo dell'assistenza ospedaliera per i malati affetti da patologie neurologiche.

Occorre programmare la graduale trasformazione di posti letto per acuti in post-acuzie.

La rete ospedaliera pubblica a regime prevede:

- Presidio San Martino di Oristano, ospedale di rete, sede di DEA di 1° livello, con due sedi ospedaliere distaccate, Presidio Delogu di Ghilarza e Presidio Civile di Bosa, entrambi con PS h 24. La specifica vocazione dei due presidi è quella di sperimentazione e di integrazione di attività ospedaliere con attività distrettuali, nonché di forme alternative ai ricoveri ordinari per acuti (day hospital, day surgery, day service) in coordinamento dipartimentale con il PO di Oristano.

Nell'ambito della ASL opera una casa di cura, che si prevede di utilizzare in parte per l'acuzie e in parte per la post-acuzie. Inoltre opera nello stesso territorio un presidio extraospedaliero di riabilitazione globale intensiva (delibera della Giunta regionale n. 47/63 del 22 dicembre 2003), con attività post-acuzie in particolare in campo neuroriabilitativo, unico nella regione.

Nell'ambito della strutturazione e rafforzamento della rete regionale dell'attività post-acuzie di riabilitazione, tale struttura viene riconosciuta come Centro di riabilitazione ad alta specialità per le grandi patologie, in particolare per le attività neuroriabilitative con unità di risveglio comi, riabilitazione cardiologica e per le patologie complesse.

Si ritiene che per tale struttura, considerata l'esigenza strategica,

possano essere configurate forme di gestione integrata con attività riabilitative a diretta gestione pubblica, nella logica di assicurare continuità ai percorsi diagnostico-terapeutici specifici, non escludendo forme miste pubblico/privato o la diretta acquisizione al sistema pubblico della struttura e dell'attività. Tale ipotesi è in accordo con il principio della progettazione e realizzazione di servizi sanitari in rete, nella logica del presente Piano.

Provincia del Medio Campidano - ASL 6

Si tratta di un'Azienda sanitaria di piccole dimensioni (con la riorganizzazione delle ASL ha perso il distretto di Senorbì) ma con una capacità ricettiva ospedaliera particolarmente inadeguata sia sotto il profilo quantitativo (la dotazione di posti letto per 1.000 abitanti è la più bassa della Regione) sia qualitativo (a causa delle carenze di alcune specialità di base e della vetustà della struttura ospedaliera).

Per l'ASL 6 è previsto pertanto un importante aumento dell'offerta ospedaliera per acuti a ciclo diurno e per post-acuti nonché il completamento dei servizi e delle specialità carenti.

La rete ospedaliera pubblica a regime prevede:

- Presidio di San Gavino, ospedale di rete, sede di DEA di 1° livello.

Tenuto conto della vetustà della struttura ospedaliera di San Gavino, inadeguata sotto il profilo della sicurezza ed in gran parte obsoleta rispetto ai più moderni standard di qualità, il presente Piano prevede la realizzazione di una nuova struttura ospedaliera nel Comune di San Gavino, in parte con risorse già stanziare nel programma di investimenti ex articolo 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67, ed in parte con risorse regionali all'interno del Piano straordinario per le nuove strutture ospedaliere.

Provincia di Carbonia - Iglesias - ASL 7

Si tratta di un'Azienda con una buona capacità ricettiva (ove comparata ad altre aziende di pari dimensioni) che negli anni ha subito notevoli interventi di ristrutturazione, alcuni dei quali importanti (si veda il caso del CTO, in fase di ultimazione).

La dotazione di posti letto ha subito nel corso dell'ultimo decennio un'adeguata ristrutturazione; la proposta contenuta nel presente Piano tiene conto degli indici di occupazione delle unità operative, della perdita di quote di popolazione (Siliqua e Teulada) e della necessità di riorganizzare la rete dei servizi ospedalieri di Iglesias. Occorre quindi programmare una riduzione dei posti letto per acuti ed un aumento dei posti letto per post-acuti nonché un rafforzamento dei posti letto a ciclo diurno ed il

completamento dei servizi e delle specialità carenti, **anche al fine di ridurre la rilevante mobilità passiva intraregionale nelle specialità di media e bassa complessità.**

La rete ospedaliera pubblica a regime prevede:

- Presidio Sirai di Carbonia, ospedale di rete, sede di DEA di 1° livello;
- Presidio CTO di Iglesias, ospedale di rete, con PS h 24, con importante vocazione ortopedico-traumatologica da integrare nel breve periodo con le attività dell'area chirurgica attualmente erogate in altri presidi ospedalieri del territorio;
- Presidio S. Barbara di Iglesias, destinato a riconvertirsi in ospedale post-acute, **riabilitazione e lungodegenza ed a sviluppare attività nell'ambito della rete regionale delle cure palliative - hospice.**

Il Presidio Crobu di Iglesias sarà interessato da un importante intervento di riconversione, attraverso il superamento della funzione ospedaliera per acuti (destinata ad essere trasferita al CTO di Iglesias) e la trasformazione in struttura per le attività ambulatoriali e specialistiche **non adeguatamente collocabili negli altri presidi territoriali.**

Provincia di Cagliari - ASL 8

Si tratta di un'Azienda che per estensione territoriale e per numero di abitanti (il 33% dei residenti della regione) è la più grande della Regione, avendo recentemente assorbito parte delle ASL 3, 6 e 7 (con un aumento degli assistibili di circa 72 mila unità).

Essa ha una particolare densità di strutture ospedaliere pubbliche e private; nel suo territorio insistono 3 ospedali generali con DEA di 1 livello, 3 presidi ospedalieri specializzati, 2 presidi territoriali, un istituto a carattere scientifico, una azienda di rilievo nazionale, un policlinico universitario, 10 case di cura private **per un totale di ben 11 strutture pubbliche e 10 private.**

Tale particolare concentrazione di strutture ospedaliere, alcune delle quali ad alto livello di specializzazione, ha contribuito a determinare la più alta dotazione di posti letto per 1.000 abitanti di tutta la Sardegna. Appare pertanto non più rinviabile una robusta azione di riorganizzazione con una riduzione dei posti letto per acuti per ricovero ordinario, una progressiva parziale riconversione in posti letto per ricoveri a ciclo diurni e per post-acuti.

La riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica prevede il superamento dell'attuale frammentazione dell'offerta e la concentrazione - a regime - dell'attività in non più di 5 grandi strutture o poli ospedalieri, di cui 3 dell'Azienda sanitaria locale.

In particolare, oltre all'azienda di rilievo nazionale (Brotzu) e l'Azienda ospedaliero-universitaria (di nuova istituzione), nel territorio della provincia

di Cagliari è prevista la presenza delle seguenti strutture o poli ospedalieri:

- nuovo ospedale policentrico destinato a operare in una struttura di nuova costruzione (in sostituzione di quelle del Santissima Trinità e del Marino, inadeguate sotto il profilo organizzativo, logistico e assistenziale), ospedale generale con funzioni di riferimento sovra aziendale per l'ortopedia-traumatologia, sede di DEA di 1° livello, operante in rete, con tre presidi ospedalieri distaccati, uno con forte integrazione con il territorio (presidio Binaghi), uno a Muravera (presidio S. Marcellino) e uno a Isili (presidio S. Giuseppe);
- ospedale oncologico "Businco", ospedale specializzato in oncologia con funzioni di riferimento regionale nell'ambito della nuova rete oncologica; il previsto nuovo centro per la radioterapia, dotato di modernissime apparecchiature e con elevata capacità produttiva, svolge funzioni di riferimento all'interno della rete regionale e persegue obiettivi di valorizzazione delle proprie potenzialità anche a livello interregionale;
- ospedale pediatrico "Microcitemico", ospedale specializzato, presso l'ospedale regionale per le Microcitemie, centro di riferimento regionale per la lotta alle microcitemie e alle malattie rare, con funzioni di riferimento sovra aziendale per l'attività pediatrica, compresa quella chirurgica. Per la struttura si ipotizza una vocazione internazionale, in particolare nelle aree del Mediterraneo interessate alla lotta alle microcitemie, nel settore della prevenzione, della diagnosi precoce e della cura.

In relazione al riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, le attività svolte dalla sede di Cagliari dell'INRCA (Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per Anziani) vengono attribuite alle strutture sanitarie operanti nella provincia di Cagliari.

Insistono inoltre nel territorio della provincia di Cagliari:

- Azienda Ospedaliera Brotzu, ospedale di rilievo nazionale sede di DEA di 2° livello;
- Azienda Ospedaliero-Universitaria, destinata ad avere sede presso il Policlinico Universitario ed il Presidio San Giovanni di Dio.

Il nuovo ospedale policentrico risponde all'esigenza di mettere a disposizione della popolazione una struttura ospedaliera moderna, sotto il profilo strutturale, tecnologico e funzionale, superando le criticità proprie dei due presidi ospedalieri attualmente esistenti. Dall'analisi dello specifico contesto dell'area metropolitana di Cagliari risulta infatti che i presidi Santissima Trinità e Marino presentano gravi elementi di criticità (il primo perché organizzato a padiglioni con conseguenti diseconomie sotto il profilo logistico e organizzativo oltre che operante in una zona ad alta densità

abitativa e di traffico; il secondo in quanto risente dei limiti propri di una struttura nata con destinazione alberghiera). Tenuto conto di tali criticità, il presente Piano prevede il superamento di tali strutture ed il trasferimento delle attività in esse ospitate in una sede realizzata secondo i più aggiornati criteri di progettazione dei moderni ospedali. Fino a che non sarà realizzata la nuova struttura, i presidi ospedalieri Santissima Trinità e Marino continueranno a garantire l'assistenza sanitaria.

Il nuovo ospedale policentrico opererà in rete, oltre che nella struttura di nuova costruzione, su ulteriori tre sedi distaccate:

1. il presidio Binaghi, ospedale a forte integrazione con il territorio, polo pneumologico della rete regionale, con Sassari e Nuoro, riferimento territoriale per il sistema respiratorio. È previsto il potenziamento delle post-acuzie, della riabilitazione respiratoria e della terapia respiratoria sub-intensiva;
2. il presidio "San Marcellino" di Muravera che, in considerazione della sua posizione geografica e della forte vocazione turistica, è destinato a mantenere le funzioni di degenza ordinaria per acuti, affiancate dall'attività a ciclo diurno e da un pronto soccorso inserito nella rete di emergenza e dimensionato anche alle peculiari esigenze del periodo estivo. È prevista la riconversione di parte dei posti letto da acuti in post-acuzie. Le attività sono organizzate in un unico dipartimento polispecialistico, comprendente l'area medica, l'area chirurgica, l'emergenza-urgenza e la post-acuzie;
3. il presidio "San Giuseppe" di Isili che, in considerazione della sua posizione geografica, è destinato a mantenere le funzioni di degenza ordinaria per acuti, affiancate dall'attività a ciclo diurno e da un pronto soccorso inserito nella rete di emergenza. È prevista la riconversione di parte dei posti letto da acuti in post-acuzie. Le attività sono organizzate in un unico dipartimento polispecialistico, comprendente l'area medica, l'area chirurgica, l'emergenza-urgenza e la post-acuzie.

Nell'ambito dell'ASL operano 10 case di cura, che si prevede di utilizzare in parte per l'acuzie e in parte per la post-acuzie, con una riduzione dei posti letto che tenga conto dell'attuale tasso di utilizzo e che contribuisca, proporzionalmente, alla complessiva riduzione della dotazione di posti letto. Il patrimonio strutturale e tecnologico attualmente disponibile presso l'ASL 8 presenta gravi carenze: è in parte inadeguato sotto il profilo della sicurezza e della messa a norma, appare in gran parte obsoleto rispetto ai più moderni standard di qualità dell'assistenza; risulta lacunoso quanto a tecnologie disponibili e richiede continui e costanti interventi di ristrutturazione e manutenzione. I numerosi investimenti programmati in passato (spesso ancora in corso) hanno risentito di una eccessiva frammentarietà delle opere, di una particolare lentezza nella loro realizzazione, di una difficoltà

a garantire rinnovamento ed efficienza gestionale delle strutture.

Azienda Ospedaliera Brotzu

L'Azienda Brotzu, integrata all'interno del Sistema sanitario regionale - in particolare con l'Azienda sanitaria locale di Cagliari e la costituenda Azienda Ospedaliero-Universitaria, persegue obiettivi di rafforzamento dei requisiti previsti dalla normativa nazionale per le aziende ospedaliere, con l'obiettivo di acquisire per alcune specialità un ruolo sovregionale (nei confronti del Mezzogiorno d'Italia e, in prospettiva, del bacino del Mediterraneo).

Nel triennio di validità del Piano, l'Azienda Brotzu persegue i seguenti obiettivi:

- consolida e rafforza l'attività nel campo dei trapianti, in particolare di rene, fegato e rene-pancreas, anche attraverso una reale integrazione organizzativa e funzionale delle professionalità mediche e chirurgiche (attualmente presenti in urologia, nefrologia, gastroenterologia);
- consolida e rafforza l'attività nel settore cardiovascolare, prevedendo l'integrazione delle diverse professionalità attualmente presenti in cardiologia, compresa la cardiologia pediatrica, cardiocirurgia, emodinamica, chirurgia vascolare, fisiopatologia respiratoria, potenziando l'attività trapiantologica, sviluppando l'innovazione nelle tecniche di intervento ed assicurando uno stretto raccordo con la rete delle emergenze cardiologiche;
- consolida e rafforza l'attività nel campo dell'ostetricia-ginecologia, quale struttura di terzo livello coinvolta nei più recenti processi di diversificazione delle risposte assistenziali;
- consolida e rafforza l'attività nel campo della traumatologia, nella fase acuta e riabilitativa, attraverso il completamento del centro di alta specializzazione per il trattamento delle lesioni traumatiche complesse;
- qualifica l'attività di ricovero delle medicine generali potenziando in particolare l'offerta assistenziale nelle aree complementari rispetto a quelle specialistiche di cui sopra;
- qualifica l'attività delle chirurgie generali, valorizzando le competenze di eccellenza già presenti all'interno e sviluppando le attività in relazione alle esigenze della popolazione;
- consolida e rafforza l'area dei servizi diagnostici, e delle attività ambulatoriali a favore di pazienti interni ed esterni, tenendo conto della rete assistenziale esistente sul territorio.

Più in generale, l'Azienda Brotzu:

- contribuisce al riordino della rete regionale ospedaliera attraverso il contenimento dei posti letto ordinari e l'aumento di quelli a ciclo diurno,

il potenziamento della riabilitazione intensiva, cardiologica, neurologica e traumatologica;

- sviluppa processi di miglioramento continuo della qualità e dell'efficacia perseguendo obiettivi di eccellenza clinica in ambito regionale e sovregionale.

3.4. Le Aziende ospedaliero-universitarie

L'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università di Cagliari e Sassari è determinata nel quadro della programmazione regionale e nel rispetto dei principi generali che regolano la riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera regionale, Università inclusa. La programmazione regionale, d'intesa con le Università, definisce un percorso per l'individuazione del fabbisogno formativo.

Il Protocollo d'intesa siglato dalla Regione Sardegna e dalle Università di Cagliari e Sassari l'11 ottobre 2004 ha dato l'avvio alla procedura per l'istituzione di due Aziende ospedaliero-universitarie, una a Cagliari e l'altra a Sassari.

In attuazione di tale Protocollo sono stati predisposti e sottoscritti dalla Regione e dalle Università i primi preliminari accordi volti a garantire la collaborazione tra aziende sanitarie e strutture universitarie sul piano dell'assistenza necessaria per un completo esercizio delle funzioni di didattica e di ricerca, istituzionalmente proprie dell'Università.

L'accordo con le
Università di Cagliari e
Sassari

In attesa della concreta istituzione ed attivazione delle due Aziende ospedaliero-universitarie di Cagliari e Sassari, la Regione, di concerto con le Università, provvede ad individuare modalità che assicurino continuità nell'erogazione dell'assistenza e nei processi di miglioramento e riqualificazione in corso, che garantiscano certezza agli operatori ospedalieri ed universitari, che favoriscano un ordinato ed equilibrato passaggio dall'attuale situazione a quella definitiva.

A tal fine, promuovendo una concreta collaborazione tra Regione ed Università, possono essere individuati degli specifici organismi straordinari incaricati di gestire la complessa fase della transizione.

In ragione dei protocolli d'intesa sottoscritti tra Regione e Università, il presente Piano definisce la struttura delle Aziende ospedaliero-universitarie di Cagliari e Sassari.

Azienda ospedaliero-universitaria di Cagliari

L'applicazione degli standard nazionali di riferimento, definiti come media regionale è pari a 4,5 posti letto per mille abitanti (di cui 3,5 per acuti e 1 per lungodegenza e riabilitazione), è compatibile con una dotazione complessiva sul territorio dell'ASL di Cagliari superiore a tale parametro, in ragione della funzione di polo di riferimento attribuito a Cagliari per le specialità a minore diffusione e rare.

Sulla base di tali parametri si ritiene di poter stimare per l'Azienda ospedaliero-universitaria di Cagliari un dimensionamento complessivo non superiore a 700 posti letto.

In attuazione dell'articolo 6 del Protocollo d'intesa tra la Regione Autonoma della Sardegna e le Università degli Studi di Cagliari e di Sassari sottoscritto in 11 ottobre 2004, il perseguimento di un adeguato livello di unitarietà strutturale e logistica dell'Azienda ospedaliero-universitaria deve essere considerato un obiettivo tendenziale dando atto che, allo stato attuale, la sede dell'Azienda sarà presso il Policlinico universitario di Monserrato ed il Presidio San Giovanni di Dio con il complesso pediatrico.

L'Azienda ospedaliero-universitaria svolge la propria attività, oltrechè nella sede anche nelle strutture universitarie attualmente convenzionate con la ASL n. 8 di Cagliari (P.O. Binaghi, P.O. Santissima Trinità, P.O. Microcitemico e P.O. Marino) sulla base di un apposito atto che regola i rapporti tra le due Aziende e fermo restando l'obiettivo di medio periodo di pervenire ad un adeguato livello di unitarietà.

Qualora nell'Azienda ospedaliero-universitaria non siano disponibili specifiche strutture essenziali per un corretto svolgimento dell'attività didattica, l'Università concorda con la Regione, con apposito atto, l'utilizzazione di altre strutture pubbliche.

La definizione della rete ospedaliera della città di Cagliari e specificamente della nuova Azienda ospedaliero-universitaria dovrà essere coerente con i seguenti indirizzi di carattere generale:

- l'assegnazione delle funzioni all'Azienda ospedaliero-universitaria dovrà avvenire in coerenza con la vocazione che tradizionalmente la caratterizza;
- l'organizzazione delle strutture deve svilupparsi in una logica dipartimentale, tenendo conto dell'esigenza di garantire, anche in assenza di una unitarietà strutturale e logistica dell'Azienda ospedaliero-universitaria, l'efficienza organizzativa;
- le duplicazioni, rispetto alle altre strutture che insistono nel territorio dell'area metropolitana di Cagliari, non adeguatamente motivate devono essere gradualmente superate, tenuto conto del fabbisogno di assistenza, del volume e della tipologia dell'attività svolta nell'ultimo triennio, dell'efficienza organizzativa delle singole unità operative, dei criteri di

- accreditamento delle strutture stesse e dei requisiti minimi per l'accreditamento dei corsi di studio della Facoltà di Medicina;
- la natura, i compiti e le responsabilità delle strutture ospedaliere dell'area metropolitana di Cagliari portano a prevedere per l'Azienda ospedaliero-universitaria la presenza dei seguenti Dipartimenti: Medicina, Chirurgia, Materno infantile, Emergenza-Urgenza, Servizi;
 - nei Dipartimenti dell'Azienda ospedaliero-universitaria confluiranno le funzioni di seguito indicate: nella Medicina la medicina interna, la medicina del lavoro, la cardiologia, la dermatologia, la gastroenterologia, la reumatologia, la neurologia, le malattie endocrine e metaboliche, la nefrologia, l'oncologia medica, l'allergologia; nella Chirurgia (destinata a regime ad operare presso la sede di Monserrato) confluiranno le funzioni di chirurgia generale, otorinolaringoiatria, oculistica, odontoiatria, chirurgia vascolare; nel Materno infantile confluiranno le funzioni di clinica pediatrica, neuropsichiatria infantile, neonatologia, terapia intensiva neonatale, ostetricia e ginecologia, chirurgia pediatrica; nell'Emergenza-Urgenza confluiranno le funzioni del Pronto Soccorso e della rianimazione;
 - le strutture di degenza psichiatrica dovranno confluire nel Dipartimento di Salute Mentale in un'ottica di forte integrazione tra ospedale e territorio;
 - allo scopo di perseguire, all'interno dell'Azienda ospedaliero-universitaria, un'efficace integrazione è opportuno un adeguato equilibrio tra i due ordinamenti nell'affidamento degli incarichi di direzione delle strutture, complesse e semplici, secondo i principi enunciati nel Protocollo d'intesa;
 - i servizi per i quali si dovrà, tendenzialmente, evitare ogni duplicazione saranno specificati con apposito atto, tenendo conto del fabbisogno e delle peculiarità presenti.

Azienda ospedaliero-universitaria di Sassari

L'applicazione degli standard nazionali di riferimento, definiti come media regionale e pari a 4,5 posti letto per mille abitanti (di cui 3,5 per acuti e 1 per lungodegenza e riabilitazione), è compatibile con una dotazione complessiva sul territorio dell'ASL di Sassari superiore a tale parametro, in ragione della funzione di polo di riferimento attribuito a Sassari per le specialità a minore diffusione e rare.

La programmazione sanitaria regionale prevede la presenza sull'area metropolitana di Sassari di un presidio ospedaliero (Santissima Annunziata) e di un'Azienda ospedaliero-universitaria, per un totale di posti letto intorno a 950, distribuiti fra le due strutture in maniera equilibrata.

In attuazione dell'articolo 7, comma 6, del Protocollo d'intesa tra la Regione Autonoma della Sardegna e le Università degli Studi di Cagliari e di Sassari sottoscritto in data 11 ottobre 2004, il perseguimento di un adeguato livello di unitarietà strutturale e logistica dell'Azienda ospedaliero-universitaria deve essere considerato un obiettivo tendenziale dando atto che, allo stato attuale, la sede dell'Azienda sarà presso le strutture universitarie attualmente convenzionate con l'Azienda Usl n. 1, il Policlinico universitario e il Presidio Santissima Annunziata.

Qualora nell'Azienda ospedaliero-universitaria non siano disponibili specifiche strutture essenziali per un corretto svolgimento dell'attività didattica, l'Università concorda con la Regione, con apposito atto, l'utilizzazione di altre strutture pubbliche.

In attesa di una complessiva valutazione e revisione del fabbisogno di formazione le attività essenziali per lo svolgimento dei compiti istituzionali dei settori scientifico-disciplinari di oncologia medica e di malattie cutanee e veneree saranno garantite nell'ambito della dotazione complessiva dei posti letto del Dipartimento di Medicina Interna dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nonché dalle strutture assistenziali di Oncologia e Dermatologia dell'ASL, in maniera integrata e complementare.

La definizione della rete ospedaliera della città di Sassari e specificamente del presidio ASL Santissima Annunziata e della nuova Azienda ospedaliero-universitaria dovrà essere coerente con i seguenti indirizzi di carattere generale:

- l'assegnazione delle singole funzioni all'interno dell'Azienda ospedaliero-universitaria e del presidio ospedaliero Santissima Annunziata dovrà avvenire in coerenza con la vocazione generale attribuita alle due strutture;
- l'organizzazione di entrambe le strutture deve svilupparsi in una logica dipartimentale;
- le attività di supporto (tecniche, amministrative e professionali) devono, per quanto possibile, mantenere una gestione unitaria nel rispetto dell'autonomia giuridica dell'Azienda ospedaliero-universitaria;
- le duplicazioni non adeguatamente motivate devono essere gradualmente superate, tenuto conto del fabbisogno di assistenza, del volume e della tipologia dell'attività svolta nell'ultimo triennio, dell'efficienza organizzativa delle singole unità operative e dei criteri di accreditamento delle strutture stesse e dei requisiti minimi per l'accreditamento dei corsi di studio della Facoltà di Medicina;
- la natura, i compiti e le responsabilità delle due strutture ospedaliere della città portano a prevedere per l'Azienda ospedaliero-universitaria un Dipartimento internistico, un Dipartimento chirurgico ed uno per la lungodegenza e riabilitazione, nonché il Dipartimento Materno infantile. A sua volta nel P.O. Santissima Annunziata sarà presente un Dipartimento

internistico, un Dipartimento chirurgico, uno per la lungodegenza - riabilitazione ed il Dipartimento dell'Emergenza-Urgenza. Relativamente all'attività di emergenza-urgenza dovranno prevedersi accordi interaziendali tra Azienda ospedaliero-universitaria e ASL che garantiscano idonee modalità organizzative a fini sia assistenziali che didattici;

- nel Dipartimento internistico dell'Azienda ospedaliero-universitaria confluiranno le funzioni di medicina interna, ematologia, neurologia, malattie infettive e pneumologia, mentre in quello chirurgico confluiranno la chirurgia generale, la chirurgia vascolare, l'ORL, l'oculistica, l'urologia, la maxillo-facciale, la chirurgia plastica, l'ortopedia e l'anestesia e terapia intensiva. Il Dipartimento internistico dell'Azienda ospedaliero-universitaria comprenderà anche la funzione di cardiologia e terapia intensiva cardiologica da svolgere in maniera integrata e complementare con il presidio ospedaliero Santissima Annunziata. Nel dipartimento internistico del presidio ospedaliero Santissima Annunziata è inclusa la medicina interna, la geriatria, la gastroenterologia, la nefrologia, l'oncologia e la dermatologia; mentre nel dipartimento chirurgico confluiranno la chirurgia generale, la neurochirurgia, l'ortopedia - traumatologia;
- nel Dipartimento dell'emergenza-urgenza dovranno essere incluse le funzioni di: cardiologia, unità coronarica, emodinamica, interventistica cardiaca, cardiocirurgia, chirurgia d'urgenza e dei trapianti, centro ustioni, terapia intensiva post-operatoria, rianimazione, diagnostica radiologica d'urgenza; in quello Materno Infantile dovranno essere incluse la ginecologia e ostetricia, la pediatria, la patologia neonatale, la chirurgia pediatrica, la terapia intensiva neonatale pediatrica e la neuropsichiatria infantile;
- le strutture di degenza psichiatrica dovranno confluire nel Dipartimento di Salute Mentale;
- allo scopo di perseguire, all'interno dell'Azienda ospedaliero-universitaria, un'efficace integrazione è opportuno un adeguato equilibrio tra i due ordinamenti nell'affidamento degli incarichi di direzione delle strutture, complesse e semplici, secondo i principi enunciati nel Protocollo d'intesa;
- i laboratori di base dovranno essere unificati, mentre per quelli di secondo livello si dovranno tendenzialmente evitare duplicazioni così come per gli altri servizi di diagnosi e cura.

3.5. Integrazione dell'ospedale nella rete di risposte - Reti Integrate (Hub and Spoke)

La modalità di produzione ed erogazione dell'assistenza ospedaliera secondo il *principio delle reti integrate* prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (*hub*), che trattano volumi di attività tali da garantire la qualità dell'assistenza, ed il trattamento della restante casistica in centri periferici (*spoke*) la cui attività è fortemente integrata con quella dei centri. Il sistema, ove adeguatamente sviluppato, è in grado di garantire a tutta la popolazione equità di accesso a prestazioni di qualità uniforme su tutto il territorio regionale.

Principio delle reti integrate

La rete ospedaliera organizzata e sviluppata secondo il modello dell'*hub and spoke* garantisce minima congestione, forte specializzazione, massima efficienza tecnica attraverso la concentrazione della casistica e la tempestività di invio dalla periferia.

Secondo questo modello, la connessione nell'ambito di una stessa specialità in differenti ospedali è più forte della connessione con altre specialità all'interno dello stesso ospedale. Tale organizzazione potrebbe essere oggetto di equivoci, per il ruolo subordinato che verrebbe richiesto allo *spoke* (ai raggi), sottovalutando il ruolo fondamentale delle cure in strutture di primo livello che rimangono titolari nella gestione del processo assistenziale del paziente dell'area territoriale di riferimento.

La metodologia di lavoro per organizzare operativamente la rete prevede l'individuazione dei bacini di popolazione di riferimento in relazione ai fabbisogni specifici ed ai volumi di attività clinica, la definizione delle caratteristiche dei nodi della rete ed i criteri di riferimento fra i servizi, stabilendo modalità attraverso le quali mantenere le competenze del centro leader e le modalità attraverso le quali condividere le competenze disponibili con la periferia. La funzionalità della rete è legata allo sviluppo e connotazione di un sistema informativo e alla definizione delle modalità della committenza.

Nel corso della organizzazione, si valuteranno gli aspetti critici del modello di organizzazione *hub and spoke*, in particolare la definizione specifica delle funzioni *hub* ed i criteri del sistema di relazioni fra nodi, centri intermedi e centri periferici, tenendo conto che la pianificazione potrebbe essere divergente rispetto alle strutture o alle relazioni funzionali attualmente esistenti.

Attualmente, nel nostro Paese, il modello sta trovando attuazione con risultati soddisfacenti in particolare nell'area cardiologica e oncologica.

Il presente Piano promuove l'organizzazione in rete di tutte le strutture che erogano assistenza ospedaliera in Sardegna, a partire dalla rete per l'assistenza in oncologia ed in cardiologia (si vedano in proposito i rispettivi

capitoli), anche grazie all'avvio del progetto regionale, già finanziato con i fondi finalizzati agli obiettivi prioritari del PSN 2003-2005, di collegamento in rete dei servizi presenti sul territorio per l'assistenza dei malati oncologici.

3.5 bis Gli ospedali di comunità

Gli Ospedali di comunità (ODC) rappresentano un "anello strategico" all'interno della rete ospedaliera perché si rivolgono ai pazienti con un bisogno di assistenza con prevalente valenza sanitaria che non è possibile soddisfare né in RSA né a domicilio ma per i quali, allo stesso tempo, un ricovero ospedaliero ordinario di tipo classico risulterebbe inappropriato.

In tal senso gli ODC sono le strutture appropriate per realizzare l'integrazione ospedale-territorio, auspicata nella programmazione sanitaria. Gli ODC sono nati e si sono sviluppati nel Regno Unito tra gli anni '20 e gli anni '40 del secolo scorso ed attualmente vengono lì definiti come "strutture organizzative cooperative dei medici di famiglia". Nel nostro Paese l'attenzione verso questa innovativa forma di organizzazione dell'assistenza sanitaria ha inizio nella seconda metà degli anni '90, quando regioni come l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria dimostrano che i piccoli ospedali, non più in grado di assicurare la stessa qualità delle prestazioni dei centri ad elevata specializzazione, possono essere riconvertiti per soddisfare una crescente domanda di salute legata a patologie croniche invalidanti in fase di riacutizzazione. Si tratta infatti di patologie che, se gestite in un ospedale ad alta specializzazione, determinerebbero solo un aumento dei tempi di degenza, rallentando i ritmi dell'attività ospedaliera ordinaria, rivolta agli acuti, ad alto fabbisogno tecnologico con conseguente aumento delle liste d'attesa.

È intenzione di questo Piano dare avvio ad una sperimentazione volta a riorganizzare i piccoli presidi ospedalieri in Ospedali di Comunità, offrendo risposta ad un bisogno di salute finora rimasto insoddisfatto.

Strutturalmente un Ospedale di Comunità si deve collocare in un Centro polifunzionale, dove sono svolte tutte le funzioni tipiche dell'assistenza territoriale.

I servizi del centro polifunzionale

- amministrativi (CUP, scelta del medico)
- medico-legali e certificativi (servizio sociale; vaccinazioni)
- di diagnostica strumentale (punti di prelievo ematici, radiologia, ecografia, endoscopia, ECG)
- di poliambulatorio (cardiologi, oculisti, chirurghi, fisiatri)
- territoriali (ortopedici, neurologi, pediatri)

- infermieristici (assistenza domiciliare, ADI, ADP, ADIP)
- consultori
- urgenza-emergenza (guardia medica, 118)

All'interno del Centro polifunzionale l'Ospedale di Comunità definisce una struttura caratterizzata da un numero limitato di posti letto e spazi dove sia possibile socializzare per riprodurre dimensioni simili a quelle dei luoghi familiari (sale da pranzo; soggiorni; locali di incontro per il personale o per - e con - i familiari).

L'Ospedale di Comunità è adatto quindi al ricovero di pazienti con patologie post-acute, in via di stabilizzazione, patologie croniche in fase di riacutizzazione e patologie in fase terminale che non richiedono un'assistenza ad elevata complessità medico-specialistica.

Possono essere pazienti per l'ODC:

- *post-acute anziani fragili* a rischio di non autosufficienza colpiti, ad esempio, da patologie quali ictus cerebrali, fratture femorali, sindromi da immobilizzazione;
- *acute a basso rischio non gestibile a domicilio* affetti ad esempio da scompensi cardiaci non complicati, patologie dermatologiche, traumatismi minori dovuti per esempio ad osteoporosi;
- *pazienti terminali* non gestibili a domicilio caratterizzati da scompenso irreversibile, demenze ad elevato stadio, patologie oncologiche trattabili con cure palliative, patologie croniche quali ad esempio quelle cardiorespiratorie, neoplastiche, vascolari, broncopatie;
- pazienti in riabilitazione

La richiesta del ricovero può avvenire sia su proposta del medico ospedaliero con il passaggio dall'ospedale specializzato all'ODC, sia su proposta del medico di base qualora il paziente non sia già ricoverato. Il ricovero nell'ODC è giustificato dal bisogno di cura di persone con problemi prevalentemente sanitari (e non socio-sanitari come può accadere in una struttura per la lungodegenza del tipo RSA, dove sono ricoverati soggetti con patologie croniche stabilizzate), per questo la permanenza dei pazienti non dovrebbe superare i 30 giorni.

Responsabile della direzione sanitaria, dell'organizzazione complessiva, della gestione e dell'igiene pubblica dell'Ospedale di Comunità è un medico del Distretto, dipendente della ASL che ha anche il compito di coordinare tutte le figure professionali che operano o interagiscono con la struttura.

Responsabile della presa in cura del paziente è invece il medico di medicina generale, che si avvale delle professionalità e delle tecnologie presenti nell'Ospedale di Comunità e nel Centro Polifunzionale richiedendo tutte le consulenze specialistiche necessarie ed allo stesso tempo affidando l'assistenza del paziente al personale infermieristico specializzato che, di

concerto con il medico del paziente predispone un piano personalizzato di cura da attuarsi secondo le modalità tipiche dell'ospedale (dall'erogazione dei farmaci agli accertamenti diagnostici).

Tutte queste caratteristiche fanno dell'Ospedale di Comunità un modello organizzativo complesso e significativamente innovativo dove il medico di medicina generale riconquista un ruolo attivo nella cura dei propri pazienti, ruolo che nel corso degli ultimi anni è venuto meno dal momento che i medici di base sono rimasti di fatto isolati ed hanno assunto spesso le funzioni di meri prescrittori di ricette. Allo stesso tempo l'ODC valorizza il ruolo attivo degli infermieri che, coordinati da un caposala, hanno le competenze specifiche e professionali per il trattamento clinico del paziente, evidenziando miglioramenti o peggioramenti delle sue condizioni al medico competente che in tal modo può definire i necessari e più appropriati percorsi di cura (trasferimenti in assistenza domiciliare o in centri di specializzazione). Medici e infermieri insieme ad altre figure specializzate afferenti o presenti nella struttura (fisiatri, geriatri, tecnici di riabilitazione, cardiologi, neurologi ed altri specialisti) grazie agli ODC tornano a lavorare in team, a comunicare e interagire per la migliore e più appropriata cura dei pazienti.

4. SISTEMA EMERGENZA URGENZA

Il Sistema Emergenza Urgenza garantisce l'organizzazione e la gestione della complessa rete dell'emergenza, al fine di assicurare adeguata assistenza alle persone che subiscono "eventi acuti", di natura internistica o chirurgico - traumatologica, dal momento dell'evento sino alla loro ospedalizzazione. Ciò comporta un sistema estremamente complesso e delicato, tale da consentire risposte tempestive, appropriate ed omogenee in tutto il territorio regionale.

L'architettura globale del Sistema Emergenza Urgenza comprende:

- un sistema di allarme sanitario, dotato di numero telefonico di accesso breve ed universale (118) afferente alle centrali operative;
- un sistema territoriale di soccorso costituito dai mezzi di soccorso avanzato (medicalizzati) e dagli enti e associazioni di volontariato operanti in regime convenzionale;
- una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati, articolati su quattro livelli di operatività:
 - punti di primo intervento;
 - pronto soccorso ospedaliero;
 - dipartimento di emergenza e accettazione di primo livello;
 - dipartimenti di emergenza, urgenza e accettazione di secondo livello.

Architettura dell'emergenza urgenza

Le Centrali Operative raccolgono le telefonate indirizzate al 118 e, in base ai dati forniti dall'interlocutore, attivano il mezzo di soccorso più idoneo e più vicino.

La rete territoriale dell'emergenza

Le centrali coordinano l'intervento, aggiornate in tempo reale sulle reali condizioni del paziente, via radio o via telefono, dall'ambulanza inviata sul posto; sulla base dei dati trasmessi identificano l'ospedale più idoneo a trattare quella patologia, non sempre il più vicino, verificano la disponibilità di posti letto, comunicano l'arrivo del paziente, con le informazioni necessarie a predisporre l'accettazione d'urgenza.

In Sardegna sono attive due Centrali Operative:

- quella di Cagliari, che copre gli interventi nell'ambito territoriale delle vecchie province di Cagliari ed Oristano;
- quella di Sassari che copre il territorio delle vecchie province di Sassari e Nuoro.

Ogni Centrale è governata da un Comitato di Gestione, composto dai direttori generali delle aziende USL afferenti.

Il sistema territoriale di soccorso si basa su due livelli di risposta: quello avanzato (medicalizzato), composto da personale convenzionato e

dipendente delle aziende USL, e quello di base, delegato alle associazioni di volontariato, in regime di convenzione.

Le postazioni di soccorso avanzato sono 24; la loro distribuzione sul territorio regionale è riportata nella tavola allegata. Le associazioni di volontariato, in numero di 150 circa, assicurano il soccorso di base; la loro distribuzione sul territorio regionale è disomogenea; alcune operano in regime di reperibilità.

La rete territoriale dell'emergenza non riesce nel suo complesso a garantire l'intervento entro i tempi ritenuti ottimali: il piano territoriale di soccorso deve infatti garantire ad almeno il 70% della popolazione tempi di intervento pari o inferiori a 8 minuti in area urbana e a 20 minuti in area extraurbana.

Va evidenziato inoltre che la Sardegna è l'unica regione italiana a non disporre continuamente dell'attività di un servizio di elisoccorso. Tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche della regione, delle peculiarità della rete ospedaliera e della distribuzione delle alte specialità, il servizio di elisoccorso rappresenta invece uno strumento essenziale del soccorso primario e del trasporto interospedaliero urgente.

A livello ospedaliero, non in tutti i presidi è presente un pronto soccorso adeguato; spesso è sistemato in locali non idonei, talvolta senza organici propri, comunque insufficienti; pochi hanno letti di osservazione breve, ancor meno di medicina d'urgenza e terapia sub-intensiva. Si rileva inoltre la pressoché totale assenza dei Dipartimenti d'Emergenza (DEA), con eccezione dell'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari.

**Il livello ospedaliero:
criticità**

Gli obiettivi da perseguire, per il miglioramento del sistema emergenza urgenza e per il superamento delle criticità sono precisati con riferimento a:

Obiettivi del Piano

- a) l'organizzazione generale del sistema;
- b) le Centrali operative;
- c) il livello territoriale;
- d) il livello ospedaliero.

a) A livello di organizzazione generale del sistema, sono indicati i seguenti obiettivi:

**Organizzazione
generale del sistema**

- la costituzione del nuovo Comitato regionale per l'emergenza urgenza come organo consultivo della Regione per la programmazione del Sistema Emergenza Urgenza e per la verifica periodica dell'andamento delle attività svolte;
- la revisione delle modalità di gestione delle centrali operative con il superamento dei vecchi Comitati di gestione (che non hanno in passato garantito un efficace governo del sistema) e la costituzione di comitati tecnici di coordinamento;

- la programmazione di attività di formazione, di aggiornamento e di addestramento di tutti gli operatori secondo le linee guida concordate in sede di Conferenza Stato Regioni nel marzo 2003, con attenzione a problematiche specifiche del soccorso, quali ad esempio quelle del soccorso a mare;
 - la realizzazione della rete cardiologica dell'urgenza, con il coinvolgimento di Sistema territoriale di soccorso 118, dei DEA-Pronto Soccorso, delle Cardiologie-Emodinamiche-Cardiochirurgie, al fine di dare attuazione alle più aggiornate linee guida in tema di gestione delle sindromi coronariche acute. L'acquisizione di apparati di telemedicina in grado di trasmettere l'ECG a distanza, la definizione di protocolli specifici, la formazione e l'aggiornamento del personale interessato, rappresentano i passaggi necessari per arrivare a breve ad una sperimentazione su base regionale;
 - la progressiva diffusione della tecnologia della telemedicina per consentire la trasmissione di dati tra i differenti livelli organizzativi dell'emergenza (diagnostica per immagini, consulenze di alta specialità), superando gli ostacoli costituiti dalla morfologia del territorio regionale;
 - l'elaborazione di piani di intervento e di protocolli operativi integrati e l'attivazione dei presidi mobili finalizzati alla gestione delle maxiemergenze e delle emergenze nucleari biologiche e chimiche;
 - la realizzazione di un sistema informativo unico regionale, operante in rete (*Emergency Department Information System-EDIS*), che consenta l'ottimizzazione dei processi assistenziali nelle emergenze-urgenze e permetta lo scambio, in tempo reale, delle informazioni;
 - l'informazione adeguata della popolazione.
- b) A livello di Centrali Operative, sono indicati i seguenti obiettivi: Centrali Operative
- il miglioramento della copertura radio e telefonica;
 - la definizione di protocolli operativi di integrazione tra rete territoriale e rete ospedaliera;
 - l'adeguamento tecnologico ed organizzativo agli aumentati carichi di lavoro.
- c) A livello territoriale, sono indicati i seguenti obiettivi: Livello territoriale
- la revisione della rete territoriale dell'emergenza urgenza, in modo da garantire risposte adeguate in tempi idonei, anche attraverso una nuova dislocazione delle postazioni di soccorso avanzato;
 - l'aggiornamento e l'adeguamento dei mezzi di soccorso, avanzato e di base, prevedendo per questi ultimi la dotazione di defibrillatori semiautomatici;

- la previsione di automediche, condotte da medici dell'emergenza territoriale, e di automezzi infermieristici, con infermieri e autisti-soccorritori dipendenti o volontari;
- l'attivazione dell'elisoccorso in forma continuativa, garantendo l'operatività di almeno due basi, operanti secondo specifici protocolli, coordinate dalle due Centrali 118, anche sperimentando forme di convenzione con Enti pubblici in possesso di elicotteri adeguati al soccorso sanitario, in grado di rispondere alle particolari esigenze di operatività e continuità del servizio;
- la riqualificazione, con eventuale potenziamento, delle aree di atterraggio e decollo degli elicotteri (elisuperfici) in prossimità dei presidi ospedalieri e nelle isole minori, in modo da consentire un utilizzo ottimale ed estensivo del mezzo aereo, integrato con i mezzi e le risorse di terra;
- la definizione, in accordo con il Dipartimento di Salute mentale e con le forze dell'ordine (vigili urbani, 113,112) , di protocolli per la risposta adeguata all'emergenza psichiatrica e in particolare per condividere le procedure per l'attuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori;
- l'aggiornamento e la riqualificazione dei medici operanti nel servizio di continuità assistenziale prevedendo la loro integrazione nei punti di soccorso territoriale, anche ad attività H24, con l'obiettivo di realizzare una fitta rete sul territorio in grado di dare una prima e qualificata risposta anche ambulatoriale all'urgenza riducendo i tempi di intervento e svolgendo una funzione di filtro (triage) in integrazione con le Centrali operative 118.

d) A livello ospedaliero, sono indicati i seguenti obiettivi:

Livello ospedaliero

- l'identificazione delle diverse esigenze del territorio regionale, con la programmazione e pianificazione della risposta della rete ospedaliera all'emergenza e urgenza anche in funzione della geografia del territorio, dei flussi turistici, delle aree industriali;
- la pianificazione della risposta ospedaliera nell'emergenza-urgenza a livello provinciale o sovraprovinciale, con percorsi e protocolli codificati per ogni tipologia di intervento, con identificazione dei criteri di accreditamento per le strutture, il personale e le attrezzature;
- la riqualificazione, in conformità ai requisiti previsti dalla normativa sull'accreditamento delle strutture sanitarie, dei Servizi di Pronto Soccorso, anche attraverso l'istituzione, presso gli stessi, di Unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI), finalizzate a rendere possibile, per le attività di inquadramento clinico e di terapia d'urgenza, tempi superiori a quelli propri del primo soccorso;

- la previsione di posti letto di medicina d'urgenza (degenza breve) destinati a pazienti ricoverati, secondo precisi criteri di accettazione o di esclusione, per tempi non superiori alle 72 ore, pazienti con affezioni di bassa criticità ed alta complessità. Ai fini di una gestione corretta ed efficiente delle risorse umane e strumentali, la medicina d'urgenza va collocata in prossimità del pronto soccorso;
- la previsione, all'interno della medicina d'urgenza, di letti di terapia sub-intensiva per la gestione di pazienti instabili o ad immediato rischio di instabilità (area critica), che non necessitino di terapia rianimatoria, ma di inquadramento diagnostico e procedure di monitoraggio e stabilizzazione non invasive;
- l'identificazione e riorganizzazione delle unità intensive di rianimazione generale o specializzate (UTIC, neonatali, centro ustioni) articolandole su due livelli (intensiva e subintensiva) operanti funzionalmente in rete con i dipartimenti di emergenza;
- la costituzione dei dipartimenti ospedalieri di emergenza di primo e di secondo livello secondo il criterio di intensità delle cure e la presenza di unità operative di alta specialità, prevedendo a regime un DEA di primo livello in ogni azienda USL e uno di secondo livello nei tre poli sanitari (nord, centro e sud Sardegna).

5. RICERCA E SVILUPPO

Il tema della ricerca e della innovazione è all'attenzione di tutti i settori produttivi per rispondere alla sfida posta dalla globalizzazione del mercato e delle conoscenze. Il settore sanitario è aperto a questa sfida: è necessario investire in ricerca per migliorare le conoscenze indispensabili per rispondere ai bisogni di salute della popolazione e per trasformare tali conoscenze in innovazioni concretamente inserite nel sistema.

In Sardegna, le aree di ricerca che hanno raggiunto un discreto livello di sviluppo sono in particolare quelle della Farmacologia (specie Neurofarmacologia), della Genetica Molecolare e dell'Oncologia Molecolare. I risultati ottenuti sono il frutto di due fattori principali: la capacità di creare una collettività di ricercatori di dimensioni tali da superare la massa critica minima indispensabile per produrre risultati di livello internazionale e la capacità di attirare finanziamenti complessivamente adeguati.

Oltre a tali aree di ricerca, sono degne di considerazione e supporto altre iniziative e gruppi di ricercatori, in particolare in campo ematologico, endocrinologico, neurologico e infettivologico. Rilevante è inoltre la presenza di singoli ricercatori, attivi in specifici settori di studio, che collaborano con gruppi internazionali e nazionali con elevati livelli di riconoscimento scientifico.

Il mancato decollo in Sardegna in numerosi settori della ricerca è sostanzialmente riconducibile alla mancanza di massa critica di ricercatori, alla carenza di organizzazione, alla dispersione delle competenze, alla esiguità dei finanziamenti (con ricadute in termini di competitività dei diversi gruppi di ricerca). Anche i fondi regionali sono stati per lo più erogati in modo frammentario, spesso senza precise finalizzazioni, senza una seria valutazione dei progetti proposti e degli obiettivi raggiunti, producendo un'eccessiva dispersione delle poche risorse disponibili.

La Regione intende assumere un ruolo importante nel processo di rilancio della ricerca in Sardegna, attraverso finanziamenti finalizzati, anche attivando forme di coordinamento con i finanziatori privati, perseguendo i seguenti obiettivi:

- supporto alla crescita di gruppi di ricerca in grado di fare massa critica in specifici settori di studio;
- supporto alla realizzazione di iniziative in grado di rendere disponibili le grandi attrezzature necessarie per la ricerca avanzata (e il loro continuo rinnovamento);
- potenziamento dei Centri di Eccellenza esistenti attorno ai quali promuovere la nascita di nuove iniziative;

Lo stato della ricerca

Rilanciare la ricerca

- supporto finanziario allo sviluppo di nuove ricerche sulla base dei criteri di originalità, innovatività, fattibilità, potenziale applicabilità e competenza dei proponenti.

A tal fine, nell'ambito dei compiti conferitigli dalla legge regionale n. 10 del 2006, il Comitato per la ricerca biomedica e sanitaria contribuisce all'individuazione di linee di intervento nei settore della ricerca biomedica, clinica e sui servizi sanitari, alla definizione di criteri di valutazione delle ricerche e delle loro ricadute in termini di miglioramento dei servizi. Particolare attenzione dovrà essere dedicata all'attività volta al trasferimento dei risultati della ricerca clinica nella pratica dei servizi sanitari.

Al fine di fungere da promotore complessivo delle funzioni di ricerca, tenuto conto che il massimo della produttività scientifica viene raggiunto dai ricercatori tra i 30 e i 40 anni di età, la Regione intende stimolare i giovani alla ricerca, attraverso i seguenti meccanismi:

- il finanziamento di un crescente numero di assegni di ricerca, da assegnarsi esclusivamente sulla base di rigorosi criteri di merito, di entità tale da garantire al ricercatore una vita senza preoccupazioni economiche;
- il finanziamento di borse di studio per soggiorni all'estero, per periodi minimi di 2-3 anni, eventualmente rinnovabili previa valutazione dei risultati raggiunti, sulla base di dettagliati programmi scientifici e tenuto conto del curriculum scientifico del beneficiario.

PARTE TERZA

STRUMENTI PER IL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA

1. IL GOVERNO CLINICO DEL SISTEMA SANITARIO

Obiettivo strategico del Piano Sanitario è promuovere il miglioramento del servizio sanitario regionale favorendo la condivisione degli obiettivi di salute da parte di tutti gli operatori coinvolti direttamente ed indirettamente nel processo assistenziale, diagnostico e terapeutico, sostenendo la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, ricreando un rapporto di fiducia tra cittadini/utenti e servizio sanitario. La capacità delle aziende sanitarie di offrire un servizio di buona qualità si identifica infatti proprio con il principio di responsabilizzazione nei confronti dei cittadini e dei pazienti. Il cittadino/paziente diventa termine di riferimento anche rispetto all'uso delle risorse pubbliche, rese disponibili per il sistema sanitario.

Questi obiettivi possono essere perseguiti applicando il modello noto come Governo Clinico.

1.1. Il Governo Clinico

Governo Clinico significa capacità di monitorare i fenomeni al fine di conoscerli e gestirli per indirizzarli verso una migliore qualità dell'assistenza, in considerazione anche delle risorse umane, tecnologiche, finanziarie, a disposizione dell'organizzazione. A tal fine è necessario un cambiamento del punto di osservazione della Sanità, non più e non solo orientato alla produzione di prestazioni, alla performance degli operatori e dalle Aziende nel loro complesso, agli equilibri contabili e al rispetto dei budget; l'osservazione si sposta sulle persone, sui bisogni espressi ed inespresi della popolazione, sul reale beneficio che le prestazioni erogate hanno su di essi. Il Governo Clinico è un sistema clinico-gestionale condiviso, partecipato e scelto dai professionisti in una logica di coinvolgimento che parte dal basso ed è capace di sviluppare quella eccellenza clinica, frutto del processo di miglioramento continuo indotto dalla ricerca della qualità e dell'efficacia clinica.

L'approccio sistematico tipico dell'analisi per processi, permette di gestire i diversi percorsi clinico-diagnostico-terapeutici in un contesto di multidisciplinarietà e di trasversalità privilegiando la qualità di vita della

persona malata, l'adesione e la continuità delle cure al fine di garantire una maggiore efficacia terapeutica nel rispetto delle compatibilità economiche in un'ottica di medio-lungo periodo.

A tal fine è necessario integrare gli approcci esistenti che presentano spesso una netta separazione tra aspetto clinico (che dovrebbe sempre più orientarsi verso l'appropriatezza) e aspetto gestionale (non più orientato alla valutazione delle sole performance ma anche alla cosiddetta qualità totale). Orientare il sistema delle cure al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria vuol dire anche costruire appropriate relazioni funzionali tra i diversi operatori con responsabilità cliniche, organizzative e gestionali.

Gli elementi che caratterizzano il Governo Clinico possono essere così riassunti in :

- garanzia di efficacia,
- garanzia di appropriatezza,
- miglioramento della qualità,
- garanzia di continuità dell'assistenza (*disease management*),
- garanzia di sicurezza (*risk management*),
- rapporto di trasparenza coi cittadini,
- ricerca e sviluppo,
- formazione orientata alla qualità.

L'organizzazione e l'introduzione del governo clinico richiedono dunque l'implementazione di un sistema di valori incentrato principalmente su:

- Responsabilità e autonomia professionale,
- Orientamento al cittadino/paziente,
- Sviluppo ed aggiornamento professionale,
- Capacità di lavorare insieme,
- Utilizzo di strumenti operativi.

Una particolare attenzione verrà rivolta alla gestione del rischio clinico (*Risk Management*), intendendo con tale termine un sistema finalizzato a gestire l'errore e ridurre il rischio di eventi avversi che possano insorgere durante l'assistenza sanitaria attraverso una sistematica identificazione delle circostanze che mettono a rischio il paziente ed una valutazione, revisione e ricerca dei mezzi per prevenire gli errori ed i danni da eventi avversi.

La gestione del rischio clinico ha per obiettivo il miglioramento della qualità delle attività e delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie, ma è anche teso alla riduzione delle controversie legali.

In un sistema complesso come quello della sanità, l'assunto di base è che l'errore è atteso e la sua gestione deve essere, inevitabilmente, orientata all'ambiente in cui l'individuo opera, per cui la responsabilità non è del

singolo operatore ma dell'intero sistema in cui egli svolge la sua attività, perché gli errori sono legati all'organizzazione del reparto, all'insieme delle regole che determinano le modalità lavorative, alle varie fasi del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale del paziente. La riduzione dell'errore avviene solo attraverso un ciclo continuo di miglioramento della formazione del personale sanitario, la condivisione di linee guida e protocolli, l'accreditamento professionale e l'*audit* clinico.

In attuazione del seguente Piano le Aziende sanitarie e ospedaliere elaborano un programma di gestione aziendale del rischio clinico tenuto conto dei seguenti punti fondamentali:

Risk management nelle aziende sanitarie

- a) la rilevazione delle realtà aziendali, l'analisi dei reclami e dei contenziosi, la promozione delle segnalazioni spontanee da parte degli operatori;
- b) la promozione e condivisione di linee guida e protocolli volti alla riduzione del rischio clinico e condivisi con gli operatori secondo i principi già enunciati del corretto governo clinico;
- c) la formazione continua degli operatori sulle tematiche Rischio Clinico, di tipo generale, quali il consenso informato, la gestione della cartella clinica, la corretta informazione al paziente, e di tipo specifico, quali i percorsi delle sale operatorie, la gestione dei farmaci, ecc.;
- d) il monitoraggio e la vigilanza sulla corretta applicazione delle linee guida e delle raccomandazioni ministeriali.

Al fine di superare le difficoltà del settore (di mercato e di costi) e di garantire ai professionisti condizioni di lavoro non alterate dai rischi di contenzioso legale, anche attraverso i referenti aziendali, la Regione verifica lo stato delle coperture assicurative degli operatori sanitari allo scopo di individuare soluzioni adeguate, eventualmente differenziate in base alle dimensioni ed alla frequenza dei rischi, valutando la praticabilità di una centralizzazione della copertura assicurativa del rischio delle singole ASL.

Il presente Piano programma l'istituzione dell'ufficio del Garante regionale per il diritto alla salute con l'obiettivo di affrontare il problema della *malpractice* sanitaria e delle disfunzioni connesse a deficit del sistema e di verificare la diffusione di una valida e regolare pratica di consenso informato.

Garante regionale per il diritto alla salute

Prevenzione e controllo delle infezioni acquisite nelle strutture sanitarie (IASS)

Le infezioni ospedaliere rappresentano un problema rilevante di sanità pubblica: ogni anno, infatti il 5-10% dei pazienti ricoverati sviluppa un'infezione ospedaliera e l'1% di tutti i pazienti infetti muore per le conseguenze dell'infezione; esse costituiscono inoltre una frequente causa di complicanze durante il ricovero.

Contenere e ridurre le infezioni acquisite nelle strutture sanitarie significa migliorare la qualità dei servizi erogati.

Al fine di realizzare questo obiettivo viene costituita un'apposita commissione sulle IASS con il compito di elaborare un documento di riferimento sia per le direzioni aziendali che per i singoli operatori impegnati nella lotta contro le IASS con indicazioni di carattere programmatico, organizzativo e tecnico. Particolare attenzione sarà data alla formazione in tale settore.

1.2. La valorizzazione delle risorse umane

La principale risorsa del Servizio Sanitario Regionale è il personale. Di qui l'importanza strategica di un'azione regionale che contribuisca all'impegno in tale settore in ogni azienda sanitaria e ogni servizio.

In Sardegna è mancata una vera e propria politica del personale.

La situazione attuale

L'acquisizione delle diverse professionalità ha risentito, come in molte altre realtà regionali, dei vincoli imposti dalla normativa nazionale a contenimento degli squilibri economici del settore, vincoli che hanno prodotto in Sardegna un diffuso ricorso a personale a tempo determinato, interinale e precario; l'allocazione del personale fra i diversi servizi e sul territorio è stata definita sulla base di valutazioni soggettive spesso non coerenti con il reale fabbisogno di assistenza; la formazione, sviluppata organicamente solo in poche aziende sanitarie, è stata spesso delegata all'iniziativa dei singoli professionisti e delle loro organizzazioni.

In tale situazione, l'assistenza assicurata alla popolazione sarda appare in gran parte frutto del senso di responsabilità e dello spirito di servizio ampiamente diffuso fra gli operatori della sanità pubblica, grazie ai quali il sistema ha colmato le gravi carenze di indirizzo e di programmazione.

Con riguardo alla valorizzazione delle risorse umane, il presente Piano propone due azioni prioritarie: la realizzazione di un progetto regionale per la *formazione* degli operatori del settore e la definizione di politiche del personale volte a superare la provvisorietà delle dotazioni organiche, gli

sbilanciamenti nella struttura del personale e le incoerenze nell'utilizzo delle diverse figure professionali.

Politica del personale significa, in primo luogo, riqualificazione di quei profili professionali che più di altri sono investiti dalla domanda di cambiamento, favorendone una visione in termini di opportunità, ovvero come occasione di sviluppo di nuovi saperi, competenze, abilità, più che come gravoso impegno da rimandare.

La politica del personale deve tradursi, ed in quanto tale essere riconoscibile dagli operatori, in migliori condizioni di lavoro, in maggiore efficacia delle azioni, in più proficue relazioni interne e con gli utenti, in un più diffuso spirito di appartenenza al servizio sanitario regionale.

Specifica attenzione va posta alle esigenze di umanizzazione dei servizi alla salute sostenendo la formazione degli operatori e garantendo il supporto psicologico ai pazienti, in particolare ai bambini ed ai loro familiari a partire dai presidi ospedalieri e sostenendo il personale sanitario sottoposto a particolari fattori di stress.

Umanizzazione

La gestione del personale

Il conseguimento degli obiettivi prefissati dal Piano è strettamente connesso a una corretta politica delle risorse umane basata, tra l'altro, su una chiara individuazione dei fabbisogni del personale operante nelle diverse strutture.

Le ultime piante organiche delle Aziende sanitarie, approvate tenendo conto dei carichi di lavoro e nel rispetto degli standard stabiliti dalla Regione, risalgono al 1997. La consistenza complessiva al 1997 era pari a 22.690 unità di personale.

Le piante organiche

Le dotazioni organiche attualmente in vigore sono quelle definite in applicazione della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, la quale stabiliva che, nelle more della ridefinizione delle nuove dotazioni, le stesse dovevano essere provvisoriamente rideterminate in misura pari ai posti coperti alla data del 31 dicembre 2002.

La consistenza complessiva delle dotazioni organiche delle Aziende sanitarie, aggiornata al 1° gennaio 2005, è pari a 22.389 unità, sostanzialmente analoga a quella delle piante organiche del 1997, salvo un significativo incremento del personale del comparto appartenente al ruolo sanitario e un sensibile ridimensionamento di quello appartenente al ruolo tecnico.

<i>Dotazioni organiche al 1° gennaio 2005</i>	
Medici	4.086
Veterinari	408
Personale sanitario non medico	582
Tecnici/profess./amministrativi	147
<i>totale dirigenza</i>	<i>5.223</i>
Ruolo sanitario	10.615
Ruolo tecnico	4.412
Ruolo professionale	31
Ruolo amministrativo	2.108
<i>totale comparto</i>	<i>17.166</i>
<i>totale generale</i>	<i>22.389</i>

Rispetto alla situazione nazionale, la dotazione organica della Sardegna appare lievemente superiore (anche a causa del diverso mix pubblico-privato), con un eccesso di personale medico e una carenza di quello sanitario non dirigenziale.

Obiettivo strategico del Piano è la *ridefinizione delle dotazioni organiche* di ciascuna Azienda sanitaria. A tal fine, la Regione definisce linee guida, nel rispetto delle prescrizioni contenute nella Legge n. 289 del 2002, tenendo conto della riorganizzazione delle attività e dei servizi derivante dall'attuazione del presente Piano, dei programmi di sviluppo dell'attività, dei limiti di spesa imposti dalle leggi vigenti e dal patto di stabilità. Le linee guida prevedono criteri per l'attuazione della mobilità del personale eventualmente in esubero.

La ridefinizione delle dotazioni organiche dà piena applicazione alla Legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni e integrazioni, valorizzando e responsabilizzando le funzioni, anche di livello dirigenziale, e il ruolo delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie, tecniche della prevenzione e assistenti sociali. Al fine di favorire un'adeguata programmazione del fabbisogno formativo, il Piano promuove l'avvio, in collaborazione con gli ordini professionali e le organizzazioni sindacali e di categoria, di una ricognizione a livello regionale dell'offerta delle diverse figure professionali, degli attuali livelli occupazionali e delle prospettive di sviluppo, compresa la verifica delle opportunità di lavoro nell'Isola dei tanti sardi che aspirano a rientrare nella loro regione.

Le professioni sanitarie

Una volta approvate le dotazioni organiche, nel rispetto delle norme del settore e fatta salva l'autonomia di ciascuna Azienda in ordine alla

Criteri per la gestione delle risorse umane

organizzazione del personale, nella gestione delle risorse umane sono osservati i seguenti criteri:

- perseguimento delle pari opportunità;
- reclutamento del personale attraverso procedure concorsuali e di mobilità;
- ricorso a forme di lavoro flessibile solo in casi eccezionali e nel rispetto delle norme vigenti (anche al fine di dare stabilità ai rapporti di lavoro, soprattutto per attività delicate e di alta specialità);
- collocazione di ciascun operatore nell'area di competenza e nel rispetto del profilo di appartenenza, al fine di valorizzarne le specifiche capacità e migliorare i servizi rivolti all'utenza;
- rafforzamento del senso di appartenenza del personale e aumento della motivazione;
- formulazione di piani aziendali di formazione finalizzati al conseguimento degli obiettivi di riqualificazione e aggiornamento professionale;
- coinvolgimento del personale in un percorso di progressiva umanizzazione del rapporto paziente-professionista.

Nel rispetto di tali criteri, le Aziende favoriscono - ove possibile - l'avvicinamento del personale alla propria residenza.

La formazione

In un contesto di continuo progresso scientifico, tecnologico e organizzativo la formazione, intesa sia come formazione permanente del personale sanitario e amministrativo sia come formazione di accompagnamento ai processi di sviluppo organizzativo delle Aziende sanitarie, assume un valore determinante per diffondere e radicare la cultura della tutela della salute e per garantire un'offerta di servizi sanitari efficaci e appropriati.

La formazione, leva strategica delle politiche per il personale e del cambiamento organizzativo, va programmata e progettata in stretta relazione con le politiche sanitarie di cui è strumento fondamentale e condizione indispensabile per la realizzazione dei programmi che i diversi attori del Piano dovranno realizzare.

La formazione genera sviluppo ed esce da una visione settoriale fortemente connotata dall'acquisizione di conoscenze tecniche. Non è solo un adempimento a obblighi previsti dalla normativa di settore, ma è un'opportunità e uno strumento di crescita: la formazione deve intervenire a diversi livelli, da quello scientifico a quello della programmazione condivisa degli interventi, dall'approfondimento dei saperi tecnici all'acquisizione di metodologie, per una progettazione di ampio respiro delle attività.

La formazione come funzione strategica si pone l'obiettivo di sviluppare:

Obiettivi

- le competenze individuali, intese come intreccio di conoscenze, capacità e comportamenti;
- l'organizzazione sanitaria nel suo complesso, in termini di efficienza delle prestazioni e qualità dei servizi e di risultati raggiunti nel miglioramento della salute dei cittadini;
- la comunità nel suo complesso e su due aspetti fondamentali: la consapevolezza dei propri diritti da parte dei cittadini; la capacità dei diversi attori, istituzionali e non, che si integrano e progettano insieme lo sviluppo del territorio anche sul versante dei servizi sanitari e sociali.

Fare formazione significa operare attraverso diverse fasi, non necessariamente sequenziali ma spesso da integrare con metodologie attive di apprendimento organizzativo:

- analizzare le esigenze di sviluppo professionale degli operatori in relazione agli scenari che nella società e nel mondo scientifico vanno delineandosi. Ciò comprende la rilevazione dei bisogni di salute della popolazione, l'analisi dei bisogni organizzativi delle politiche regionali e aziendali, l'analisi dei bisogni formativi del personale;
- progettare una pluralità di interventi finalizzati all'aggiornamento sistematico delle conoscenze, allo sviluppo dinamico di competenze complesse (tecniche e organizzative) e allo sviluppo delle attitudini e delle potenzialità;
- realizzare diverse tipologie di attività, utilizzando metodologie didattiche volte a favorire l'apprendimento individuale e organizzativo, che rendano gli operatori protagonisti attivi e responsabili del proprio percorso formativo;
- monitorare le fasi di realizzazione delle attività e verificarne i risultati in termini di apprendimento individuale, apprendimento organizzativo, efficacia e impatto. Ciò implica, nella fase di progettazione, una chiara definizione degli obiettivi, degli oggetti da misurare, degli indicatori e standard di riferimento predefiniti su cui valutare gli scostamenti e rispetto ai quali ridefinire le azioni formative in un processo dinamico e virtuoso.

I recenti accordi siglati tra la Regione e le Università di Cagliari e Sassari offrono nuovi spazi di collaborazione nel campo della integrazione tra didattica, ricerca e formazione continua degli operatori del Servizio Sanitario. Ripensare insieme la formazione, valorizzando l'apporto di ciascun attore, significa innescare quel processo diffuso che è alla base di una politica formativa efficace.

Nel rispetto dei rispettivi ruoli, il Servizio sanitario regionale si propone di:

**Ripensare la
formazione insieme
alle Università**

- promuovere la continuità del percorso formativo (formazione pre-laurea, formazione specialistica e di medicina generale, formazione alla ricerca, formazione continua)
- far convergere le azioni formative di tutti i protagonisti, evitando sovrapposizioni e competizioni, nel rispetto dei ruoli e nella massima valorizzazione delle sinergie;
- analizzare insieme all'Università i bisogni formativi, sul piano sia qualitativo sia quantitativo, favorendo il coinvolgimento non solo delle facoltà di area sanitaria, ma dell'intero sistema di offerta universitaria;
- migliorare la programmazione del fabbisogno di nuovi specialisti anche tenuto conto delle esigenze della popolazione.

Il perseguimento degli obiettivi di salute richiede l'acquisizione di conoscenze di argomenti anche relativi alla sanità pubblica e al management, ai fattori ambientali, sociali, economici e culturali che influenzano la salute, alla bioetica, all'educazione alla salute.

L'umanizzazione dei servizi, principio ispiratore del presente Piano, si realizza anche attraverso l'ampliamento delle competenze psicologiche e relazionali degli operatori; a tale obiettivo devono concorrere le politiche formative regionali.

La Giunta regionale istituisce la *Commissione regionale per la formazione sanitaria*, quale suo organismo di supporto per la definizione delle linee di indirizzo sulle attività formative, con le seguenti funzioni:

Commissione regionale per la formazione

- individuare le linee guida per realizzare piani formativi coerenti con le politiche regionali
- dare impulso alla creazione di una rete regionale di uffici aziendali dedicati alla formazione;
- determinare il fabbisogno formativo;
- individuare gli obiettivi di formazione a carattere regionale;
- definire le linee guida metodologiche per la formazione permanente;
- individuare il sistema di valutazione degli interventi di formazione;
- coordinare gli interventi di formazione sulle innovazioni organizzative di sistema (es. formazione manageriale);
- attivare il sistema ECM regionale;
- attivare uffici di staff presso le direzioni generali delle aziende sanitarie con un organico dedicato e con definite responsabilità operative;
- creare momenti di raccordo e di scambio con qualificate esperienze di formazione nazionali e internazionali.

A tal fine la Commissione regionale per la formazione sanitaria può avvalersi del supporto tecnico-scientifico dell'Agenzia regionale della Sanità che, ai sensi del comma 2 dell'articolo 22 della legge regionale n. 10 del 2006, ha compiti di valutazione del fabbisogno formativo.

In attuazione del comma 6 dell'articolo 1 della legge regionale n. 10 del 2006, al fine di promuovere le competenze professionali e la partecipazione degli operatori ai processi decisionali in tema di formazione, è istituita una Consulta regionale per la formazione in sanità composta da rappresentanti designati dagli Ordini, dai Collegi e dalle Associazioni professionali.

Consulta regionale

La Consulta regionale svolge le seguenti funzioni:

- rappresentare le esigenze formative delle categorie del ruolo sanitario;
- esprimere suggerimenti e valutazioni in ordine al complesso delle attività formative realizzate.

Nelle Aziende Sanitarie la formazione deve diventare un processo organico, capace di offrire pari opportunità di sviluppo a tutto il personale del sistema sanitario regionale.

Gli staff, dotati di personale qualificato e motivato, dovranno nelle singole aziende e in forte raccordo con l'Assessorato impegnarsi prioritariamente all'attività programmatica, evitando iniziative episodiche o sporadiche, integrandosi con altre iniziative di cambiamento organizzativo, stimolando processi di comunicazione interna e esterna. All'interno della pianificazione formativa è necessario prevedere il coinvolgimento degli operatori sanitari, delle organizzazioni sindacali e di tutti coloro che in ambito sanitario sono espressione di legittimi interessi.

Le aziende sanitarie dedicheranno particolare attenzione ai seguenti ambiti d'intervento formativo di rilevanza regionale:

Ambiti prioritari di intervento

- sviluppo della cultura manageriale, in particolare per i dirigenti delle Unità Operative,
- appropriatezza delle cure e della assistenza,
- medicina, prevenzione e assistenza sanitaria basate sulle prove di efficacia (*Evidence Based Medicine, Prevention e health care*),
- metodologie e strumenti per l'integrazione interprofessionale e sociosanitaria,
- comunicazione e relazione interpersonale fra cittadino e operatore sanitario.

L'Assessorato dell'Igiene e sanità e dell'Assistenza sociale della Regione sarà impegnato in un'articolata azione formativa rivolta al personale interno, finalizzata a sostenere l'azione di cambiamento promossa dal Piano offrendo

nuovi strumenti e forte identità di ruolo a chi dovrà governarne la sua complessa realizzazione.

L'Assessorato promuoverà inoltre un innovativo progetto volto a valorizzare, nei Distretti, le capacità di programmazione integrata per la realizzazione di servizi alla comunità.

2. IL GOVERNO ECONOMICO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Il "governo economico" del Servizio Sanitario Regionale è, assieme al "governo clinico", uno degli strumenti che il Piano si propone di promuovere e adottare al fine di perseguire nel medio periodo il rafforzamento del sistema pubblico di tutela della salute ed il miglioramento dei livelli di soddisfazione da parte di tutti i cittadini.

Il risanamento della finanza sanitaria si inserisce in un contesto di finanza pubblica regionale particolarmente pesante, caratterizzato da un forte indebitamento, cresciuto di 6 volte dal 2001 al 2003 e pari a circa 2,2 miliardi (che corrispondono a circa il 53% delle entrate correnti). Il ricorso al credito, che è stato configurato negli ultimi anni come l'unica via percorribile in una situazione caratterizzata da sempre più ridotte risorse finanziarie, ha provocato estrema rigidità nel bilancio, limitando fortemente la programmazione delle risorse a disposizione.

La gravità della situazione della finanza regionale impone come obiettivo prioritario il perseguimento di una politica di risanamento finanziario, alla quale anche il comparto sanitario deve concorrere.

Tenuto conto di tale contesto generale, il Piano Sanitario dedica particolare attenzione a:

- a. l'analisi della situazione economico-finanziaria nell'ultimo triennio, con specifico riferimento alle voci di spesa e alle funzioni assistenziali presumibilmente responsabili dei disavanzi registrati nel recente periodo,
- b. lo scenario per l'anno 2005 e per il triennio 2006-2008 di validità del Piano, sulla base delle informazioni disponibili al momento della stesura del presente documento.

2.1. La situazione economico-finanziaria al 31 dicembre 2005

La situazione economico-finanziaria della Sanità si inserisce anch'essa nel quadro complessivo regionale di forte indebitamento che necessita di un energico, anche se graduale, intervento di risanamento.

Si fornisce di seguito un'analisi della gestione economico finanziaria al 31 dicembre 2005 in relazione al disavanzo maturato negli ultimi anni, alla spesa per macro livelli assistenziali e alla scomposizione della spesa per singole voci di costo.

Una gestione da riequilibrare

La gestione economico-finanziaria del Servizio Sanitario Regionale dell'ultimo quadriennio presenta rilevanti perdite nette di esercizio:

- 2002: € 256.651.384
- 2003: € 148.578.338
- 2004: € 261.430.287
- 2005: € 293.330.000 (comprensivi degli oneri per i rinnovi contrattuali relativi ai bienni 2002-2003 e 2004-2005 per un ammontare pari a 145 milioni per sopravvenienze passive e accantonamenti oltre a circa 20 milioni in competenza del 2005).

Un triennio di rilevanti disavanzi

Le perdite sopra indicate sono state calcolate secondo le convenzioni adottate dai Ministeri dell'Economia e della Salute, ovvero senza comprendere gli ammortamenti (perdite nette). Esse divergono quindi, in parte, dai risultati finali del consolidato dei bilanci delle aziende sanitarie regionali (che sono costruiti con riferimento alle perdite lorde).

Le perdite sono calcolate considerando tra i ricavi l'integrazione statale ai sensi dell'accordo sottoscritto l'8 agosto 2001, in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, anche se non ancora erogata da parte dello Stato e subordinata al rispetto delle condizioni previste dallo stesso accordo.

Nel complesso, la situazione economico-finanziaria del Servizio Sanitario Regionale appare così sintetizzabile:

- nel corso dell'ultimo triennio la Sardegna ha registrato disavanzi di entità piuttosto rilevanti, più volte sottolineati anche dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia, tali da richiedere un rigoroso programma di rientro dagli eccessi di spesa e di riqualificazione del servizio;
- in particolare, il disavanzo relativo al 2005 è superiore al 7% del fabbisogno, soglia, indicata dall'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, sopra la quale è necessaria la stipula di un accordo con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico. L'accordo è anche presupposto per il recupero di oltre 71 milioni di euro relativi al 2001, a suo tempo non erogati alla Regione Sardegna in quanto considerata inadempiente.

L'analisi per macro-livelli assistenziali

L'analisi dei dati di spesa per i tre macro-livelli di assistenza (assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) fornisce alcune prime indicazioni circa i settori verosimilmente responsabili dell'eccesso di spesa rispetto al fabbisogno stimato a livello centrale per la regione Sardegna.

Chi è responsabile dei disavanzi?

L'analisi non appare di immediata comprensione perché le metodologie e le convenzioni adottate per la rilevazione dei costi e dei ricavi per i singoli macro-livelli di assistenza differiscono da quelle adottate per la predisposizione dei bilanci delle aziende sanitarie. In particolare, alcune voci di finanziamento (registrate fra le entrate nel bilancio delle aziende sanitarie) non sono direttamente rilevate e/o attribuite ai singoli macro-livelli di assistenza; si fa riferimento a una serie di finanziamenti integrativi statali e regionali (fondi vincolati per il PSN, indennità abbattimento animali infetti, fibrosi cistica, ecc.), al contributo regionale per la vigilanza delle guardie mediche, alle maggiori entrate dirette delle aziende sanitarie rispetto a quelle considerate convenzionalmente.

Va inoltre ricordato che i dati relativi ai costi di produzione dei diversi livelli di assistenza appaiono suscettibili di ulteriori miglioramenti (stante le difficoltà di attribuzione corretta di alcune voci di costo).

Pur con le dovute cautele, i dati forniscono utili indicazioni circa il contributo dei tre livelli di assistenza (all'eccesso di spesa).

Il ruolo dell'assistenza farmaceutica nella formazione dei disavanzi

Senza entrare nel merito delle singole rilevazioni e con i limiti delle metodologie adottate, l'analisi dei costi per macro-livelli di assistenza consente di formulare le seguenti valutazioni di carattere generale:

- *l'assistenza farmaceutica* sembra la voce di spesa più pesantemente responsabile del disavanzo del settore sanitario, presentando costi di superiori di circa un terzo rispetto al fabbisogno stimato dal livello nazionale; il dato conferma l'urgenza di interventi di controllo e contenimento della spesa per farmaci, anche in relazione agli adempimenti il cui rispetto condiziona l'erogazione dei finanziamenti integrativi da parte dello Stato;
- se si esclude l'assistenza farmaceutica, *l'attività distrettuale* appare sottodimensionata rispetto alla stima del livello nazionale e pertanto meritevole di riqualificazione e potenziamento;
- *l'assistenza ospedaliera* presenta costi di produzione maggiori di circa il 10% rispetto al fabbisogno stimato a livello nazionale che derivano da un tasso di ospedalizzazione e da una capacità produttiva molto superiore agli standard nazionali; il dato conferma l'esigenza di una politica di graduale riorientamento dell'assistenza che preveda un più appropriato

utilizzo dell'ospedale, attraverso il potenziamento dei ricoveri diurni, dell'assistenza domiciliare e ambulatoriale;

- *l'assistenza collettiva* (prevenzione) si conferma un settore in grado di assorbire, in Sardegna, una quantità di risorse superiore a quelle medie nazionali, soprattutto in ragione dello sviluppo delle attività a tutela della sanità animale.

L'analisi per voci di costo

L'analisi dell'andamento nel 2005 dei costi netti della gestione ordinaria (al netto degli ammortamenti), confrontato con quello registrato a livello nazionale, evidenzia una crescita complessiva rispetto al consuntivo 2004 del 7,4% a fronte di un aumento medio nazionale dell'8,1%.

L'analisi della composizione della spesa rispetto alla media nazionale evidenzia scostamenti significativi, in parte giustificati dalla diversa articolazione della struttura dell'offerta, ovvero dalla minore presenza di soggetti erogatori privati per l'assistenza specialistica e, in particolar modo, dell'assistenza ospedaliera.

In particolare, in termini di incidenza percentuale sul totale regionale rispetto alla media nazionale, si osserva:

- una maggiore spesa per il personale e per l'acquisto di beni e servizi;
- una maggiore spesa per l'assistenza farmaceutica;
- una minore spesa per l'acquisto di "altri servizi sanitari", voce residuale che comprende in particolare le prestazioni sociosanitarie, da potenziare.

2.2. Lo scenario del triennio di piano 2006-2008

La finanza del settore sanitario appare profondamente condizionata dal recente andamento delle entrate e delle uscite, causa di consistenti disavanzi e responsabile di pesanti interventi di ripiano a carico del bilancio regionale.

La normativa nazionale, l'intesa della Conferenza Stato-Regioni per il triennio 2005-2007 e il nuovo patto nazionale per la salute 2007-2009 impongono - anche in relazione agli impegni presi dal nostro Paese con l'Unione Europea - un percorso di risanamento del settore sanitario, pena la perdita di margini di autonomia nella definizione della politica sanitaria regionale.

In tale contesto, appare non ulteriormente procrastinabile un piano volto al perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario dell'intero settore, da realizzare in concomitanza con il piano di riordino e ammodernamento della

sanità di cui al presente documento, grazie alle politiche di riallocazione delle risorse e di contenimento delle duplicazioni e delle inefficienze.

A tal fine sono valutati, con riguardo al triennio 2006-2008 di validità del presente Piano, i fabbisogni finanziari per il servizio sanitario regionale e i costi di produzione per macro aree di assistenza. Sono quindi delineati gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico.

Le risorse definite a livello nazionale

Il fabbisogno finanziario per il 2006 per il Servizio Sanitario Regionale è stato definito in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome in occasione del provvedimento cosiddetto di "riparto" delle disponibilità finanziarie destinate al SSN, del 23 marzo 2005.

Il fabbisogno tiene conto, oltre che delle necessità per i livelli essenziali di assistenza (Lea), anche delle assegnazioni vincolate non previste in detta intesa (per il perseguimento degli obiettivi del PSN, più altre assegnazioni minori) stimate sulla base di quelle degli anni precedenti.

Per i successivi anni di vigenza del presente Piano Sanitario, le risorse disponibili sono state determinate con i seguenti criteri:

- il fabbisogno lordo indistinto (destinato ai livelli essenziali di assistenza) è stato stimato in base agli stanziamenti previsti nel disegno di legge finanziaria 2007;
- le entrate proprie delle Aziende sanitarie sono state stimate con un incremento annuo del 5% circa;
- il saldo della mobilità è stato considerato, a decorrere dal 2007, in tendenziale decremento del 4% per il 2007 e del 5% per il 2008, tenuto conto dell'obiettivo di ridurre la mobilità passiva, a partire da quella non giustificata dalla carenza di specialità;
- i contributi vincolati (per gli obiettivi del PSN, ecc.) sono stati stimati costanti.

Il fabbisogno per il Servizio Sanitario Regionale - milioni di euro				
	2005	2006	2007	2008
fabbisogno lordo indistinto	2.357	2.436	2.573	2.653
+ somme vincolate	7	16	16	16
+ contributi vincolati	40	40	40	40
+ finanziamento regionale	15	15	15	15
fabbisogno lordo totale	<i>2.419</i>	<i>2.507</i>	<i>2.644</i>	<i>2.724</i>
- entrate proprie	- 60	- 63	- 66	- 69
- saldo mobilità	- 52	- 52	- 50	- 48
fabbisogno netto indistinto	2.307	2.392	2.528	2.604

A tali somme occorre aggiungere quelle definite a livello regionale a copertura del disavanzo.

La manovra di contenimento dei costi per il perseguimento dell'equilibrio economico

La situazione di disequilibrio della gestione del Servizio Sanitario Regionale evidenziata richiede l'avvio di una manovra triennale, in coerenza con le disposizioni dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, del nuovo patto nazionale sulla salute 2007-2009 e del disegno di legge finanziaria 2007. In particolare la manovra triennale dovrà essere recepita in apposito accordo tra i Ministeri dell'Economia e della Salute e la Regione Sardegna e riguarderà il triennio 2007-2009.

Nella seguente tabella (in milioni di euro) è presentata una prima previsione di andamento dei costi per macro aree assistenziali, che dovrà essere successivamente adeguata in base alle risultanze dei bilanci 2006 e del modello di rilevazione sui livelli assistenziali (mod. LA) relativo a tale anno.

Stima costi per macro aree di assistenza 2005-2008 (milioni di euro)

	2005	2006	2007		2008
			v.a.	%	
Assistenza collettiva	152	155	155	5,7	156
Assistenza distrettuale	1.230	1.258	1.297	47	1.336
di cui: ass. farmaceutica	373	383	371	14,31	365
saldo mobilità extraregionale	7	7	7		6
altra assist. distrettuale	849	866	919		965
Assistenza ospedaliera	1.243	1.263	1.277	45	1.291
di cui: saldo mobilità extraregionale	45	45	43		42
Totale fabbisogno lordo	2.625	2.676	2.727	100	2.786

La tabella analizza le tre macro-aree assistenziali scorporando alcune voci che richiedono interventi particolari:

- l'assistenza farmaceutica, per la quale, in base all'accordo in fase di stipula con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, si prevede il rientro nella percentuale stabilita a livello nazionale (13%) nel 2009;
- gli oneri connessi alla mobilità sanitaria, sia territoriale che ospedaliera, che si prevedono in tendenziale riduzione del 5% nel 2007 e del 6% nel 2008.

La tabella parte dai dati rilevati con il modello LA (Livelli di Assistenza), relativo al 2005, e proietta i costi nel triennio di vigenza del Piano Sanitario 2006-2008.

In base al piano triennale in fase di concordamento con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze, l'obiettivo dell'equilibrio della gestione è raggiunto nel 2009.

La riconduzione della spesa per l'assistenza farmaceutica nei limiti previsti dalla normativa nazionale richiede lo sviluppo di un apposito *Piano Regionale per il Farmaco* (di cui al successivo paragrafo).

La riconduzione della spesa per l'assistenza ospedaliera nei limiti del fabbisogno determinato a livello nazionale richiede:

- la graduale riduzione del tasso di ospedalizzazione nello standard definito a livello nazionale in 180 ricoveri per mille abitanti;
- il blocco sostanziale della spesa per l'assistenza erogata dai soggetti privati accreditati, agendo sia sugli accordi contrattuali che sul controllo della appropriatezza dei ricoveri;

- il recupero graduale della mobilità passiva, ad iniziare da quella che deriva da prestazioni di bassa e medio bassa specializzazione, che possono essere assicurate nel territorio regionale;
- il riordino della rete ospedaliera, con la parziale riduzione dei posti letto per acuti e la più sostanziale trasformazione in posti letto post-acuzie.

Accanto a tali azioni è necessario avviare una politica di riqualificazione della spesa per il personale e per l'acquisto di beni e servizi, possibile in parte con il riordino della rete ospedaliera ma che richiede una più generale politica di controllo dell'evoluzione dei costi di tali fattori.

L'obiettivo di riqualificazione delle *politiche di acquisizione di beni e servizi* delle Aziende Sanitarie della Sardegna costituisce presupposto indispensabile per l'ottimizzazione delle risorse disponibili. A fronte di un'attuale diffusa frammentazione degli acquisti, non sempre programmati con il supporto di un'adeguata struttura tecnica, la Regione si propone di promuovere l'avvio di un percorso improntato allo sviluppo di forme di collaborazione fra le aziende sanitarie, attraverso la condivisione delle procedure, il coordinamento delle attività e l'integrazione delle professionalità disponibili nelle singole aziende. Costituiscono obiettivi rilevanti per l'avvio del percorso di riqualificazione delle politiche degli acquisti:

- la diffusione di forme di cooperazione interaziendale;
- il raggiungimento di più elevati livelli di specializzazione nelle diverse tipologie di acquisti;
- l'adozione di strategie tese a conciliare il criterio del minor prezzo con quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa, salvaguardando la qualità degli approvvigionamenti;
- la realizzazione di economie di scala attraverso una più efficace programmazione degli acquisti;
- la formazione del personale, la condivisione dei principi della buona amministrazione, il rispetto di una adeguata rotazione del personale responsabile degli acquisti, lo sviluppo della cultura del confronto e dell'osservazione delle procedure, dei prezzi, delle condizioni contrattuali.

L'assistenza farmaceutica

Il presente Piano riserva particolare attenzione all'assistenza farmaceutica, il cui ruolo in termini di tutela della salute e di uso corretto delle risorse assume in Sardegna specifico rilievo.

L'obiettivo di riqualificazione dell'assistenza farmaceutica è perseguito attraverso azioni volte a favorire il buon uso del farmaco, a promuovere

Riqualificare l'assistenza farmaceutica

l'accesso a particolari terapie farmacologiche, a contenere lo sfondamento del tetto di spesa previsto dalla normativa nazionale.

A tal fine, anche con il supporto della Commissione Tecnica per l'Assistenza Farmaceutica, la Regione predispone il *Piano Regionale per il Farmaco* con l'obiettivo di garantire il progressivo miglioramento dell'assistenza farmaceutica e il riallineamento - nel triennio di validità del Piano Sanitario Regionale - della posizione della Sardegna rispetto ai parametri di spesa definiti in sede nazionale.

Il piano di interventi, da realizzare coinvolgendo direttamente le aziende sanitarie, prevede azioni nei seguenti ambiti:

Piano Regionale per il Farmaco

- analisi della spesa e del consumo di farmaci, anche avvalendosi della collaborazione di soggetti istituzionalmente deputati alla raccolta e alla elaborazione dei dati di consumo;
- modalità di monitoraggio e reporting del consumo di farmaci, anche prevedendo il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- politiche di acquisto dei farmaci e dei presidi sanitari, anche attraverso la predisposizione di schemi tipo di bandi di gara, la sperimentazione di unioni di acquisto, la centralizzazione dei magazzini, il riuso del materiale protesico, l'acquisto di medicinali a brevetto scaduto;
- modalità di distribuzione dei farmaci e dei presidi sanitari a doppia via di distribuzione, con l'obiettivo di estendere la distribuzione diretta tramite le strutture pubbliche e/o le farmacie pubbliche e private;
- appropriatezza delle modalità prescrittive, con particolare riferimento alle terapie raccomandate in sede di dimissione ospedaliera, all'uso dei generici, all'impiego dei farmaci più significativi ai fini della spesa complessiva e delle patologie più diffuse;
- promozione di sistemi di segnalazione delle reazioni avverse da farmaci;
- revisione e aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Ospedaliero Regionale;
- regolamentazione dell'informazione medico-scientifica e diffusione dei concetti di base di farmacoeconomia;
- strumenti di sensibilizzazione al buon uso del farmaco, anche attraverso il coinvolgimento dei mezzi di informazione;
- definizione di sistemi volti a favorire una maggiore consapevolezza del costo delle terapie farmacologiche, nel rispetto del principio della gratuità delle prestazioni per i soggetti appartenenti a nuclei familiari economicamente deboli;
- revisione, sulla base della normativa vigente, della rete regionale dei centri di riferimento autorizzati alla prescrizione e distribuzione delle specialità medicinali soggette a particolari restrizioni;

- effettiva garanzia dei trattamenti farmacologici contro il “dolore severo”, in particolare per i pazienti affetti da patologie neoplastiche e degenerative;
- garanzia della disponibilità di farmaci orfani sull’intero territorio regionale, anche attraverso accordi con lo Stabilimento Chimico - Farmaceutico Militare di Firenze;
- sviluppo di programmi di informazione regionale sui benefici e sui rischi di specifiche categorie di farmaci a medici e cittadini.

In linea con il protocollo di intesa stipulato il 28 luglio 2006 presso il Ministero della Salute, la farmacia costituisce un presidio sanitario fondamentale pienamente integrato nel Servizio Sanitario Nazionale, delegato dallo Stato all'erogazione dell'assistenza farmaceutica e attivo quale riferimento per il cittadino in caso di bisogno assistenziale. Anche in ragione della loro presenza capillare sul territorio, le farmacie contribuiscono a garantire il diritto fondamentale alla tutela della salute e si inseriscono dunque nell'azione di intervento sanitario in ambito territoriale, ancor più in ragione delle peculiari caratteristiche orografiche della nostra regione.

2.3. I grandi obiettivi di piano per gli investimenti tecnologici e strutturali

Nel corso dell'ultimo decennio, la Sardegna ha avviato una serie di investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico, principalmente finanziati attraverso le risorse statali di cui all'articolo 20 della Legge n. 67 del 1988, per un ammontare complessivo di risorse alquanto consistente, ma con risultati di gran lunga insoddisfacenti.

Storiche carenze nella programmazione degli investimenti

Il patrimonio strutturale e tecnologico disponibile presenta infatti gravi carenze: è ancora inadeguato sotto il profilo della sicurezza e della messa a norma delle strutture e degli impianti; appare in gran parte obsoleto rispetto ai più moderni standard di qualità dell'assistenza; risulta lacunoso quanto a tecnologie disponibili e richiede continui e costosi interventi di ristrutturazione e manutenzione.

L'esperienza di programmazione degli investimenti della Regione Sardegna mostra numerose criticità.

Le proposte, sottoposte al Ministero della Salute per il finanziamento, hanno fortemente risentito di un'eccessiva frammentarietà degli interventi, a conferma della generale insufficienza del momento programmatico, su scala regionale ed aziendale che hanno condotto a scelte per lo più fondate su esigenze contingenti e transitorie, cui hanno fatto seguito continue

varianti degli interventi che hanno condotto ad un'attuazione lenta, mutevole, disorganica e costosa.

In Sardegna, gli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie sono stati definiti in occasione di una serie di momenti decisionali corrispondenti alle fasi di realizzazione del programma nazionale ex articolo 20 della Legge n. 67 del 1988 ed hanno potuto contare su un ammontare complessivo di risorse relativamente consistente.

La prima fase (avviata nel 1996, in attuazione all'articolo 20 della Legge n. 67 del 1988) ha potuto contare sulla disponibilità complessiva di € 168.507.382 (95% di provenienza statale e 5% di provenienza regionale), allocati per l'81% in interventi di ristrutturazione edilizia, adeguamento e messa a norma, per il 18% in interventi di ammodernamento tecnologico e per l'1% per la realizzazione di una Residenza Sanitaria Assistenziale.

Ad oggi il monitoraggio di tale spesa evidenzia un grado di realizzazione del programma in termini di capacità di spesa pressoché totale. Non disponendo di adeguati strumenti di monitoraggio delle realizzazioni, si prevede l'attivazione di iniziative di verifica della situazione in essere.

La prima fase del programma ex art. 20, L. 67/88

La seconda fase del programma pluriennale di investimenti (avviata nel 1998, sempre in attuazione dell'articolo 20 della Legge n. 67 del 1988) ha previsto innanzitutto interventi per la sicurezza e la messa a norma degli impianti. Le risorse complessivamente disponibili, pari a € 11.620.055, sono state ripartite fra 11 progetti riguardanti 6 presidi ospedalieri e un poliambulatorio.

La seconda fase del programma ex art. 20, L. 67/88

La seconda fase è proseguita con gli interventi inclusi nell'Accordo di programma, siglato tra la Regione e il Ministero della Sanità nel marzo del 2001, che ha allocato complessivamente risorse per ben € 352.572.302 (95% di provenienza statale e 5% di provenienza regionale). L'Accordo di Programma destina le risorse come segue:

- 77% per interventi in edilizia sanitaria finalizzati alla ristrutturazione e alla messa a norma delle strutture, ospedaliere e territoriali, e al potenziamento di queste ultime;
- 8% per la realizzazione di 12 RSA (per un totale di 860 pl);
- 15% per l'ammodernamento tecnologico.

Per quanto concerne il monitoraggio della spesa sugli interventi di *edilizia sanitaria*, ad oggi si dispone unicamente del dato relativo alla spesa sostenuta all'atto della delega dei singoli interventi effettuata dall'Assessorato dei Lavori Pubblici a vantaggio degli Enti appaltanti, vale a dire il 25% dell'intero finanziamento. Dal monitoraggio effettuato al 31 dicembre 2004 risulta che gran parte degli interventi previsti è stata ammessa a finanziamento da parte del Ministero della Salute ed è attualmente in corso la progettazione esecutiva e/o definitiva. Anche in

questo caso è in atto un rafforzamento della capacità di monitoraggio delle realizzazioni da parte dell'Amministrazione regionale.

Per quanto concerne il monitoraggio della spesa sugli interventi di *ammodernamento tecnologico*, si rileva che al 31 dicembre 2004 è stato speso il 63% dei fondi e tutti gli interventi previsti sono stati ammessi a finanziamento dal Ministero della Salute.

Un'ulteriore fase del programma di investimenti ex articolo 20 della Legge n. 67 del 1988, prevista dalla più recente Legge 28 dicembre 2000, n. 388, ha visto l'attribuzione alla regione Sardegna di risorse per complessivi € 11.751.617, da integrare con risorse regionali per un importo pari al 5% del totale.

Sempre con riferimento agli interventi nel campo dell'edilizia sanitaria e dell'ammodernamento tecnologico, sono tuttora in corso specifici programmi, finanziati con risorse a valere su leggi nazionali, dei quali si fornisce una sintesi:

Ulteriori specifici programmi in corso

- programma per il potenziamento della radioterapia (articolo 28 della Legge 23 dicembre 1999, n. 488) con un finanziamento complessivo pari a € 530.377,22 (95% fondi statali e 5% fondi regionali);
- programma per la realizzazione delle strutture per l'attività libero professionale (decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254) con un finanziamento complessivo pari a € 8.929.539,79 (95% fondi statali e 5% fondi regionali);
- programma di interventi per le cure palliative (decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito nella Legge 26 febbraio 1999, n. 39) con un finanziamento complessivo pari a € 3.204.775,08 destinato alla realizzazione di 3 hospice;
- programma straordinario per la riqualificazione dei grandi centri urbani (articolo 71 della Legge n. 448 del 1999) con un finanziamento complessivo pari a € 47.503.705,58 (50% circa fondi statali e 50% circa fondi regionali);
- programma per la realizzazione di strutture di assistenza ai malati di AIDS (Legge 5 giugno 1990, n. 135) con un finanziamento pari a € 25.140.648,39 per interventi in edilizia sanitaria e ad € 1.918.634,67 per interventi di ammodernamento tecnologico.

L'insieme dei programmi finanziati dal livello statale (e integrati con fondi regionali), confrontato con l'attuale situazione del patrimonio strutturale e tecnologico delle aziende sanitarie, rende evidente la mancanza di una visione strategica degli interventi, orientata più che a riqualificare l'offerta assistenziale a sostenere il settore dell'edilizia e delle attrezzature sanitarie.

Tenuto conto di tale situazione, la riqualificazione del patrimonio immobiliare sanitario pubblico e l'ammodernamento del parco tecnologico richiedono un nuovo approccio strategico.

Un nuovo approccio strategico

Si tratta di superare la dispersione di risorse finalizzandole da un lato alla messa in sicurezza ed al miglioramento della qualità funzionale delle strutture, dall'altro alla costruzione di nuovi ospedali. In secondo luogo si tratta di individuare un piano di ammodernamento tecnologico che consenta di rendere visibile il miglioramento della qualità dell'offerta sanitaria entro la vigenza del piano, tenendo presente la necessità di intervenire sulla mobilità passiva, per ciò che concerne l'alta diagnostica, la radioterapia oncologica e le tecnologie intraoperatorie.

Infine, in coerenza con i più moderni principi di programmazione sanitaria, va perseguita e sostenuta la realizzazione degli Ospedali di Comunità come modello innovativo per realizzare l'integrazione fra l'ospedale ed il territorio, a partire dai presidi di Thiesi ed Ittiri e la strutturazione di servizi di supporto a livello regionale per le attività sanitarie.

In tale prospettiva il presente Piano individua quattro grandi obiettivi di piano sulle infrastrutture sanitarie e tecnologiche:

Quattro grandi obiettivi di Piano

- 1) le nuove strutture ospedaliere,
- 2) l'avvio degli ospedali di comunità,
- 3) le strutture di supporto alle attività sanitarie,
- 4) il piano di ammodernamento tecnologico.

Tutte le risorse oggi disponibili, sia quelle derivanti dal programma straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della Legge n. 67 del 1988, rifinanziato con la Legge n. 388 del 2000, pari complessivamente a € 11.751.617, sia quelle recuperabili, attraverso opportune rifinalizzazioni, dai precedenti programmi o derivanti da economie (in via di rilevazione), saranno utilizzate prioritariamente per l'adeguamento progressivo del patrimonio edilizio agli standard in materia di requisiti minimi previsti dalla normativa nazionale, per il potenziamento delle strutture territoriali e per i grandi obiettivi di piano.

A tal fine sarà rimodulato, ove possibile, il programma degli interventi non ancora in corso di realizzazione e saranno individuate nuove risorse finanziarie.

Tenuto conto delle particolari carenze osservate nel settore della programmazione degli investimenti, la Regione avvia un programma di qualificazione del personale e di acquisizione di specifiche professionalità.

2.4. Le nuove strutture ospedaliere e sanitarie in Sardegna

Il bilancio degli ultimi anni dell'utilizzo dell'articolo 20 della Legge n. 67 del 1988 richiede un cambiamento della strategia negli investimenti nelle grandi strutture sanitarie in Sardegna.

Cambiare strategia degli investimenti sulle strutture ospedaliere

Si tratta di superare il modello di intervento sinora adottato, costituito da una miriade di ampliamenti, ristrutturazioni, manutenzioni più o meno straordinarie, spesso onerose e prive di effetti reali sulla rete dei servizi, valutando la possibilità di sostituire le strutture esistenti con nuove strutture costruite secondo i più moderni canoni dell'edilizia sanitaria, individuando priorità rispetto alla vetustà delle strutture esistenti, alla loro inadeguatezza e, soprattutto, alla programmazione sanitaria regionale.

L'ordine di priorità degli interventi di edilizia sanitaria è il seguente:

- a) il completamento di strutture ospedaliere considerate strategiche dalla programmazione regionale, la cui costruzione è stata già avviata;
- b) la costruzione di nuove strutture sanitarie, in alternativa a interventi di ristrutturazione, anche in parte già finanziati e avviati;
- c) l'aggregazione in un unico presidio ospedaliero di più strutture ospedaliere esistenti nella stessa città.

Nel triennio di validità del presente Piano, anche attraverso finanziamenti regionali, si prevede l'avvio di un Piano straordinario per le nuove strutture ospedaliere.

Piano straordinario per le nuove strutture ospedaliere

Rientra nella prima categoria di priorità il completamento dell'ospedale di Olbia attraverso il finanziamento straordinario previsto nella legge finanziaria regionale per il 2006.

Nella seconda tipologia di priorità rientrano gli ospedali di Sassari e San Gavino.

Per l'ospedale Santissima Annunziata di Sassari, per il quale era prevista la costruzione di una nuova ala, il Piano prevede la sostituzione totale delle strutture già esistenti con un nuova struttura da 450-480 pl, che sostituirà integralmente, nello stesso sito, l'ospedale attualmente esistente.

L'ospedale di San Gavino, già destinatario di un finanziamento per la ristrutturazione di parte dell'edificio, sarà interessato da un intervento di costruzione ex novo che, affiancato all'ala in via di costruzione, consentirà il completo rinnovamento strutturale del presidio.

Nella terza fattispecie rientrano il nuovo ospedale di Alghero e il nuovo ospedale di Cagliari.

Per Alghero si tratta di costruire un nuovo ospedale che, pur mantenendo le peculiarità delle due strutture attualmente esistenti, unifichi in un'unica sede la risposta sanitaria del territorio algherese e del sistema turistico correlato.

Il nuovo ospedale di Cagliari nasce dalla esigenza di **superare strutture che risultano inadeguate rispetto ai più moderni standard ospedalieri unificando l'attività in un'unica sede.**

Il Piano è condiviso con le comunità e le amministrazioni locali.

Ospedale	Tipologia di intervento
Olbia	Completamento
Sassari	Integrazione e nuova costruzione
San Gavino	Integrazione e nuova costruzione
Cagliari	Nuova costruzione
Alghero	Nuova costruzione

Tutti gli interventi devono prevedere l'utilizzo di tecnologie costruttive e di funzionamento con il massimo livello di ecocompatibilità. Particolare attenzione sarà rivolta alla ricerca del massimo risparmio energetico, anche attraverso l'utilizzo di fonti di energia rinnovabile.

Per ciò che concerne l'avvio degli ospedali di comunità, il Piano sanitario 2006-2008 prevede una prima sperimentazione nelle sedi di Ittiri e Thiesi.

Il finanziamento va previsto come programma straordinario dedicato all'interno della legge finanziaria e del bilancio regionale 2007. Con l'avvio dell'attività dell'ospedale di comunità coordinato con l'ospedale di Sassari, di cui sarà sede distaccata, congiuntamente al centro polifunzionale per i servizi sanitari, potrà essere chiusa la sede ospedaliera tradizionale preesistente. La direzione aziendale, sulla base delle linee guida esistenti, definirà il funzionamento, l'organizzazione e la dimensione degli ospedali di comunità.

Programma straordinario degli ospedali di comunità

La legge regionale n. 10 del 2006, di riordino del sistema sanitario regionale, ha previsto modalità di integrazione e cooperazione fra le aziende sanitarie, di coordinamento a livello regionale e di sviluppo dell'innovazione tecnologica. In particolare il presente Piano ritiene strategico avviare la realizzazione di servizi centralizzati anche attraverso la costruzione di strutture di supporto regionali. **A tal fine, nel centro Sardegna, in provincia di Nuoro, sarà situato il centro per la sterilizzazione e la distribuzione della strumentazione chirurgica, realizzato secondo i più innovativi standard a livello internazionale.** La centralizzazione del servizio garantisce, oltre alla migliore qualità in termini di sterilità, completezza e

Il centro per la sterilizzazione chirurgica a Nuoro

innovazione della strumentazione, maggiore efficienza gestionale ed economica.

2.5. Il piano di ammodernamento tecnologico

La realtà della regione Sardegna è caratterizzata da un'elevata vetustà delle tecnologie sanitarie e da una diseguale distribuzione all'interno del territorio regionale. In termini quantitativi, la dotazione complessiva è, per talune apparecchiature, non inferiore alla media nazionale (tomografi a risonanza magnetica, gammacamere computerizzate, tac spirale) e non sono rari i casi di sottoutilizzo o di mancata attivazione (si veda il caso della radioterapia intraoperatoria a Cagliari) di moderne tecnologie presenti all'interno delle strutture ospedaliere.

Il settore risente inoltre di una progressiva obsolescenza tecnologica degli impianti e della strumentazione, compresi quelli delle sale operatorie.

Il presente Piano si propone i seguenti obiettivi generali:

- la realizzazione di una moderna rete di radioterapia che consenta di abbattere le lunghe liste di attesa e di contenere drasticamente la mobilità extraregionale dei pazienti;
- il potenziamento della moderna diagnostica in ambito oncologico sulla base di linee di indirizzo regionale;
- la realizzazione della rete dei laboratori diagnostici attraverso la diffusione dei punti prelievo e la concentrazione delle attività di analisi;
- la realizzazione della rete di telepatologia oncologica (RTP) attraverso l'integrazione dei principali servizi di anatomia patologica presso i presidi ospedalieri;
- la dismissione delle apparecchiature obsolete e il graduale rinnovo delle dotazioni tecnologiche, comprese quelle dei presidi territoriali;
- sviluppo dell'ingegneria clinica quale funzione coinvolta nell'uso appropriato ed economico delle tecnologie.

3. IL SISTEMA DELLE REGOLE

3.1. Autorizzazioni e accreditamento

Assicurare un giusto equilibrio tra domanda e offerta di servizi sanitari rappresenta uno degli elementi portanti di una programmazione finalizzata a far sì che le risorse disponibili siano impiegate in relazione ai bisogni della popolazione secondo criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità nell'accesso.

Si tratta di mettere in essere interventi di programmazione e di regolazione capaci, da un lato, di orientare il sistema sanitario ad erogare prestazioni che garantiscano i migliori risultati delle cure, la qualità e l'economicità dei servizi prestati, l'aderenza delle procedure cliniche alle più accreditate evidenze scientifiche, la gestione in sicurezza dei pazienti seguiti, dall'altro di evitare che si verifichino sia situazioni di sottoutilizzo dei servizi per difficoltà di accesso sia di sovrautilizzo per una domanda indotta dall'offerta.

Programmare un'offerta appropriata significa preliminarmente regolamentare le fasi che caratterizzano il procedimento di ingresso nel servizio sanitario dei soggetti erogatori pubblici e privati, attraverso un sistema di verifiche a diversi livelli, ognuno dei quali svolge una funzione specifica, orientata a garantire il rispetto dei requisiti di sicurezza ed il miglioramento continuo della qualità, nell'ambito del fabbisogno programmato per soddisfare i livelli essenziali di assistenza.

Si fa riferimento alle fasi di:

- autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie, come verifica di coerenza rispetto al fabbisogno della comunità;
- autorizzazione all'apertura ed al funzionamento, come garanzia del possesso di requisiti minimi previsti dalle norme statali e regionali per l'esercizio delle attività sanitarie;
- accreditamento istituzionale, come garanzia di livelli di qualità necessari per relazionarsi con il servizio sanitario, attraverso la verifica di requisiti ulteriori;
- accordi contrattuali come strumento di garanzia del rispetto di volumi di attività correlati ai fabbisogni e di tetti di spesa sostenibili, nell'ambito delle compatibilità economiche del servizio sanitario regionale.

Le quattro A

La Regione Sardegna ha adottato attraverso l'emanazione della legge regionale n. 10 del 2006 i principi della normativa di settore adeguati a consentire una corretta regolazione dell'offerta dei servizi, sia in relazione

al fabbisogno di prestazioni sanitarie afferenti ai diversi livelli e sottolivelli di assistenza, sia in relazione all'esigenza di garantire il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie.

Per quanto attiene alla fase dell'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie l'articolo 5 della legge regionale n. 10 del 2006 prevede che la Giunta regionale stabilisca l'ambito di applicazione, le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture sanitarie ed al trasferimento, ristrutturazione, ampliamento e completamento di strutture sanitarie già esistenti, sulla base degli indicatori di fabbisogno determinati dal Piano regionale dei servizi sanitari o dagli atti che ne costituiscono attuazione. L'obbligo di autorizzazione alla realizzazione non è applicabile alle strutture sanitarie indicate al comma 2 dell'articolo 8 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni.

Autorizzazione
alla realizzazione

Per l'espletamento dell'attività istruttoria relativa alla verifica di compatibilità di nuove strutture sanitarie, prevista dall'articolo 8 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni, la Regione si avvale dell'apposito Nucleo tecnico per le autorizzazioni e gli accreditamenti composto da personale regionale, da personale della aziende sanitarie e, qualora necessario, da professionisti esterni al sistema sanitario nazionale con qualificazione sanitaria e/o tecnica adeguata.

Per l'assistenza *ospedaliera* gli indicatori di fabbisogno sono fissati a livello nazionale, ma spetta alla Regione definire l'articolazione dei presidi ospedalieri e dell'offerta di prestazioni in relazione alle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e geomorfologiche dei territori di riferimento così come definito nel presente Piano.

Per le funzioni svolte dalle *strutture residenziali e semi residenziali* territoriali, il relativo fabbisogno è determinato a livello regionale, con apposita deliberazione della Giunta, sulla base dei seguenti criteri:

- analisi dei dati epidemiologici relativi alla popolazione di riferimento per le diverse tipologie di strutture (anziani non autosufficienti, persone con disagio mentale, dipendenze patologiche);
- articolazione dell'offerta in una pluralità di risposte volte a privilegiare la permanenza a domicilio della persona, anche attraverso lo sviluppo di politiche di sostegno alla famiglia;
- equilibrata distribuzione territoriale delle strutture al fine di assicurare equità di accesso alle prestazioni.
- Obiettivo del Piano è favorire la permanenza a domicilio delle persone anziane non autosufficienti in almeno il 40% dei casi.

Per le funzioni svolte dalle strutture che erogano prestazioni di *assistenza specialistica in regime ambulatoriale*, la programmazione dell'offerta è effettuata a livello aziendale, con l'eccezione delle prestazioni di alta tecnologia. La definizione degli standard di prestazioni specialistiche, articolate per le diverse discipline, è rinviata ad un'apposita delibera della Giunta Regionale, adottata sulla base dei seguenti criteri generali:

- la valutazione del fabbisogno è effettuata sulla base dei dati medi di consumo per singola specialità rilevati a livello regionale negli ultimi tre anni, standardizzati sulla base della composizione per età e sesso della popolazione, opportunamente corretti per tener conto dell'evoluzione delle tecnologie e delle metodologie diagnostiche, nonché degli obiettivi di riduzione dell'inappropriatezza;
- l'offerta è articolata in modo da favorire lo sviluppo di strutture polispecialistiche, in grado di offrire una vasta gamma di prestazioni, al fine di facilitare i percorsi assistenziali compiuti nell'ambito dei servizi distrettuali;
- la distribuzione sul territorio delle strutture specialistiche è articolata in modo da garantire adeguati livelli di accessibilità e fruibilità dei servizi per la popolazione residente nelle sedi periferiche.

In sede di prima applicazione, per la valutazione del fabbisogno di strutture negli ambiti territoriali di riferimento, si tiene conto non solo della consistenza e/o della capacità produttiva delle strutture pubbliche e private accreditate già in esercizio ma anche della consistenza e/o della capacità produttiva delle strutture pubbliche programmate o in corso di realizzazione e delle autorizzazioni alla realizzazione rilasciate, e non scadute, anche nei confronti di soggetti privati.

La fase delle autorizzazioni all'apertura e al funzionamento è regolamentata da norme nazionali e regionali. Con il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sono stati fissati i requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Autorizzazione
all'esercizio

La legge regionale n. 10 del 2006 prevede, all'articolo 6, che le funzioni amministrative concernenti le autorizzazioni all'esercizio spettino:

- ai comuni, con facoltà di avvalersi delle ASL, per quanto concerne le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale e gli studi professionali singoli e associati, mono o polispecialistici di cui al comma 2 dell'articolo 8 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni;
- alla Regione, per quanto concerne le strutture a più elevata complessità, con il supporto del nucleo tecnico per le autorizzazioni e l'accreditamento.

L'istituto dell'*accreditamento istituzionale* ha l'obiettivo di selezionare, fra tutti i soggetti pubblici e privati autorizzati, i fornitori che rispondono a parametri di qualità tecnica e di efficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Tramite l'accreditamento, la Regione accerta il possesso, da parte dei soggetti erogatori, di specifici requisiti di qualificazione, ulteriori e diversi rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione, necessari per poter esercitare per conto del servizio sanitario regionale.

Accreditamento
istituzionale

I requisiti di accreditamento sono sottoposti a verifica periodica e qualora essi non risultino mantenuti, lo status di soggetto accreditato può essere revocato.

A livello regionale, con la deliberazione della Giunta regionale n. 26/21 del 4 giugno 1998, sono stati fissati i requisiti, peraltro pressoché sovrapponibili ai requisiti minimi fissati dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, e le procedure per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private e dei singoli professionisti nonché i termini massimi previsti per l'adeguamento delle strutture già esistenti.

Dopo una prima fase di accreditamento transitorio basato esclusivamente su un'autocertificazione, le disposizioni regionali prevedevano che l'accreditamento definitivo fosse subordinato alla presentazione di un programma di adeguamento, la cui realizzazione doveva essere accertata mediante verifiche effettuate da un apposito nucleo di valutazione.

Tali disposizioni sono rimaste sostanzialmente inapplicate; a distanza di circa otto anni si sta ancora operando in regime di accreditamento transitorio, non si è mai proceduto alla valutazione dei programmi di adeguamento né sono state effettuate le verifiche previste sul rispetto dei tempi di adeguamento. Anche il nucleo di valutazione non è mai stato costituito.

La legge regionale n. 10 del 2006, all'articolo 7, demanda alla Giunta regionale il compito di individuare, con propria deliberazione, sentita la competente Commissione consiliare, i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale e di stabilire i requisiti di qualità strutturali, tecnologici e organizzativi, ulteriori rispetto a quelli minimi, necessari per ottenere l'accreditamento; inoltre la legge prevede che entro 90 giorni dall'entrata in vigore delle disposizioni regionali sull'accreditamento, la Regione avvii la revisione degli accreditamenti provvisori concessi ai sensi della deliberazione della Giunta regionale n. 26/21 del 4 giugno 1998 e del relativo decreto dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale del 29 giugno 1998. Tale revisione deve essere completata entro due anni dall'entrata in vigore della legge regionale e sino al suo completamento non potranno essere rilasciate autorizzazioni alla realizzazione di nuove strutture sanitarie di media e grande

complessità con l'eccezione di quelle espressamente previste dal presente Piano regionale o da atti che ne costituiscono attuazione.

La legge prevede altresì che, in sede di concessione o di rinnovo dell'accreditamento, nonché di autorizzazione alla prosecuzione dell'accreditamento provvisorio sino alla definizione del procedimento di revisione del medesimo, si debba tener comunque conto, per ciascuna struttura interessata, degli indici previsti dal Piano regionale dei servizi sanitari, in particolare del tasso di occupazione effettiva dei posti letto, al netto dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza.

Gli obiettivi in materia di accreditamento consistono nella:

- definizione di ulteriori requisiti, diversi da quelli previsti per l'autorizzazione all'esercizio, sulla base della esperienza internazionale e delle società scientifiche in materia di accreditamento di qualità;
- attuazione delle nuove procedure previste dalla legge regionale n. 10 del 2006 per il rilascio dell'accreditamento e delle modalità di revisione periodica degli accreditamenti per la loro eventuale conferma o revoca, e della effettiva costituzione del Nucleo tecnico per le autorizzazioni e gli accreditamenti (articolo 6, comma 3, della legge regionale n. 10 del 2006);
- realizzazione di attività di formazione alle procedure di accreditamento per operatori delle Aziende Sanitarie, delle associazioni rappresentative delle strutture private, degli Ordini dei medici, dei rappresentanti degli organi di tutela dei cittadini.

L'articolo 8 *quinquies* del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche e integrazioni prevede che le Regioni e le aziende USL definiscano accordi con i soggetti pubblici e contratti con i soggetti privati per la fornitura di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, mediante una selezione dei diversi soggetti erogatori accreditati. La norma prevede inoltre che la scelta sia effettuata anche attraverso valutazioni comparative che tengano conto della qualità e dei costi.

Accordi contrattuali

Anche con riguardo all'istituto degli accordi contrattuali, la regione Sardegna registra un notevole ritardo: sono infatti ancora in vigore le vecchie forme di convenzionamento, salvo pochi casi di contratti provvisori con alcune nuove strutture. Nessun accordo è stato stipulato tra aziende USL e soggetti erogatori pubblici. In conclusione l'articolo 8 *quinquies* è rimasto completamente inattuato.

Alcuni provvedimenti della Giunta aventi a oggetto gli indirizzi sui volumi di attività e per la determinazione dei tetti di spesa limitatamente al biennio 2000-2001 non hanno trovato attuazione nei piani annuali aziendali; sono state adottate alcune deliberazioni che approvavano schemi tipo di contratto ma anche questi non hanno trovato concreta applicazione.

La legge regionale n. 10 del 2006, all'articolo 8, demanda alla Giunta regionale la definizione di appositi indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate alla stipula di accordi e contratti e la predisposizione di uno schema-tipo degli stessi. Prevede altresì che, sino al termine del procedimento di revisione degli accreditamenti provvisori di cui al comma 4 dell'articolo 7, le ASL possono definire gli accordi e stipulare i contratti con le strutture provvisoriamente accreditate sulla base di indirizzi definiti a livello regionale.

All'articolo 30 la legge regionale stabilisce che le convenzioni con le strutture private attualmente in regime di accreditamento provvisorio ed i contratti stipulati con le strutture transitoriamente accreditate cessano di avere efficacia al 31 dicembre 2006; entro il 31 marzo 2007 dovranno essere predisposti e sottoscritti nuovi contratti sostitutivi delle convenzioni in essere, di durata biennale.

Al fine di rendere operativo il sistema degli accordi contrattuali, la Giunta regionale:

- predispone linee di indirizzo per la definizione annuale dei tetti di spesa e dei volumi di attività, propedeutici per la stipula degli accordi e dei contratti da parte delle aziende USL;
- formula indirizzi per garantire un'omogenea attuazione dei contratti, specialmente nella fase di transizione del preesistente regime convenzionale;
- definisce accordi quadro con le associazioni dei soggetti erogatori privati accreditati;
- definisce, nell'ambito dell'allocazione delle risorse, i tetti di spesa dei soggetti erogatori pubblici di rilievo regionale.

Inoltre, la Regione intende sviluppare una politica contro il precariato attraverso vincoli che obblighino pubblico e privato ad operare con comportamenti omogenei. Per questo nell'ambito della regolamentazione del sistema di accreditamento e contrattuale la Regione procede, in caso di mancata applicazione dei contratti di lavoro e di regolare pagamento degli stipendi, con le seguenti modalità:

- su segnalazione di inadempienza nella corresponsione delle retribuzioni e/o mancata applicazione dei contratti nazionali di settore, da parte di una o più organizzazioni sindacali firmatarie dei CCNL medesimi, l'ente appaltante attiva la Procedura di infrazione nei confronti del soggetto gestore del servizio che dovrà concludersi entro 15 giorni dalla segnalazione;
- l'ente, accertata l'infrazione, intimerà al gestore di sanare l'inadempienza entro 15 giorni;

- in presenza di inefficacia della procedura, l'ente procederà ad inviare richiesta all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale per la sospensione e/o revoca dell'accreditamento dell'ente gestore e procederà ad applicare, entro 5 giorni, l'articolo 1676 del Codice civile (obbligo dell'appaltante in caso di inadempienza dell'appaltatore).

4. GLI STRUMENTI PER L'INNOVAZIONE E LA CONOSCENZA

L'ammodernamento del Servizio Sanitario regionale, esigenza prioritaria del presente Piano, implica l'introduzione di innovazioni e strumenti finalizzati a migliorare la qualità dell'assistenza e a favorire decisioni adeguate alle necessità della realtà attuale.

Fra gli strumenti più rilevanti, di seguito si riportano indicazioni con riferimento al Sistema informativo Sanitario, all'Agenzia Sanitaria Regionale, all'Osservatorio Epidemiologico Regionale e alla Comitato regionale per la Bioetica.

4.1. *Il sistema informativo sanitario*

Un buon Servizio sanitario non può prescindere dalla realizzazione di un buon sistema informativo sanitario.

Il Sistema informativo deve configurarsi come infrastruttura portante dell'intera organizzazione sanitaria, nella quale si integrano le informazioni che si muovono in senso verticale, tra livello centrale e livello locale, e orizzontale, tra amministrazioni e soggetti locali, in grado di fornire ai decisori di qualsiasi livello (distretto, azienda, regione) "rappresentazioni" utili al governo e alla gestione della sanità (o sistema socio sanitario).

L'osservazione epidemiologica rappresenta una parte fondamentale del Sistema informativo sanitario, capace di aggregare e analizzare i dati al fine di garantire la lettura dei bisogni sanitari e dei rischi.

Sistema informativo sanitario e osservazione epidemiologica non possono quindi configurarsi come funzioni separate, ma devono trovare a livello regionale e locale momenti di sintesi funzionale, operativa e organizzativa.

L'attuale Sistema Informativo Sanitario Regionale, S.I.SA.R., appare parziale, frammentario, disordinato, incapace di sostenere adeguatamente il processo decisionale, nonostante l'ingente quantità di risorse investite in questo settore.

Il S.I.SA.R. è caratterizzato da diversi gradi di organizzazione e sviluppo, spesso orientati a un'utilizzazione parziale, relativa al singolo sottosistema, non sempre in grado di offrire risposte adeguate alle esigenze gestionali, né di fornire una base conoscitiva utile alla valutazione dell'attività dei servizi e dello stato di salute.

I punti critici
dell'attuale sistema

Non è presente alcuna forma di coordinamento delle funzioni informatiche ed epidemiologiche, all'interno delle singole aziende, tra le diverse aziende e tra aziende e regione.

Le statistiche sanitarie correnti storiche (es. mortalità, aborti, malattia a denuncia obbligatoria, attività dei servizi, ecc.), spesso incomplete, mostrano un non compiuto livello di controllo della loro qualità, di elaborazione e di analisi nonché una carenza di *feedback* con i produttori dei dati stessi. Tale situazione comporta, da una parte, una deresponsabilizzazione dei produttori (rispetto alla qualità delle informazioni raccolte) e, dall'altra, uno scarso utilizzo delle informazioni da parte dei decisori ai livelli più alti del sistema.

Sul versante della lettura dei bisogni e dei rischi, vi è una grave carenza di strumenti idonei a tale scopo (registri tumori, di patologia, ecc.) che preclude la possibilità di attuare un corretto processo pianificatorio e di valutazione degli interventi di prevenzione nel territorio.

Il Piano 2006-2008 propone una profonda revisione e ristrutturazione del S.I.SA.R., tenuto conto dei mutamenti organizzativi e gestionali delineati nel presente Piano e delle peculiarità del sistema sanitario regionale.

La necessità di un governo complessivo del sistema regionale, la spinta ad una maggiore uniformità dei servizi garantiti dalle diverse aziende sanitarie, la ridotta dimensione di molte realtà territoriali e l'esigenza di garantire tecnologie e professionalità ai massimi livelli portano a privilegiare la scelta di un sistema distribuito sul territorio quanto a raccolta e utilizzo delle informazioni e centralizzato a livello regionale quanto ad attrezzature, supporti informatici e competenze specialistiche.

Un sistema di servizi sanitari sufficientemente omogeneo su territorio della Sardegna richiede infatti un sistema informativo articolato con un centro regionale di servizi, capace di sfruttare a pieno le moderne tecnologie e la nuova rete telematica della Regione, dotato di tutte le competenze professionali e in grado di sviluppare e gestire le informazioni relative alle diverse realtà territoriali.

**Le linee di sviluppo
del sistema
informativo**

Il piano di sviluppo deve prevedere:

- un centro servizi in grado di offrire un sistema gestionale/amministrativo di base, secondo standard di mercato, capace di dare servizi in outsourcing a tutte le aziende sanitarie, con riferimento alle principali funzioni di pianificazione e controllo delle attività;
- un sistema di identificazione degli assistiti e di monitoraggio della spesa, in collegamento con il sistema nazionale della tessera sanitaria, e in futuro della carta nazionale dei servizi, attraverso la messa in rete dei

medici di MMG e PLS, delle farmacie e di tutti i punti di erogazione dei servizi (pubblici e privati);

- un sistema di gestione dei servizi assistenziali, finalizzato a sostenere i processi di miglioramento della qualità dei servizi, a favorire l'analisi epidemiologica e dei bisogni di salute, a facilitare l'accesso ai servizi (anche attraverso sistemi unificati di prenotazione), a monitorare l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate, a sviluppare sistemi di archiviazione dei dati sanitari.

La Regione predispone, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, un programma di sviluppo, gestione e valorizzazione del sistema informativo sanitario regionale, da attuare nell'arco del triennio 2006-2008, nel rispetto dei seguenti requisiti di carattere funzionale:

- sicurezza e rispetto della privacy dei cittadini-utenti,
- significatività e consistenza,
- rilevanza e congruità integrate,
- informazioni orientate al cittadino-utente,
- flessibilità,
- facilità all'utilizzo e all'accesso.

4.2. Agenzia regionale per la sanità

La complessità del sistema sanitario, la continua innovazione in campo scientifico e organizzativo, la necessità di sostenere il cambiamento del sistema sanitario regionale richiedono che la Regione Sardegna si doti di una "tecnostuttura" che supporti l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e il sistema delle aziende sanitarie per:

- il supporto tecnico agli organi dell'Assessorato nella funzione di programmazione sanitaria;
- la formulazione di ipotesi tecniche per il governo del sistema (sotto il profilo clinico ed economico) e il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza e delle variabili critiche;
- lo sviluppo dal punto di vista metodologico di alcune aree di particolare rilevanza strategica per il sistema regionale e per le aziende sanitarie del sistema (**valutazione del fabbisogno formativo**, gestione sistema qualità, sperimentazioni nei modelli assistenziali, gestione del rischio clinico);
- lo studio delle metodologie sull'EBM (medicina basata sulle prove di efficacia), lo sviluppo e messa a regime delle procedure di technology assessment (analisi e diagnosi) per la valutazione all'appropriatezza degli interventi e al supporto dell'Assessorato nell'attività di monitoraggio;

Le funzioni di supporto alle decisioni

- lo sviluppo e alla diffusione della “conoscenza” all’interno del Servizio Sanitario Regionale (osservatorio epidemiologico, sistema informativo sanitario);
- lo sviluppo di metodologie per il controllo di gestione e per la valutazione di atti e contratti che comportino impegni di spesa pluriennali.

L’Agenzia Regionale Sanitaria può essere considerata lo strumento più idoneo alla luce delle esperienze nazionali per il perseguimento di tali obiettivi.

Deve essere caratterizzata dalla massima flessibilità operativa e organizzativa, articolandosi in “aree progetto” configurate in modo da offrire un supporto “su misura” rispetto ai compiti nel tempo affidati dalla Regione e alle esigenze manifestate dagli attori del sistema.

Il compito dell’Agenzia Regionale Sanitaria è quello di elaborazione e sperimentazione degli strumenti, che poi vengono messi “a disposizione del sistema”, In questo senso, una volta a “regime”, gli strumenti vengono utilizzati per il governo del sistema all’interno della dialettica tra Assessorato e organi di governo delle aziende sanitarie.

4.3. Osservatorio epidemiologico regionale

L’epidemiologia è funzione trasversale a tutte le figure professionali e a tutti i servizi del SSR in quanto strumento metodologico di rilevazione e analisi dei bisogni sanitari e di valutazione del sistema dell’offerta. La complessità della metodologia e delle tecniche epidemiologiche richiedono la presenza di professionisti specificamente dedicati, capaci di facilitare il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- raccogliere, elaborare e diffondere conoscenze sui bisogni di salute della popolazione e sui fattori di rischio per la salute;
- contribuire all’identificazione, anche attraverso ricerche ad hoc, delle priorità di intervento, con particolare attenzione agli obiettivi di equità dei cittadini nella salute e alla tutela delle fragilità sociali;
- contribuire alla identificazione, sperimentazione e messa a regime di nuovi flussi informativi mirati a valutare l’equità di accesso, l’appropriatezza d’uso, l’efficacia e l’efficienza dei servizi sanitari;
- supportare le funzioni di governo e gestione del SSR a livello regionale e locale;
- promuovere la cultura epidemiologica tra tutti gli operatori sanitari.

Obiettivi

La Rete Epidemiologica della Sardegna si articola nell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), istituito come area di progetto, all'interno dell'Agenzia Regionale Sanitaria, con funzioni di coordinamento generale della rete, e i Centri Epidemiologici Aziendali (CEA). I CEA rappresentano la struttura portante della rete epidemiologica, come snodo per la funzione epidemiologica sia del centro regionale (OER) sia di tutte le unità operative e servizi delle aziende e zone territoriali. I CEA, che potranno essere strutturati in posizione di staff alla Direzione dell'Azienda Usl o come servizi/unità operative semplici all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione (DP), sono il supporto delle funzioni epidemiologiche aziendali del livello della programmazione della linea operativa e del livello della pianificazione e valutazione della direzione aziendale.

La rete epidemiologica

4.4. Comitato Regionale per la Bioetica

Al fine di favorire un confronto, a livello nazionale ed internazionale, sullo stato della ricerca biomedica e dell'ingegneria genetica, è istituito il Comitato Regionale per la Bioetica.

Il Comitato ha il compito di elaborare un quadro complessivo dei programmi di ricerca più significativi per la realtà sarda, di formulare pareri su problemi di natura etica e giuridica che possano emergere con il progredire delle ricerche, di promuovere la divulgazione scientifica e la corretta informazione dell'opinione pubblica e di svolgere una funzione consultiva nei confronti della Giunta regionale e di altre istituzioni pubbliche o private.

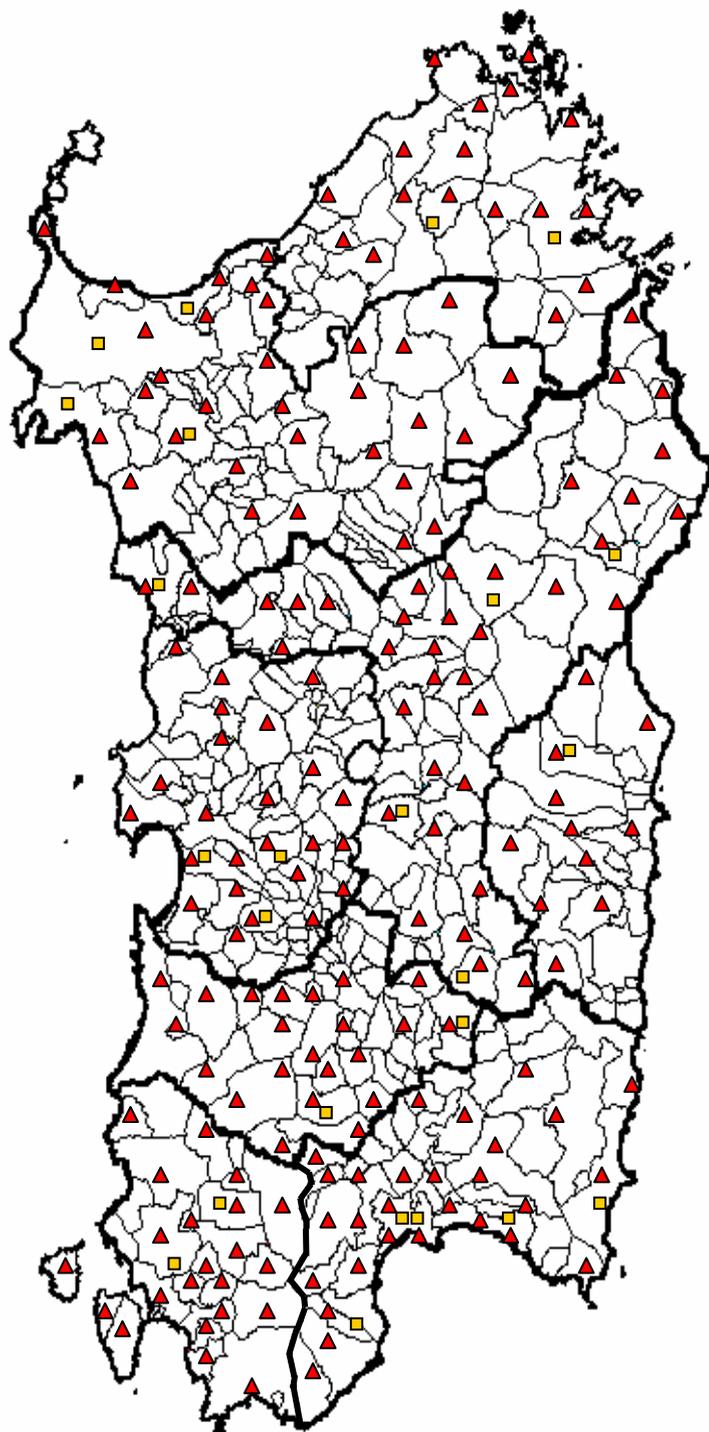
Il Comitato, nominato dalla Giunta su proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, è composto da non più di 10 membri, scelti tra esperti e studiosi provenienti da diverse aree disciplinari in coerenza con la natura intrinsecamente pluridisciplinare della bioetica.

La Regione predispose un regolamento recante disposizioni in materia di attività, obiettivi, durata e modalità di funzionamento del Comitato.

SIGLE E ABBREVIAZIONI

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ARPAS	Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente della Sardegna
CPO	Centro di prevenzione oncologica
CSM	Centro di salute mentale
BLS	Basic life support
BLSD	Basic life support defibrillation
DRG	<i>Diagnosis Related Group</i> (Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi)
DSM	Dipartimento di salute mentale
EBM	Medicina basata sulle prove di efficacia (<i>Evidence Based Medicine</i>)
ECM	Educazione Continua in Medicina
IMA	Infarto del miocardio acuto
ISTAT	Istituto nazionale di statistica
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medico di Medicina Generale
MR	Malattia rara
OGM	Organismo geneticamente modificato
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PLUS	Piano locale unitario dei servizi

Distribuzione Territoriale dei punti di Continuità Assistenziale e postazioni di Soccorso Avanzato



- ASL 1**
Sassari 13
Alghero 6
Ozieri 12
- ASL 2**
Tempio 5
Olbia 12
- ASL 3**
Macomer 6
Nuoro 14
Siniscola 6
Sorgono 6
Isili 5
- ASL 4**
Lanusei 11
- ASL 5**
Ghilarza 6
Oristano 13
Ales 5
- ASL 6**
Guspini 8
Senorbi 3
Sanluri 11
- ASL 7**
Iglesias 8
Carbonia 14
- ASL 8**
Cagliari (ex 20) 10
Cagliari (ex 21) 8
Cagliari (ex 22) 10
- Totale punti di C.A. 192**

▲ Punti di Continuità Assistenziale

■ Punti di Postazioni di Soccorso Avanzato

