



PIANO SANITARIO TRIENNALE 2019-2021

Novembre 2018

INDICE

PARTE I – IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	4
A. ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL’AZIENDA SANITARIA	4
B. MISSIONE E VISIONE DELL’AZIENDA SANITARIA	5
C. CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO	6
D. STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL’AZIENDA SANITARIA	58
PARTE II –LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA TRIENNALE	61
A. INDIRIZZI STRATEGICI AZIENDALI PER LIVELLO DI ASSISTENZA	61
A.1 AREA DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	61
1. <i>Contesto di riferimento dell’assistenza collettiva e l’offerta di prestazioni e servizi sul territorio</i>	<i>61</i>
2. <i>Indirizzi regionali e nazionali in materia</i>	<i>66</i>
3. <i>Principali criticità riscontrate</i>	<i>67</i>
4. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire</i>	<i>68</i>
A.2 AREA DELL’ASSISTENZA DISTRETTUALE	106
1. <i>L’offerta di prestazioni e servizi sul territorio</i>	<i>106</i>
2. <i>Indirizzi regionali in materia</i>	<i>111</i>
3. <i>Principali criticità riscontrate</i>	<i>112</i>
4. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire</i>	<i>113</i>
A.3 AREA DELL’ASSISTENZA OSPEDALIERA	133
1. <i>Il contesto di riferimento e l’offerta di prestazioni e servizi sul territorio</i>	<i>133</i>
2. <i>Indirizzi Nazionali e Regionali in materia</i>	<i>157</i>
3. <i>Principali criticità riscontrate</i>	<i>157</i>
4. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire</i>	<i>163</i>
B. LA PROGRAMMAZIONE ATTUATIVA LOCALE	174
PARTE III - LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO PATRIMONIALE	175
A. IL BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE	175
PARTE IV - LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA TRIENNALE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE E DELL’AREUS	181
A. LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA DELL’AOU DI CAGLIARI	183
B. LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA DELL’AOU DI SASSARI	189
C. LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA DELL’AO BROTZU DI CAGLIARI	192
D. LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA DELL’AREUS	204

PRESENTAZIONE DEL PIANO

La società contemporanea con il suo configurarsi come società complessa e frammentata, richiede strumenti utili al fine di conoscere, interpretare e leggere tale complessità per raggiungere un miglior standard decisionale nella programmazione sanitaria e socio-sanitaria. La salute, intesa come stato di benessere complessivo, è infatti il risultato di uno sviluppo sostenibile capace di preservare la disponibilità delle risorse rinnovabili ed evitare eccessivi squilibri ambientali, economici e sociali.

Promuovere la salute di una società significa, quindi, investire non solo in ricerca medica, ma anche in politiche tese a rimuovere situazioni di disagio economico e sociale, nell'educazione alla salute e nella promozione di stili di vita sani; di qui il ruolo attivo svolto dalla Azienda Tutela Della Salute (ATS) nella programmazione sanitaria.

Da ciò consegue che all' Azienda Tutela Della Salute (ATS) spetta il ruolo di lettore delle esigenze del proprio territorio e di mediare tra le aspettative dei cittadini e le possibilità del sistema sanitario regionale di soddisfarle, di individuare le priorità, senza sacrificare ad esse la globalità degli interessi collettivi.

Il programma sanitario triennale è un documento che espone, gli indirizzi strategici generali e gli obiettivi da conseguire nel triennio con riferimento all'area della prevenzione collettiva e sanità pubblica, all'area dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera.

Il presente documento di programmazione tiene conto del mutare dinamico della normativa nazionale e regionale.

Parte I – Il contesto di riferimento

A. Elementi identificativi dell'azienda sanitaria

La Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 ha profondamente modificato l'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale, istituendo l'Azienda per la Tutela della Salute (ATS). L'ATS nasce dalla fusione per incorporazione delle sette ASL nell'azienda incorporante di Sassari, sulla base degli atti di indirizzo deliberati dalla Giunta regionale e dalle direttive dell'Assessorato competente in materia di sanità, svolge le funzioni di:

- a) programmazione aziendale e gestione complessiva dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- b) omogeneizzazione e armonizzazione dei processi gestionali nel territorio regionale in coordinamento con l'attività delle altre aziende sanitarie;
- c) accentramento, per quanto di competenza di tutte le aziende sanitarie della Sardegna, dei processi di aggregazione della domanda di beni e servizi e di approvvigionamento degli stessi;
- d) gestione accentrata, secondo gli indirizzi della Giunta regionale e nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 18, comma 1, della legge regionale n. 10 del 2006 per quanto attiene le aziende ospedaliero-universitarie, per tutte le aziende sanitarie della Sardegna, delle procedure concorsuali e selettive, del trattamento economico del personale, dei magazzini e della relativa logistica, delle reti informatiche e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, delle tecnologie sanitarie e della valutazione dell'impatto delle stesse;
- e) gestione accentrata, secondo gli indirizzi della Giunta regionale, per tutte le aziende sanitarie della Sardegna, delle procedure di gara per la progettazione, realizzazione, manutenzione, alienazione, concessione e locazione degli immobili costituenti patrimonio delle stesse;
- f) definizione degli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipula dei contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, ai sensi dell'articolo 8 della legge regionale n. 10 del 2006, in coerenza con la programmazione territoriale di cui all'articolo 4, comma 5, lettera a);
- g) accentramento delle procedure di organizzazione dei percorsi di formazione ECM.

Nell'ATS, al fine di garantire il perseguimento dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza, la partecipazione degli enti locali e dei cittadini alla programmazione socio-sanitaria e il coordinamento con le attività socio-sanitarie e sociali, sono istituite le Aree Socio-Sanitarie Locali.

La sede Legale è in via Enrico Costa n. 57 (Piazza Fiume), 07100 Sassari (SS) – C.F.: 92005870909 – P.IVA: 00935650903.

Il sito ufficiale dell'Azienda è "www.atssardegna.it", e i principali recapiti sono: PEC: dir.generale@pec.atssardegna.it – Centralino: +39 (079) 2061000 –

Il logo aziendale, in uniformità nell'ambito regionale, è il seguente:



B. Missione e visione dell'azienda sanitaria

L'Azienda concorre, alla luce del processo di riforma del Servizio Sanitario Regionale, alla tutela e promozione del benessere degli individui e della collettività nella Regione Autonoma della Sardegna e al mantenimento e miglioramento dello stato di salute, come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività, ed esercitando quindi le proprie funzioni in maniera sinergica con gli altri soggetti del sistema sanitario regionale. L'Azienda promuove le attività di prevenzione, cura e riabilitazione in modo sistemico, cooperando, in una logica di integrazione, con i soggetti pubblici e privati presenti nel contesto regionale e, al proprio interno, promuove la formazione, quale variabile strategica del cambiamento, e la crescita professionale di tutti i collaboratori per mantenere elevati i livelli qualitativi dei servizi offerti.

L'azione dell'Azienda si propone di migliorare lo stato di salute della popolazione, la qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, l'appropriatezza e la continuità di cura nei percorsi assistenziali, assicurando nel contempo condizioni sostenibili di equilibrio economico e finanziario. L'Azienda si impegna a perseguire questi obiettivi, ispirandosi ai principi di uguaglianza, di imparzialità, di partecipazione, di continuità, di efficienza ed efficacia e di economicità.

La visione strategica dell'Azienda, alla luce del processo di riforma della governance regionale, è rivolta a definire e strutturare un sistema organizzativo integrato regionale improntato sulla continuità e sulla qualità dei servizi offerti alle persone rispetto ai loro bisogni, ed attraverso cui si persegue la tutela della salute delle persone con appropriatezza, efficacia, orientamento al miglioramento continuo della qualità, alla valorizzazione degli operatori e all'uso ottimale delle risorse assegnate.

Per la realizzazione della propria visione strategica, l'Azienda definisce il proprio assetto organizzativo e le modalità di funzionamento più appropriate, sulla base delle indicazioni programmatiche del governo regionale, con specifico riguardo agli obiettivi di prevenzione, clinico assistenziali ed economico finanziari.

L'Azienda si configura come un'organizzazione capillare volta a valorizzare le differenti realtà demografiche, geomorfologiche e sociali della Sardegna, per rispondere al meglio alle specifiche esigenze territoriali. La strutturazione per Aree socio sanitarie locali e loro Distretti garantisce, in una logica reticolare, l'integrazione delle funzioni assistenziali per offrire alla popolazione servizi di qualità, sostenibili nel tempo; essa garantisce inoltre il funzionamento del modello hub e spoke al fine di favorire sia l'assistenza centralizzata ovvero distribuita secondo il criterio dell'intensità di cure cercando di combinare nel modo più opportuno gli specifici bisogni degli assistiti con la competenza dei professionisti e con le caratteristiche delle strutture della rete, sia la mobilità dei professionisti. La missione istituzionale è improntata ai seguenti principi guida:

- la centralità della persona;

- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane;
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti.

Tale missione si realizza attraverso la valorizzazione di quattro fattori correlati tra loro:

- Percorsi di integrazione (Integrazione Ospedale-Territorio);
- Appropriately (In ambito ospedaliero, specialistica e farmaceutica e PDTA);
- Trasparenza organizzativa (utenti interni ed esterni);
- Qualità (Professionale, Gestionale, Qualità percepita e Qualità del servizio).

C. Contesto territoriale e demografico

Il contesto in cui opera l'azienda è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

Lo sviluppo di soluzioni per fronteggiare i rapidi mutamenti delle variabili demografiche ed epidemiologiche, rende necessario l'introduzione di politiche di governo clinico, ossia di un sistema incentrato sull'integrazione di numerosi fattori tra loro complementari, tra i quali la formazione continua, la gestione del rischio clinico, i percorsi assistenziali, la gestione del personale e l'accountability verso il cittadino.

A quanto premesso, si aggiunge la complessità dei processi di riorganizzazione assistenziali che l'azienda dovrà affrontare nel prossimo triennio che darà origine ad un profondo ripensamento nella organizzazione e gestione dei servizi con importanti cambiamenti sia nell'area ospedaliera che in quella territoriale, con una prospettiva che va verso la deospedalizzazione ed il potenziamento delle cure domiciliari, l'attivazione delle Case della Salute e l'aumento del servizio di filtro territoriale per le patologie croniche, con l'auspicio che l'intero servizio Socio Sanitario del territorio si orienti verso una assistenza proattiva, ossia si attivi quella che viene definita medicina di iniziativa, sia nella fase di prevenzione che nell'assistenza primaria ed integrata.

In Sardegna, dai dati presentati nel recente rapporto Osservasalute 2016, dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, emergono elementi che non depongono favorevolmente a partire dalla speranza di vita alla nascita, che nel 2015 registra valori in diminuzione per entrambi i generi. Si evidenzia inoltre lo stretto rapporto tra gli squilibri sociali e la prevalenza di malati cronici, con una prevalenza nel 2013 nella classe di età 25-44 anni di circa il 4%, che scende al 3,4% tra i laureati e sale al 5,7% nella popolazione con il livello di istruzione più basso. Su una popolazione di 1.671.001 abitanti, di cui il 49% maschi ed il 51% femmine, l'incidenza degli ultra 65enni determina un indice di vecchiaia pari al 18,7%, ben inferiore al dato nazionale (20,1%) e la fascia giovanile (0-14 anni) è attualmente pari al 12,4% contro il 14,0% della media nazionale. Se accanto alla prospettiva di un costante aumento dell'invecchiamento della popolazione che determinerà una inevitabile ulteriore incidenza di condizioni morbose di lunga durata, si somma la bassa natalità presente in Sardegna, è conseguenziale prevedere in prospettiva un notevole aumento della complessità dei bisogni di salute della popolazione che richiede una pianificazione preventiva ben articolata e coerente con i mutamenti socio-sanitari attesi.

I dati epidemiologici e i risultati dello studio Passi e Passi d'Argento evidenziano la necessità di affrontare con particolare impegno, tutte quelle azioni di Prevenzione e Promozione della Salute sugli stili di vita capaci di incidere sui principali fattori di rischio rilevati in costante crescita nella popolazione sarda: consumo di bevande alcoliche, fumo di tabacco, consumo di sostanze d'abuso e psicofarmaci, alimentazione scorretta, sedentarietà e condotte azzardo correlate.

Non si può inoltre non considerare che la Sardegna vive il triste primato nazionale nell'ambito delle nuove povertà, con una netta crescita della fascia di persone che vivono in condizioni di marginalità sociale, generalmente escluse dai processi di solidarietà della società civile, in parte perché la loro stessa esistenza è per lo più ignorata, in parte perché le caratteristiche della povertà estrema connotano le persone in termini di diversità, rendendo così più difficile la loro accettazione e integrazione sociale. Poiché le condizioni sociali hanno un peso determinante sulla salute dei cittadini, il risultato atteso è comunque quello della creazione di una fetta di popolazione in condizioni di salute precaria, particolarmente fragile, afflitta in modo particolare da disturbi mentali e dipendenze patologiche che accentuano il divario sociale e la mancanza di prospettive di cambiamento della propria situazione, di potere sui diritti di cittadinanza, di autonomia individuale, di identità personale. Peraltro è ormai assodato che l'appartenenza a determinati classi sociali svantaggiate porta, non solo ad un aumento della morbilità e mortalità con conseguente maggior ricorso ai servizi sanitari, ma che, a parità di condizioni socioeconomiche, vi siano ripercussioni differenti legate al contesto nel quale la persona è inserita; esistono differenze importanti infatti tra chi risiede in ambito cittadino rispetto ai piccoli Comuni, e tra essi si rilevano notevoli differenze di salute delle popolazioni residenti nei Comuni situati sulle coste rispetto a quelli posti all'interno dell'isola, ovvero se abbiano caratteristiche rurali oppure di montagna.

Sul totale dei Comuni in Sardegna ben 168, pari al 45%, appartengono alle categorie di maggiore deprivazione sociale e in particolare le province di Carbonia-Iglesias e Sassari presentano la maggiore incidenza percentuale di Comuni con maggiore disagio.

Nella provincia del Sulcis circa il 65% dei Comuni sono classificati "Comuni deprivati e molto deprivati", per un totale di circa 69.000 persone, mentre, in provincia di Sassari, più della metà dei comuni appartengono all'area disagiata, con una popolazione pari a circa 260.000 persone, circa l'81% dei residenti.

La Provincie dell'Ogliastra e del Medio Campidano risultano caratterizzate dalle migliori condizioni socio economiche con circa il 47% dei Comuni.

Infine, le classi "molto agiate o agiate" risiedono soprattutto nella provincia Cagliari con circa 384.000 abitanti pari al 71% della popolazione e nel Medio Campidano pari al 52%.

Insieme alle problematiche su esposte è doveroso citare inoltre l'importanza della tematica ambientale, per la quale gli interventi specifici di Educazione e Promozione della Salute divengono quanto mai attuali anche nella realtà sarda. Le caratteristiche ambientali di alcuni territori della Regione hanno, da sempre, favorito condizioni di particolare benessere dei suoi abitanti, i quali rappresentano, con la loro longevità, la conferma della inscindibile e stretta correlazione tra salute e ambiente.

Secondo quanto emerge dalle Indagini Multiscopo annuali Istat "Aspetti della vita quotidiana", alla domanda relativa alla salute percepita il 69,1% delle persone sarde intervistate dichiara di essere in buona salute, mentre a livello nazionale questa percentuale risulta pari al 73,3%. Rispetto alle altre regioni italiane, si nota che solo la Calabria presenta una percentuale di popolazione che si dichiara in buona salute, con una percentuale più bassa (67,4%) rispetto alla Sardegna.

Nelle stesse indagini si evidenzia che il 42% della popolazione sarda intervistata denuncia la presenza di una o più malattie croniche, contro il 39,2% a livello nazionale e il 44 % della popolazione affetta da una o più malattie croniche dichiara comunque un buono stato di salute, a fronte del 47,5% a livello nazionale.

Tra le malattie croniche, quelle più frequentemente indicate sono l'artrosi, (20,5% vs 17,9% nazionale) e l'ipertensione (14,7% vs 15,8% nazionale) e si rileva inoltre un aumento dal 4,2 % al 5,0% delle persone che si dichiarano affette da diabete.

La Sardegna è la regione che presenta il più alto numero di nuovi casi di diabete di tipo 1: l'incidenza del diabete mellito infantio-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. Ad oggi la prevalenza stimata in Sardegna è del 6,2%, cui si aggiunge il cosiddetto diabete non noto o sommerso che è stimato per il 3,2% della popolazione e un ulteriore 5,5% di popolazione con condizioni metaboliche borderline. Sommando questi dati si raggiunge una stima di oltre 100.000 persone (70.000 con Diabete di tipo 2 nella fascia ≥ 30 anni e circa 30.000 casi sommersi).

Ogni anno ci sono circa 65 nuovi casi di diabete tipo 1 ogni 100.000 abitanti nella fascia di età 0-29 anni e 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. È da sottolineare che il diabete mellito di tipo 2 è in costante ed esponenziale crescita per vari motivi, quali: inadeguati stili di vita, scorretta alimentazione, unitamente alla sedentarietà. Il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della propria malattia, unita alla puntuale relazione tra medico e paziente, garantisce migliori risultati sul controllo glicemico, con effetti significativi sulla qualità di vita, migliorando la percezione dello stato di salute.

È evidente che la problematica sopra rappresentata sia da ritenersi a tutti gli effetti una vera e propria emergenza sociosanitaria, per la quale gli interventi di Prevenzione, sia primaria sia secondaria, rappresentano uno strumento fondamentale nel contenimento del suo sviluppo.

È altrettanto importante citare le patologie cardiovascolari tra quelle che rappresentano un importante carico di malattia in Sardegna, sia per la loro prevalenza in termini di morbilità e disabilità che per il tasso di mortalità con conseguente impegno di risorse e il ricorso ai servizi sanitari. La prevenzione delle Malattie cardio-vascolari rappresenta sicuramente una sfida sanitaria di notevole impatto sociale con un grande potenziale nella possibilità di ridurre il rischio e le sue complicanze attraverso azioni educative capaci di agire profondamente sul comportamento del singolo e del suo nucleo familiare. Tutto ciò richiede una specifica linea d'azione con interventi specifici sostenuti da equipe educative multidisciplinari.

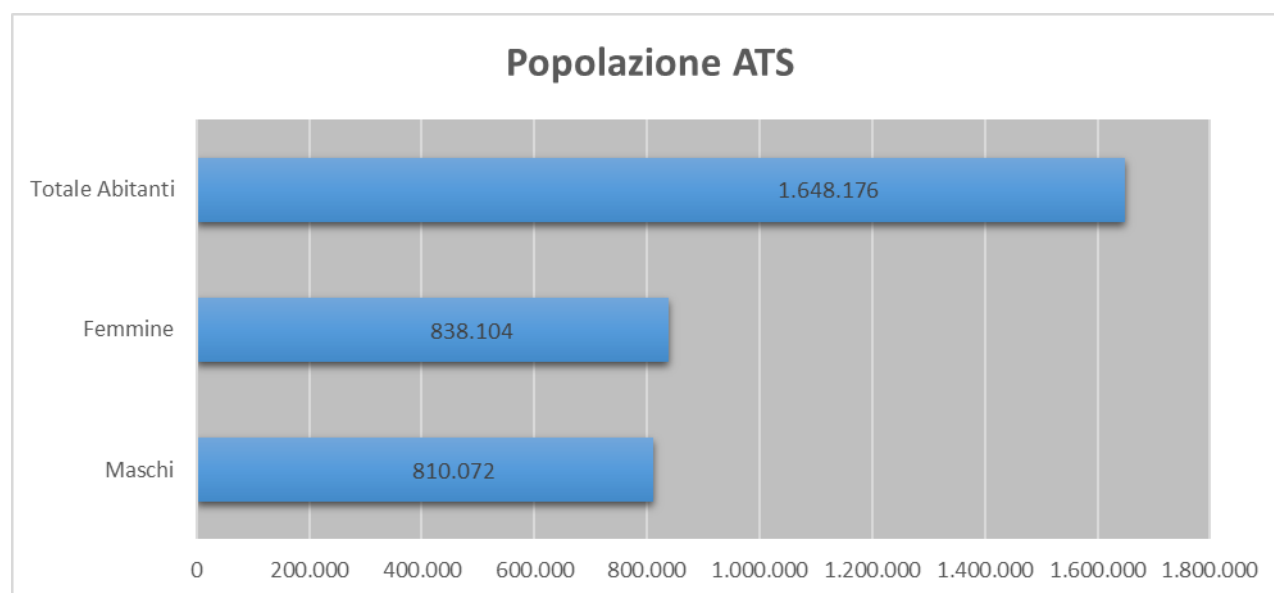
In campo oncologico è particolarmente rilevante disporre di indicatori epidemiologici di dettaglio a livello territoriale e in attesa dell'attivazione del Registro Tumori Regionale, i bisogni sanitari

non possono essere stimati con la necessaria precisione. Di fatto i dati degli anni pregressi, indicano che il tasso di mortalità per tutti i tumori (M+F) in Sardegna è stato sempre inferiore a quello nazionale, con una tendenza all'aumento in questi ultimi anni.

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. Anche su questa problematica è opportuno porre una considerazione basata sul semplice riscontro che poiché solo il 5-10% di tutti i casi di cancro hanno una base genetica, mentre il restante 90-95% dipende dalla esposizione a fattori di rischio ambientale o a comportamenti legati allo stile di vita non corretto, la prevenzione, con l'Educazione alla Salute e le diagnosi precoci, si pone al primo posto nelle scelte strategiche volte all'abbattimento di tale problematica.

Nel contesto regionale di riferimento persiste un carico di patologie rilevanti tra le quali la sclerosi multipla, la talassemia e l'epatite C. Con riferimento alla sclerosi multipla, l'ATS ha previsto l'attivazione di un apposito Centro Regionale e intende sviluppare una rete assistenziale su scala regionale finalizzata ad assicurare trattamenti adeguati nel rispetto delle linee di indirizzo regionali. Perdura inoltre la necessità di garantire un'assistenza specialistica dei pazienti affetti da Talassemia, la quale rappresenta una peculiarità epidemiologica della popolazione sarda che pertanto richiede lo sviluppo di programmi e politiche sanitarie specifiche. Sarà cura dell'ATS poi continuare nello sviluppo dei programmi assistenziali finalizzati alla cura dei pazienti affetti da epatite C attraverso un appropriato utilizzo dei farmaci innovativi.

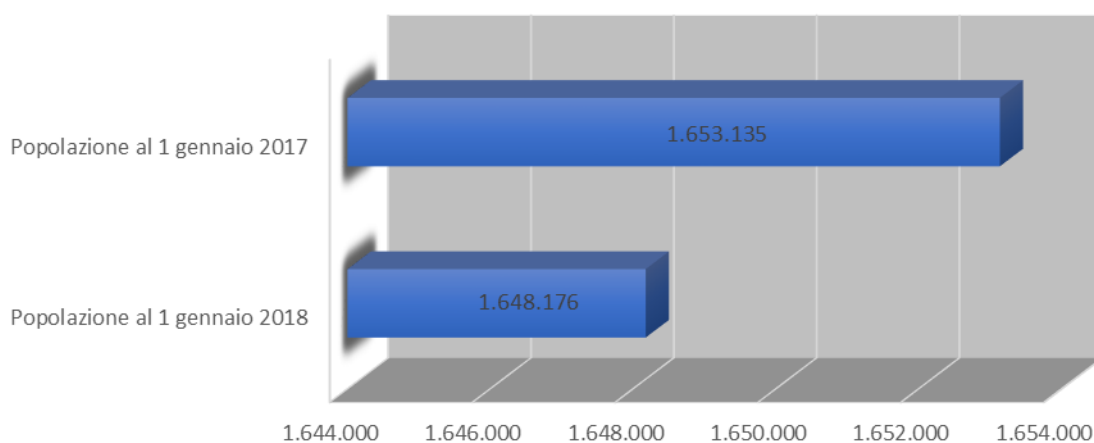
La popolazione del territorio di competenza della ATS Sardegna al **01.01.2018** ammonta a 1.648.176 residenti, un dato che evidenzia sempre più vecchia e meno vitale la popolazione isolana.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

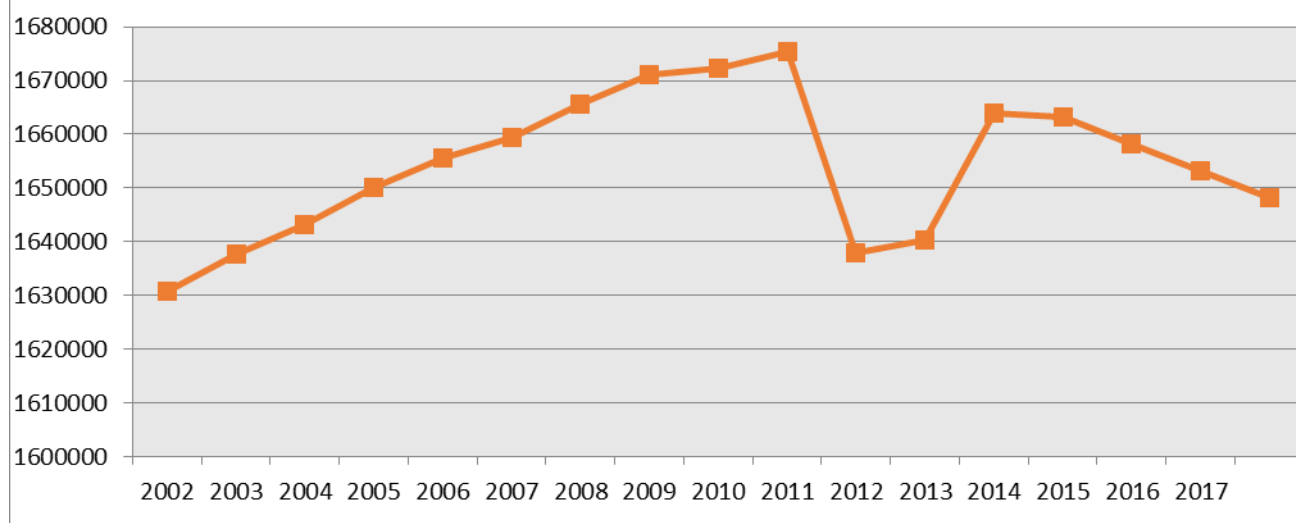
Questa tendenza è confermata con i valori registrati negli ultimi anni. La Sardegna nell'arco di nove anni ha visto diminuire la popolazione residente di 22.825 individui. I flussi migratori non riescono più a compensare il calo demografico dovuto alla dinamica naturale: il saldo migratorio totale infatti ha assunto valori negativi già da due anni.

Popolazione Residente Regione Sardegna



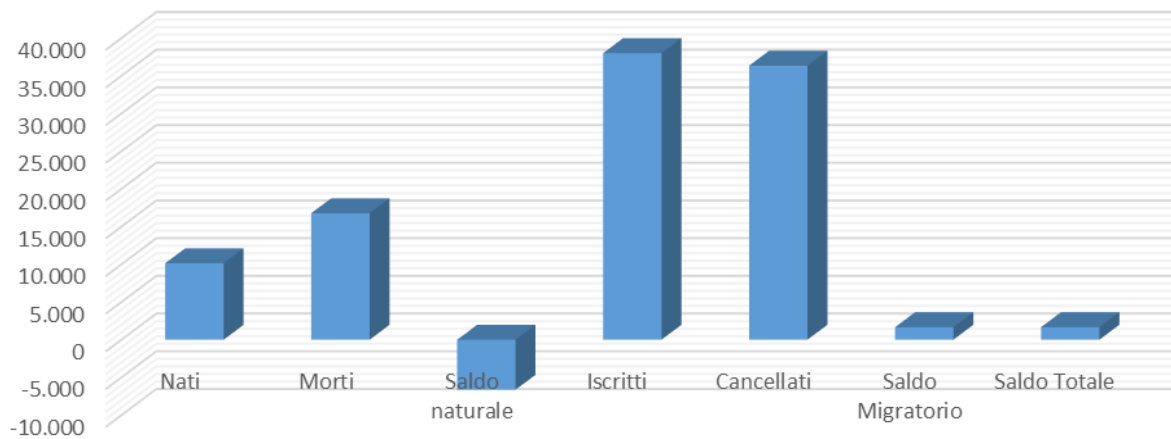
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

Trend di popolazione



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

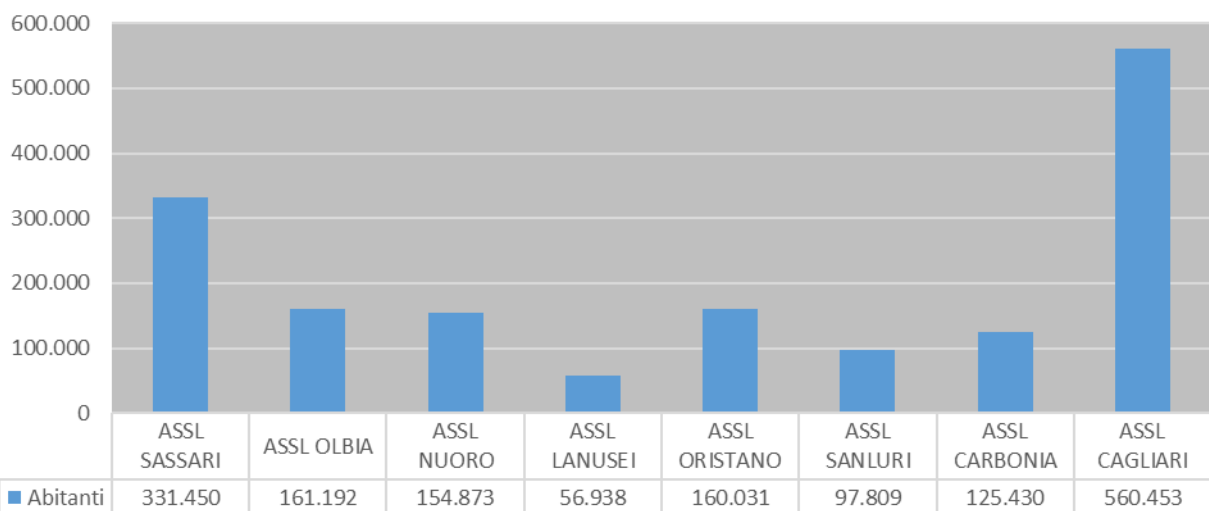
Bilancio Demografico Regione Sardegna

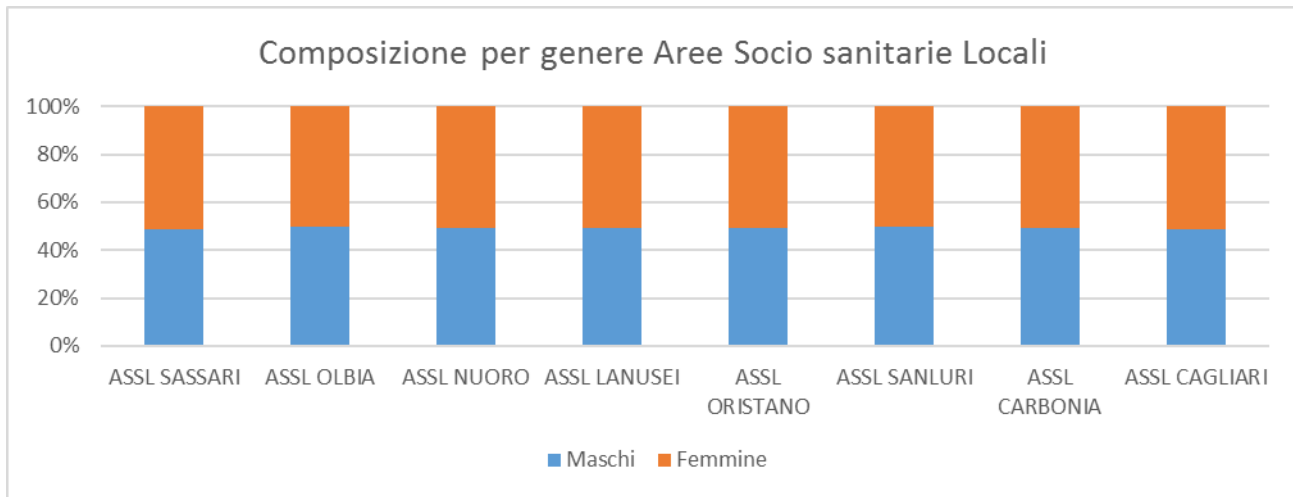


Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

Analizzando i dati per aree socio sanitarie, Olbia-Tempio è l'unico territorio dove si registra per il periodo 2010-2017 un incremento della popolazione di 5.071 abitanti. La distribuzione nei territori delle otto Aree Socio Sanitarie Locali è fortemente disomogenea con le aree più popolose al sud ed al nord (Cagliari e Sassari), rispettivamente col 34% e 20% della popolazione, tre territori pressoché equivalenti (Olbia-Tempio, Nuoro e Oristano) con circa il 10% della popolazione ciascuno ed un'area particolarmente piccola (Ogliastra), col 3,5%. Non vi sono particolari differenze nella distribuzione M/F.

Popolazione Residente per Aree Socio Sanitarie





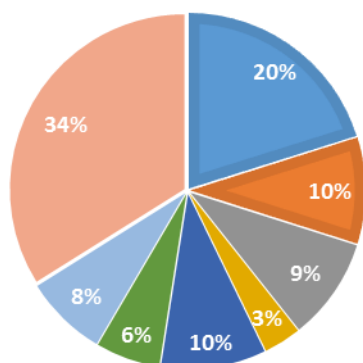
La composizione per età di una popolazione rappresenta senza alcun dubbio la risultante del movimento, nelle dinamiche naturali e migratorie, e di altre caratteristiche strutturali della popolazione. L'analisi dei dati conferma lo spostamento di popolazione dai paesi dell'interno verso le aree economicamente più forti concentrate lungo la costa.

Il flusso di popolazione attiva dall'interno verso la costa comporta effetti importanti per le dinamiche dell'intero territorio Regionale: il richiamo delle classi di età più giovani nei comuni costieri, anche in una situazione economica e lavorativa difficile, che grazie ancora a residue opportunità offerte dal mercato del lavoro e dal turismo (la cui stagionalità rappresenta ancora una criticità), incrementa i consumi e l'economia locale, contribuisce ad accentuare il divario con i comuni interni e determina un abbassamento dell'età media della popolazione residente. Il risultato più evidente di questo processo è il fenomeno dello spopolamento delle zone interne. Al processo di progressivo spopolamento, di emigrazione interna dei paesi dell'interno verso le città e in particolare verso le città costiere, è corrisposto un aggravamento dei divari di crescita e di qualità della vita, fra zone interne e aree urbane in una visione negativamente antagonista dei rispettivi ruoli e potenzialità. L'immagine geografica del futuro è quella di una Sardegna fatta "a ciambella": i centri delle coste che si affollano e al centro un enorme vuoto. I primi segnali ci sono da tempo: alla base una cronica carenza di lavoro, pochi servizi le famiglie che si spostano e il conseguente abbandono delle campagne.

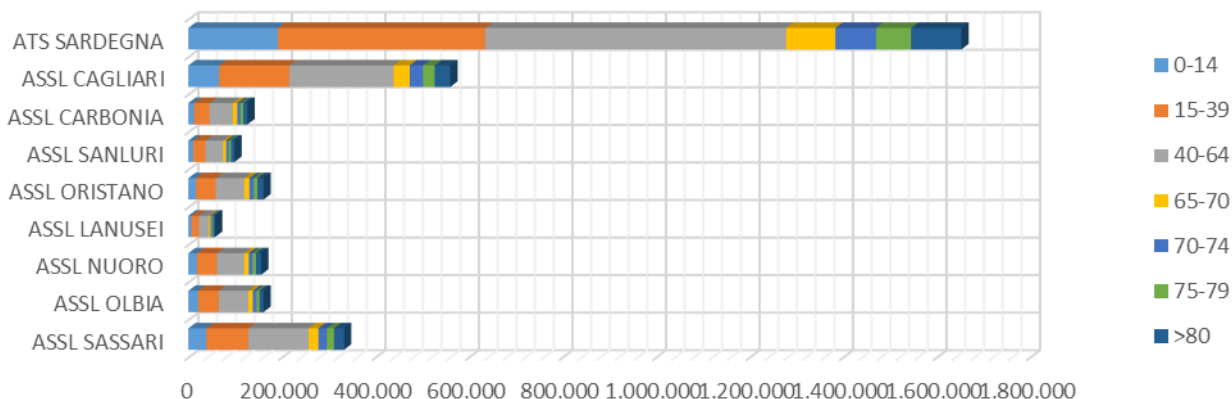
Il riconosciuto processo di indebolimento del tessuto sociale ed economico delle zone interne, non ha trovato negli ultimi anni, adeguate risposte e soprattutto coerenti e sinergiche azioni orientate ad invertire la tendenza in atto e sovrapporre ad esse nuovi scenari di sviluppo e nuove opportunità di crescita. In generale, settori come l'agricoltura, l'artigianato, l'industria, il turismo e il commercio devono caratterizzarsi in una logica di piena integrazione economica, per una proposta fondata sulla unità e qualità delle produzioni tipiche regionali. Il rilancio delle zone interne passa anche per adeguati sistemi di mobilità e nuove forme di relazioni imprenditoriali, sulla base di un modello territoriale di sviluppo policentrico.

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER AREE SOCIO SANITARIE LOCALI

■ ASSL Sassari ■ ASSL Olbia ■ ASSL Nuoro ■ ASSL Lanusei
■ ASSL Oristano ■ ASSL Sanluri ■ ASSL Carbonia ■ ASSL Cagliari



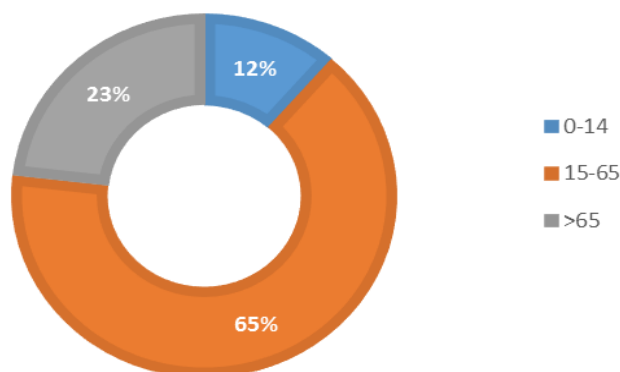
Classi d'età per Aree Socio Sanitarie Locali ATS Sardegna



Composizione della popolazione per classi d'età e indicatori di struttura demografica

La composizione per età della popolazione è l'elemento che, dal punto di vista demografico, risulta più significativo. Analizzare il processo di invecchiamento e quindi la presenza di anziani o di giovani, è fondamentale per comprendere la dinamica delle generazioni, le trasformazioni nella struttura familiare ed anche i numerosi fenomeni sociali, economici e culturali connessi; un'analisi di questo tipo permette poi di controllare i cambiamenti nella popolazione, relativi alle migrazioni e ai processi che caratterizzano la natalità e la mortalità. L'analisi degli indicatori di struttura demografica mostra una popolazione (caratterizzata da una diminuzione delle classi più giovani (0-14 anni e 15-39) e un aumento delle classi più adulte ad iniziare dalla classe 40-64 anni. I residenti in età compresa tra i 15 e 39 anni corrispondono al 26,8% della popolazione regionale. La percentuale di popolazione di 65 anni e più è al 22,6%, la popolazione di 75 anni e oltre ha raggiunto l'11% e anche i "grandi vecchi", ovvero gli ultra 85enni, incrementano il loro peso percentuale sul totale della popolazione residente con un 3,2% per l'anno 2018.

DISTRIBUZIONE PER FASCE D'ETÀ REGIONE SARDEGNA



14

L'indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 202,7 valore superiore a quello nazionale (168,5). Allo stesso modo, anche l'indice di dipendenza strutturale, importante nella scelta di politiche sociali, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, presenta un valore, pari a 52,9%, è inferiore rispetto a quello nazionale (55,8). Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente.

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione	Indice di carico di figli per donna
202,7	52,9	163,3	149,0	20,8

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'indice di struttura della popolazione, che, rapportando percentualmente il numero degli individui di età compresa tra 40 e 64 anni con quello di individui di età compresa tra i 15 e i 39, indica il grado di invecchiamento della popolazione, si attesta al 149%, ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più "vecchia" il che rappresenta un indubbio vantaggio in termini di dinamismo della popolazione. Infine, l'indice di ricambio, che rapporta la popolazione in procinto di uscire dall'età lavorativa (60-64 anni) su quella che è appena entrata a farne parte, è pari al 163 %: questo significa che ogni 100 persone che entrano nell'età lavorativa, 163 ne escono con un notevole restringimento della base potenzialmente produttiva. Il progressivo invecchiamento che caratterizza la popolazione sarda (al 1° gennaio 2018 si contano circa 202 anziani ogni 100 giovani con meno di 15 anni) investe, pur in presenza di una notevole variabilità, tutti gli ambiti territoriali.

Indici Demografici	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione	Indice di carico di figli per donna
Sardegna	202,7	52,9	163,3	149,0	20,8
Italia	168,9	56,0	130,4	135,1	22,8

L'invecchiamento investe tutta la Regione. Al 1° gennaio 2018 solo l'area socio sanitaria locale di Olbia-Tempio, con un indice pari al 158 %, riesce a registrare un valore inferiore alla media regionale e nazionale, rispettivamente 195,5% e 165,3%. Mentre le Aree socio Sanitarie di Oristano, Carbonia-Iglesias e Medio Campidano hanno indici di vecchiaia superiori al 200%, rispettivamente 251,8%, 260,9% e 232,7%.

La tabella seguente evidenzia incidenza percentuale per classi d'età sul totale della popolazione regionale.

	0-14	15-39	40-64	65>	Indice di vecchiaia
ASSL SASSARI	38.133	86.922	129.589	76.806	201,4
ASSL OLBIA	20.834	43.823	63.587	32.948	158,1
ASSL NUORO	18.261	41.532	58.164	36.916	202,2
ASSL LANUSEI	6.935	15.243	21.440	13.320	192,1
ASSL ORISTANO	16.416	41.226	61.051	41.338	251,8
ASSL SANLURI	10.440	25.512	37.557	24.300	232,8
ASSL CARBONIA	12.300	31.792	49.247	32.091	260,9
ASSL CAGLIARI	65.071	147.307	223.945	124.130	190,8
Sardegna	188.390	433.357	644.580	381.849	202,7

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

Di seguito si evidenzia inoltre la distribuzione della popolazione suddivisa per ogni ASSL per classi d'età.

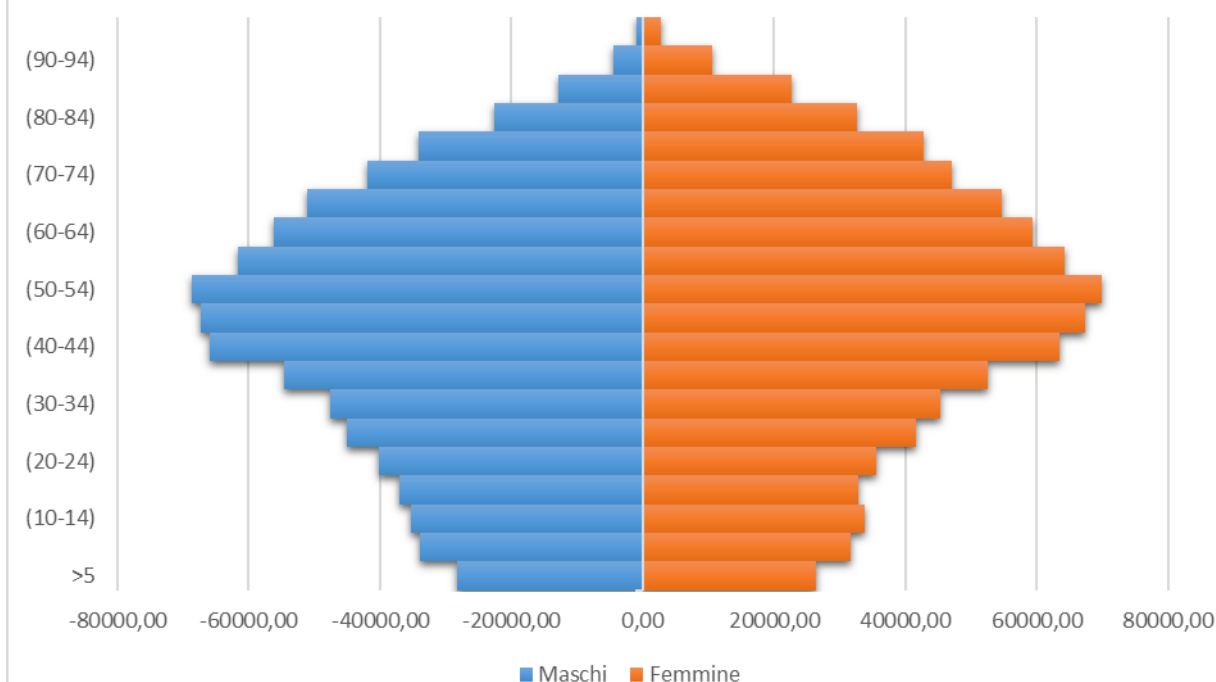
Area Socio Sanitaria	0-14	15-39	40-64	65-70	70-74	75-79	>80	Totale
ASSL SASSARI	38.133	86.922	129.589	20.915	18.239	15.655	21.997	331.450
ASSL OLBIA	20.834	43.823	63.587	9.475	7.995	6.741	8.737	161.192
ASSL NUORO	18.261	41.532	58.164	9.835	8.328	7.406	11.347	154.873
ASSL LANUSEI	6.935	15.243	21.440	3.464	2.968	2.701	4.187	56.938
ASSL ORISTANO	16.416	41.226	61.051	10.791	9.433	8.288	12.826	160.031
ASSL SANLURI	10.440	25.512	37.557	6.635	5.530	4.866	7.269	97.809
ASSL CARBONIA	12.300	31.792	49.247	9.940	7.320	6.039	8.792	125.430
ASSL CAGLIARI	65.071	147.307	223.945	34.805	29.334	25.297	34.694	560.453
Sardegna	188.390	433.357	644.580	105.860	89.147	76.993	109.849	1.648.176

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

	0-14	15-39	40-64	65>	Totale
ASSL SASSARI	11,50%	26,22%	39,10%	23,17%	331.450
ASSL OLBIA	12,92%	27,19%	39,45%	20,44%	161.192
ASSL NUORO	11,79%	26,82%	37,56%	23,84%	154.873
ASSL LANUSEI	12,18%	26,77%	37,65%	23,39%	56.938
ASSL ORISTANO	10,26%	25,76%	38,15%	25,83%	160.031
ASSL SANLURI	10,67%	26,08%	38,40%	24,84%	97.809
ASSL CARBONIA	9,81%	25,35%	39,26%	25,58%	125.430
ASSL CAGLIARI	11,61%	26,28%	39,96%	22,15%	560.453
Sardegna	11,43%	26,29%	39,11%	23,17%	1.648.176

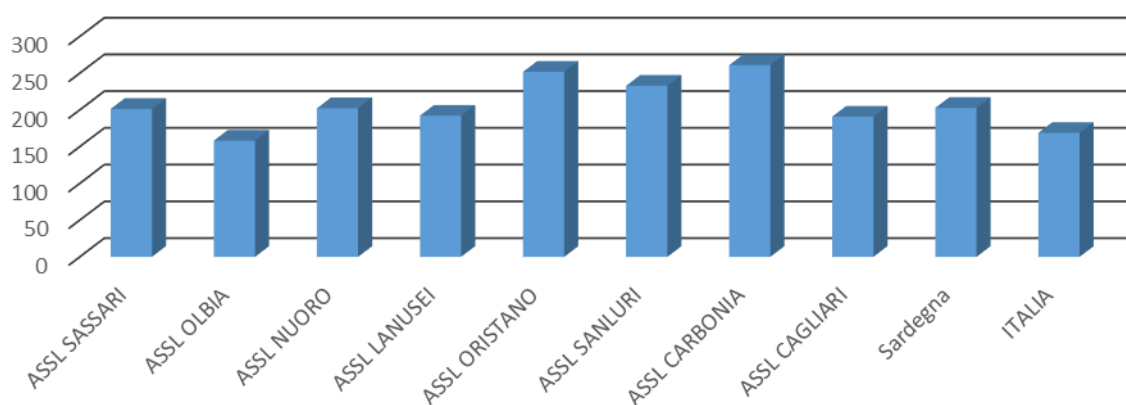
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

Piramide dell'età per sesso della popolazione residente in Sardegna



La piramide dell'età ci mostra come la bassa natalità non porta solo ad una riduzione della popolazione ma anche ad un'accentuazione dello squilibrio strutturale. A fronte, infatti, di un numero di anziani che aumenta grazie ai miglioramenti delle condizioni di vita in età avanzata, la riduzione delle nascite porta ad una diminuzione del numero di giovani.

Indice di Vecchiaia

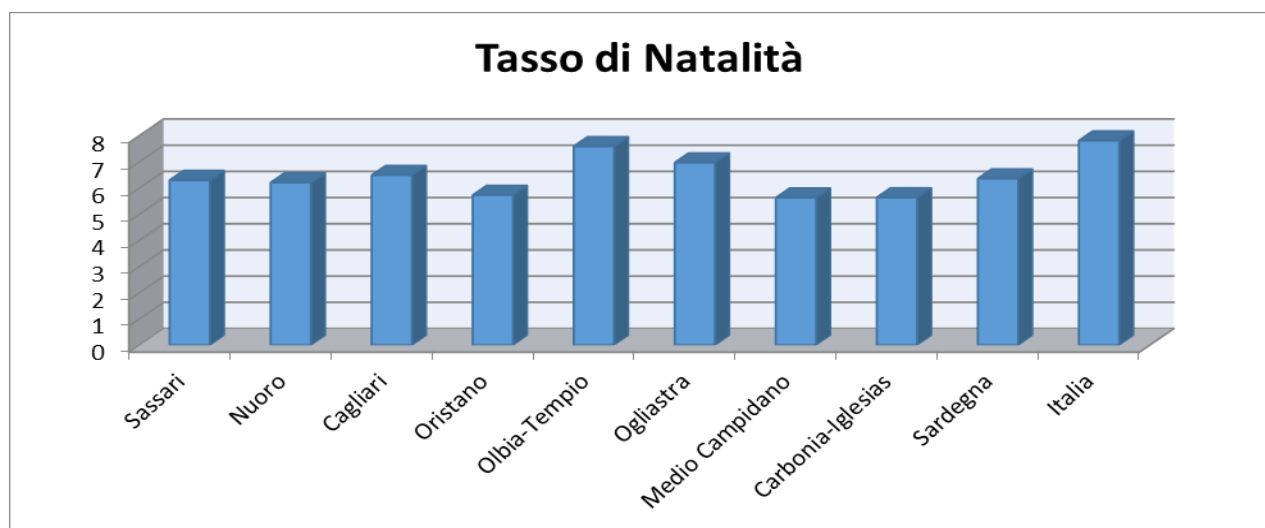


La Sardegna è una Regione demograficamente sempre più sbilanciata. Ad indicarlo è il divario negativo crescente tra nascite e decessi. Nel corso del 2017 le persone che hanno iniziato la loro vita (i nati) sono state 6.631 mila in meno rispetto a coloro che l'hanno conclusa (i morti). Il numero di nascite diminuisce non solo per le difficoltà ad avere i figli desiderati, ma anche per la progressiva riduzione delle potenziali madri. Le donne nate nel periodo del baby boom sono ormai uscite dall'età fertile e il ruolo riproduttivo è ora sempre più assegnato alle generazioni demograficamente meno consistenti nate dopo la fine degli anni Settanta. Questo repentino crollo delle nascite si inserisce in una storia ormai quarantennale di bassa fecondità, dovuta al tipo di

rapporti patriarcali fra le generazioni caratteristico dell'Italia, di altri paesi del Sud Europa (penisola Iberica e Balcanica) e dell'estremo oriente industrializzato (Giappone, Corea del Sud, Singapore, grandi città della Cina). In tutte queste società i genitori sono praticamente gli unici responsabili della riuscita sociale dei figli, su cui investono moltissimo, sia dal punto di vista economico che valoriale. Tuttavia, questa tendenza di fondo non è sufficiente a spiegare il crollo delle nascite degli ultimi anni, per cui è necessario richiamare altri fattori.

Territorio	Tasso di Natalità	Tasso di Mortalità
Sassari	6,30	10,47
Nuoro	6,21	10,89
Cagliari	6,49	8,72
Oristano	5,73	11,18
Olbia-Tempio	7,59	8,48
Ogliastra	6,97	10,08
Medio Campidano	5,63	10,46
Carbonia-Iglesias	5,64	10,08
Sardegna	6,36	9,75
Italia	7,81	10,15

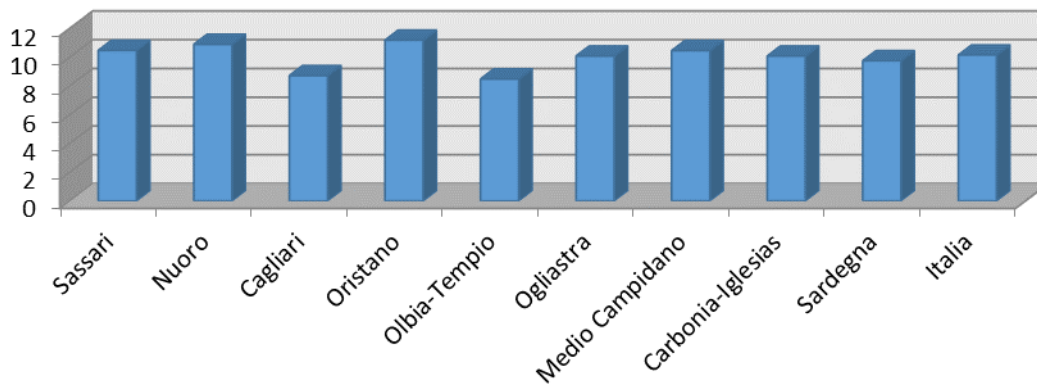
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2017)



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (Valori per mille abitanti 2016)

La crisi della natalità in Italia è sotto gli occhi di tutti. La natalità conferma la tendenza alla diminuzione: il livello delle nascite del 2016, pari a 474 mila, è superato da quello del 2017 con 458.151, **-15 mila sul 2016**. Tra i nuovi nati, 68 mila sono stranieri (14,8% del totale), anch'essi in diminuzione. Il saldo naturale è positivo per i cittadini stranieri (quasi 61 mila unità), mentre per i residenti italiani il deficit è molto più ampio e pari a 251.537 unità. I decessi sono stati quasi 650 mila, circa 34 mila in più rispetto al 2016, un trend di continua crescita dovuto all'invecchiamento della popolazione.

Tasso di Mortalità



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (Valori per mille abitanti 2016)

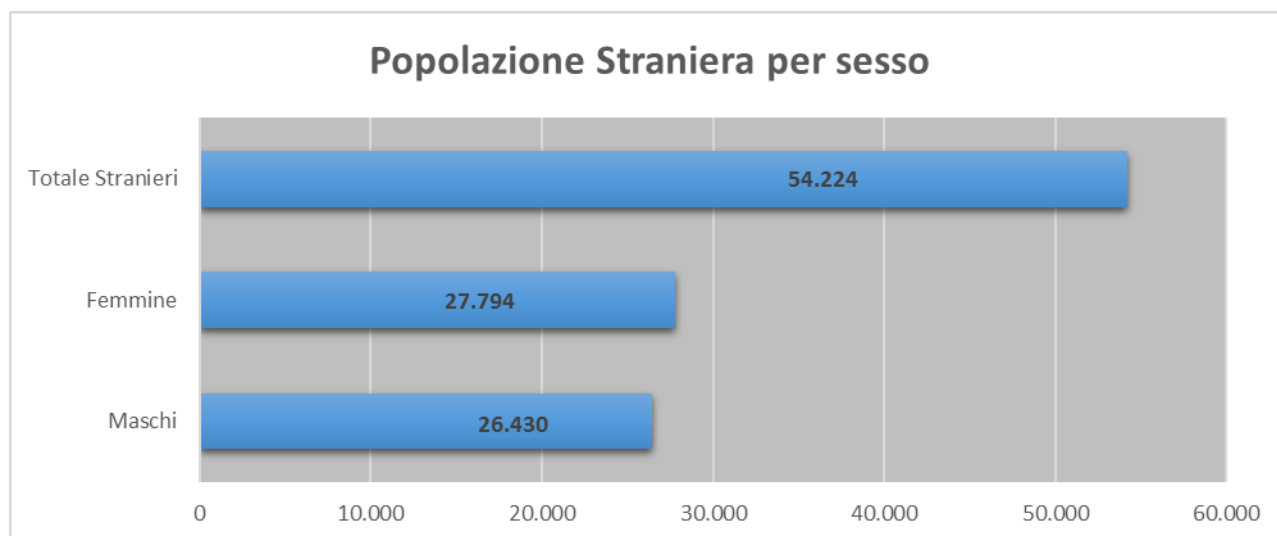
A livello Regionale diminuisce anche il quoziente di mortalità, che passa da 9,6 per mille abitanti nel 2016 a 9,2 per mille nel 2017: una media di 1.398 morti al mese contro le 845 nascite mensili, un saldo medio di 553 persone in meno per mese del 2017. Il numero di decessi in un dato anno è funzione del livello e della struttura per età della popolazione. Dal momento che le persone tendono a vivere più a lungo, ingrossando nel tempo le fila della popolazione in età anziana, è lecito attendersi un andamento crescente dei decessi a meno di oscillazioni di natura congiunturale. Si riducono i rischi di morte in età avanzata, ma cresce il numero di persone nelle età in cui i rischi sono più elevati.



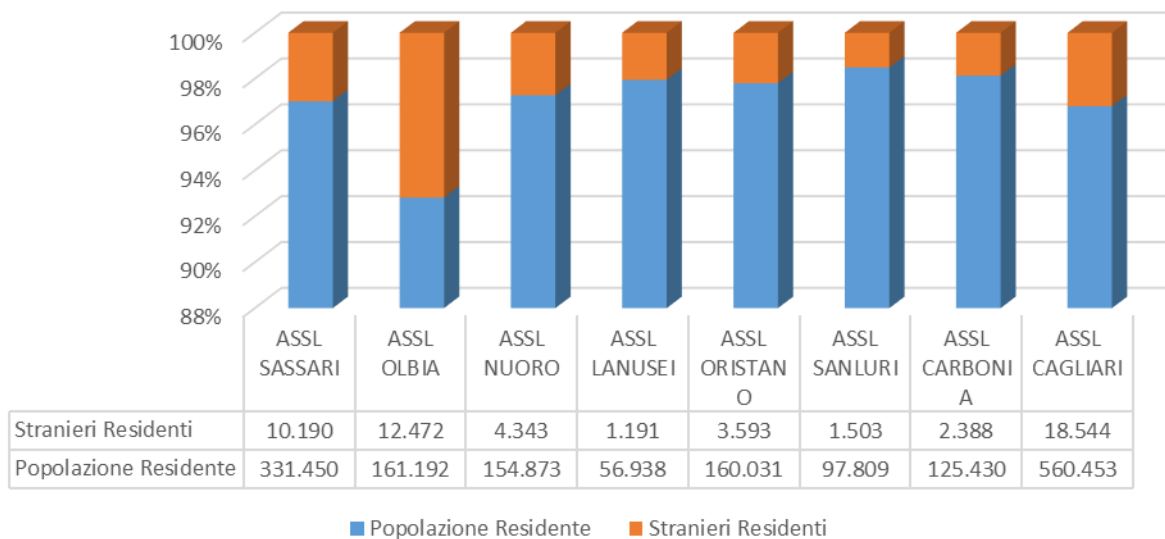
La Sardegna in fatto di fecondità ha registrato una significativa contrazione. L'Isola è la regione italiana con il minor tasso di fertilità totale (**TFT**), 1.10 contro l'1,34 su scala nazionale. Un numero ben lontano dalla soglia di 2,1 figli per donna, quantità necessaria per un sufficiente ricambio generazionale. È cresciuta, intanto, l'età delle madri sarde al primo nato (32,4 anni, nel 1995 era 30,5) così come il numero delle coppie senza figli. Complessivamente, nell'Isola il tasso di natalità è ormai sotto il 7 per mille (6,14 dati Istat) mentre il tasso di mortalità è al 10,16 per mille. La diminuzione della natalità è determinata da molti fattori ma le considerazioni economiche, legate all'aumento della povertà e alla disoccupazione giovanile hanno indubbiamente un ruolo importante. A conferma di queste considerazioni si è osservato su scala nazionale ad una riduzione del 8% del total fertility rate (il tasso di fecondità generale) calcolato su donne in età fertile dal 2011 al 2015 e nello stesso periodo il tasso di disoccupazione è passato dal 7% al 13%. (Nascere oggi in Italia, SIP 2016)

La popolazione straniera

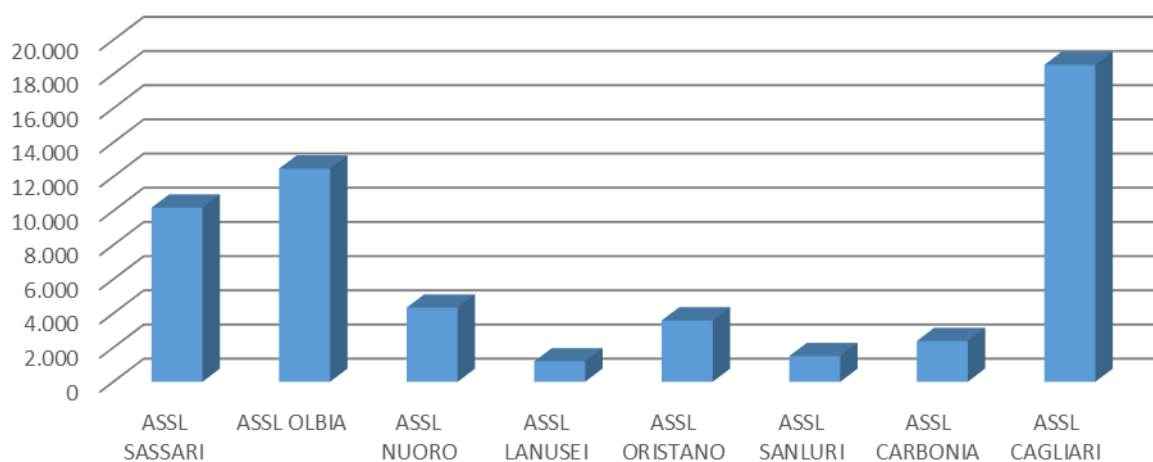
Aumenta il numero degli stranieri nell'Isola, nascono più figli di immigrati che bambini sardi, come precedentemente detto la popolazione isolana è comunque in calo nonostante l'apporto demografico degli stranieri. Nell'Isola l'aumento degli immigrati si inserisce in un momento di crisi demografica: la popolazione totale è calata da 1.663.286 alla fine del 2014 a 1.648.176 alla fine del 2017. Sempre meno anche le nascite dei bimbi sardi, passate dal 6,4 al 6,1%. Per contro la popolazione straniera (*tasso di natalità 8,1nati*) mostra una struttura per età sensibilmente più giovane rispetto alla popolazione con cittadinanza italiana. I residenti stranieri alla fine del 2017 sono 54.224. Quasi la metà, 26 mila, arrivano da paesi europei. I primi per numero sono i rumeni (14.216, il 26,2%), seguiti dai senegalesi (4.813, 8,8%), marocchini (4.354, 8,0%), cinesi (3.373, il 6,2%). Dall'est Europa arrivano soprattutto donne, impiegate in particolare nella cura agli anziani. Gli stranieri abitano soprattutto nei grandi centri e nelle zone costiere dove sono presenti porti e aeroporti. È l'Area Socio Sanitari di Olbia quella con la maggiore concentrazione di stranieri: sono il 7,7% della popolazione residente, per l'Area di Cagliari il 3,3%. La popolazione straniera incide per il 3,29% su quella regionale.



Rapporto tra popolazione residente e stranieri residenti



Stranieri Residenti per Aree Socio Sanitarie



Incidenza percentuale per Area Stranieri Residenti

ASSL SASSARI	10.190 Ab.	3,07
ASSL OLBIA	12.472 Ab.	7,74
ASSL NUORO	4.343 Ab.	2,80
ASSL LANUSEI	1.191 Ab.	2,09
ASSL ORISTANO	3.593 Ab.	2,25
ASSL SANLURI	1.503 Ab.	1,54
ASSL CARBONIA	2.388 Ab.	1,90
ASSL CAGLIARI	18.544 Ab.	3,31

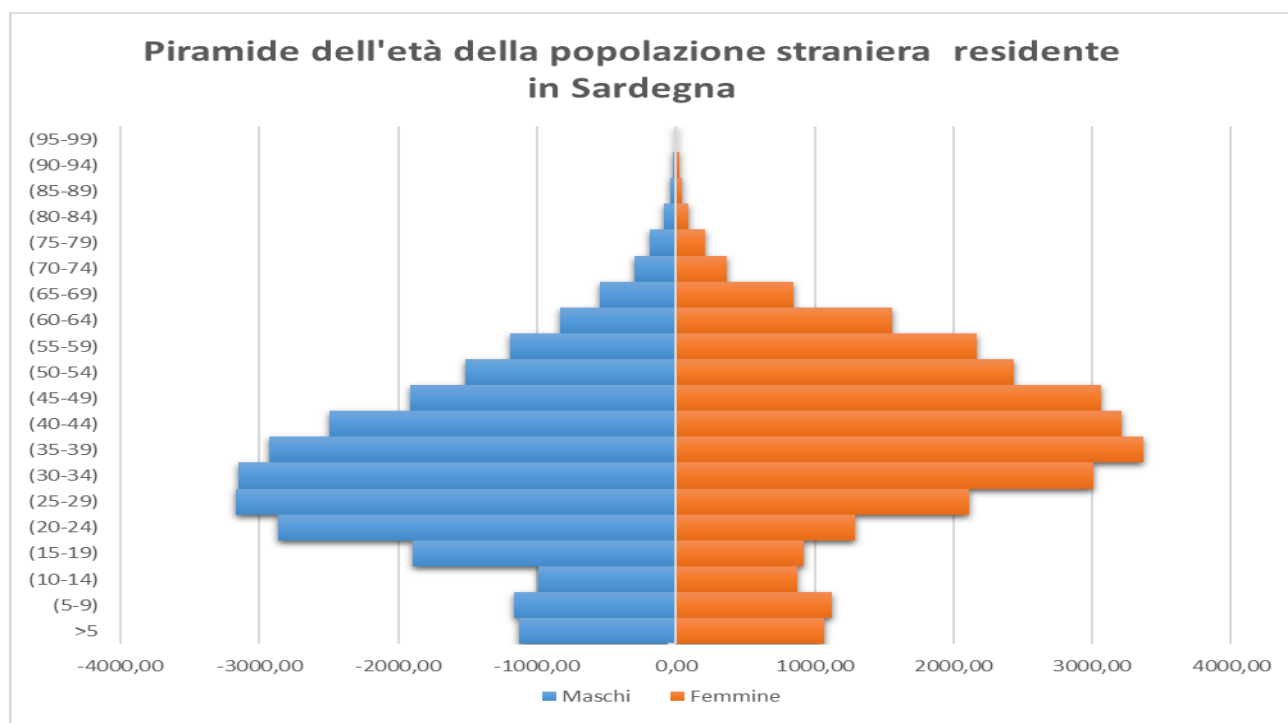
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

	Stranieri residenti	% sul totale stranieri residenti	Variazione % sul 2016	Incidenza % sulla popolazione residente totale	Donne straniere per 100 stranieri	% di nati stranieri sul totale dei nati
Sardegna	54.224	1,1	7,7	3,3	51,3	4,2
Italia	5.144.440	100	2	8,5	52	14,8

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

	Acquisizioni della cittadinanza italiana per mille stranieri residenti	Tasso di natalità	Tasso di crescita naturale	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio estero
Sardegna	12,7	8,1	6,3	-5,6	106,9
Italia	29	13,3	12	0,3	51

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

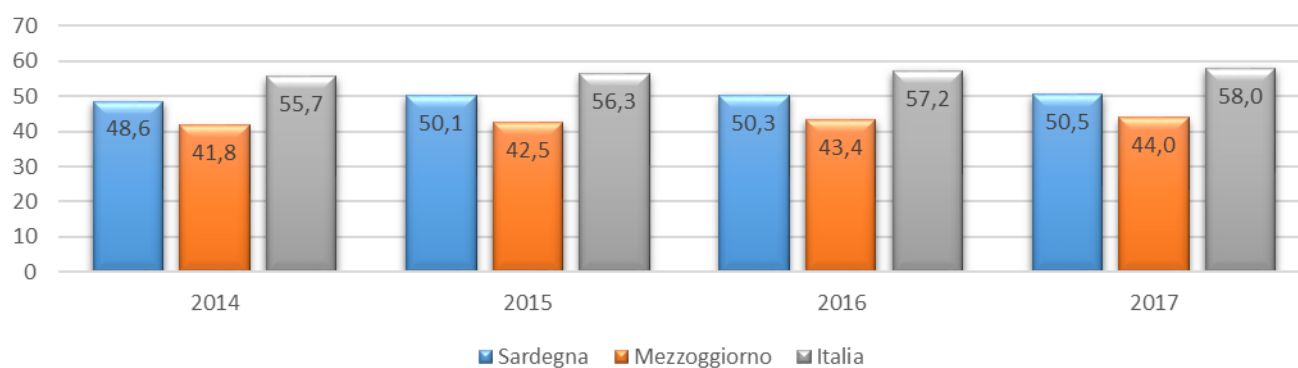


I determinanti sociali della salute

I determinanti sociali di salute più importanti sono scuola, lavoro, reddito e condizioni abitative.

Per la salute sono fondamentali l'occupazione e la qualità del lavoro. Si osserva che solo un lavoro di qualità risponde pienamente ai bisogni di reddito, autonomia e realizzazione che consentono l'esercizio della cittadinanza e il controllo sulla salute. Se il lavoro ha caratteristiche di orario e di condizioni fisiche e sociali di lavoro, retribuzione, stabilità percepita, significati attribuiti, troppo lontani dai bisogni della persona e dalle caratteristiche mediamente ritenute soddisfacenti, emergono effetti di breve e lungo periodo sulla salute. Se si è disoccupati, l'effetto di logoramento sulla salute è ancora più accentuato.

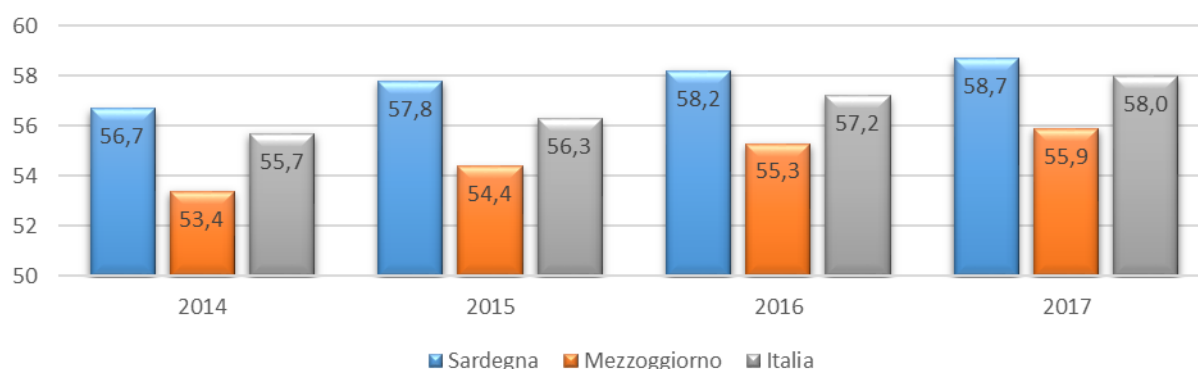
Tasso di occupazione totale



Fonte dati: Elaborazione su dati Istat (01.01.2017)

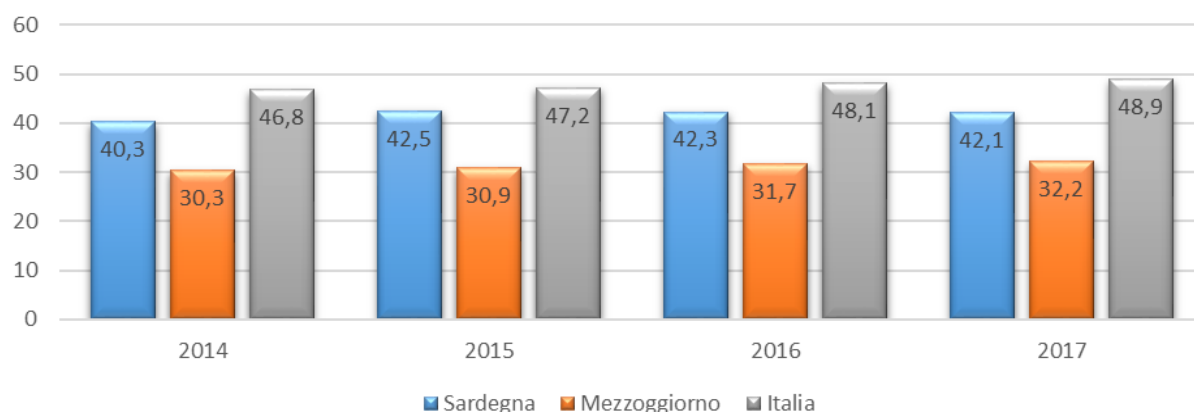
L'accesso a opportunità di lavoro e a carriere e posizioni professionali di qualità è fortemente condizionato dalle disuguaglianze sociali, sia perché l'effetto delle disuguaglianze è forte in tutti i livelli dell'istruzione e quindi crea differenze nella dotazione di titoli di studio e nella qualità delle esperienze di apprendimento, sia perché le relazioni personali e familiari risultano fondamentali nell'accesso alle opportunità di lavoro e nello sviluppo della carriera professionale.

Tasso di occupazione maschi



Fonte dati: Elaborazione su dati Istat (01.01.2017)

Tasso di occupazione femmine



Il ruolo degli ammortizzatori sociali però non è stato altrettanto efficace nel diminuire le disuguaglianze, essendosi concentrato soprattutto su quanti erano maggiormente incardinati nel mercato del lavoro. Il risultato è che anche in questo caso si osserva uno svantaggio in particolare per i più giovani, dove al crollo dell'occupazione non è corrisposto un ruolo di inclusione apprezzabile da parte della rete del welfare. In merito alla dimensione della qualità del lavoro, al benessere e alla salute percepita sul lavoro l'Italia risulta essere nel 2015 uno dei casi che ha più ampio potenziale di miglioramento in Europa (quart'ultima su 35 paesi di EU, Efta e nazioni candidate, Eurofund, 2015), con un'area problematica estesa che coinvolge il 30-35% dei lavoratori.

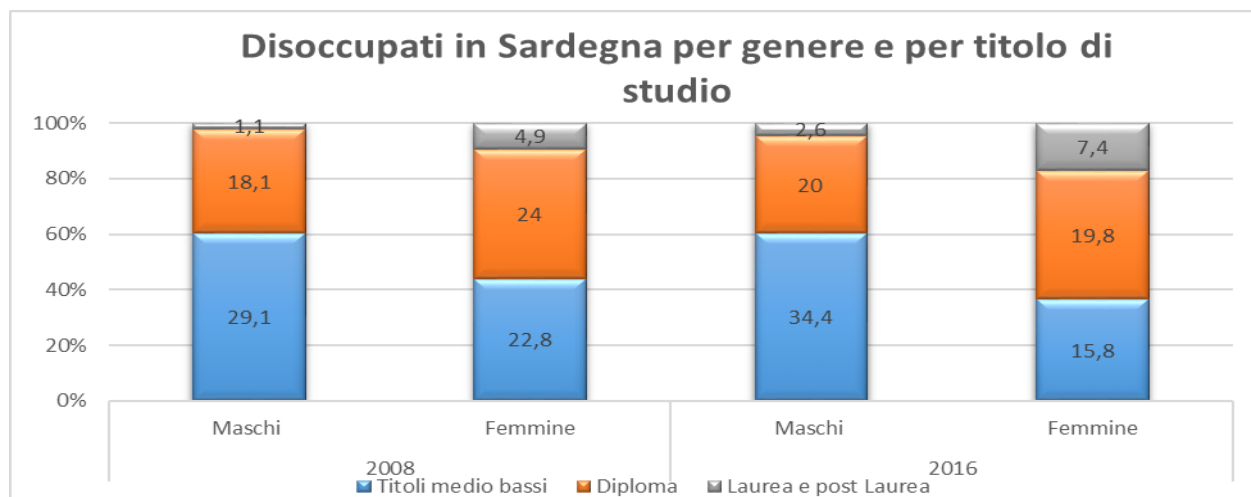
La Disoccupazione in Sardegna

Nel secondo trimestre del 2017 l'Istat misura un calo del tasso di disoccupazione al 15%, contro il 16,7% dello stesso periodo dell'anno passato. Calano sia la componente maschile (che passa dal 16,7% al 15,6%) che quella femminile (che scende addirittura dal 16,6% al 14,3%). La performance della Sardegna si differenzia totalmente da quella del resto del Mezzogiorno, dove il tasso di disoccupazione resta sostanzialmente stabile (da 19,3% al 19,2%), e si avvicina all'andamento nazionale, che registra un calo dall'11,5% al 10,9%. Secondo l'Istituto di statistica i disoccupati in Sardegna scendono da 112.400 dello stesso periodo del 2016 a 100.600 (-10,5%, di cui -7,3% della componente maschile e un incoraggiante -15,1% di quella femminile). Cresce il tasso di occupazione dal 50,3% al 51,2%, con un aumento sia della componente maschile (da 58,5% a 59,4%) che femminile (da 42,0% a 42,8%). Gli occupati passano, complessivamente da 562.000 a 568.200 (+1,1%). Guardando gli andamenti tendenziali dei singoli settori, spicca il +23,6% delle costruzioni, a seguire il +10,3% del commercio, alberghi e ristoranti e il +2,0% dell'industria in senso stretto. Flessione invece del -5,0% per altre attività dei servizi. Invariato il dato dell'agricoltura.

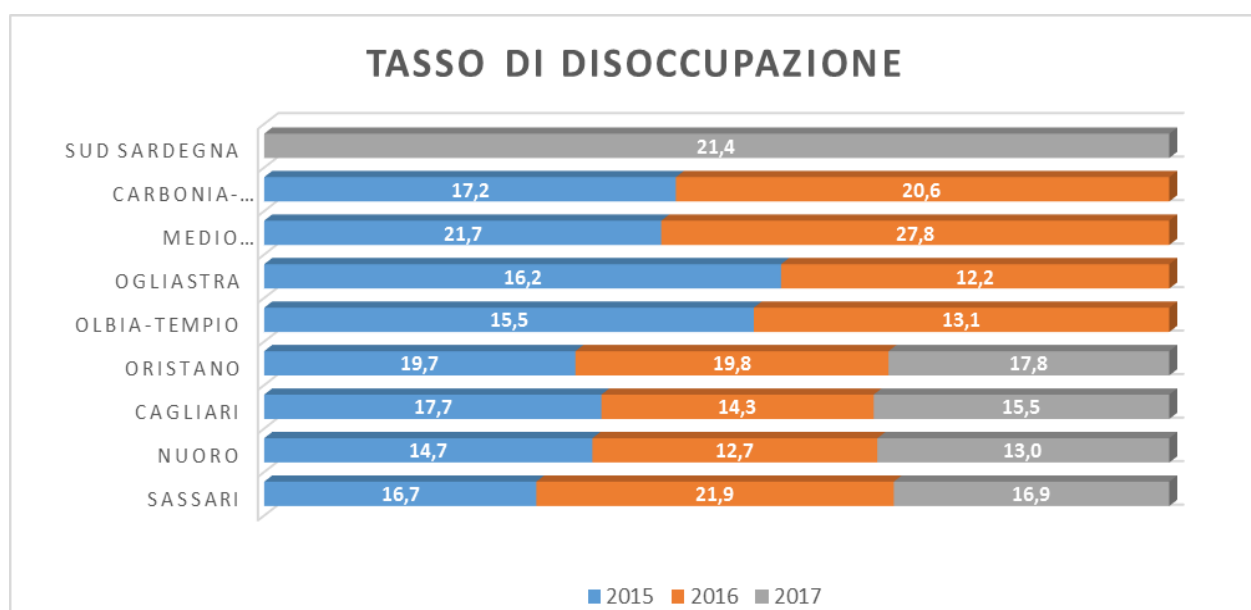
Territorio	Anno		
	2015	2016	2017
Sassari	16,7	21,9	16,9
Nuoro	14,7	12,7	13,0
Cagliari	17,7	14,3	15,5
Oristano	19,7	19,8	17,8
Olbia-Tempio	15,5	13,1	..
Ogliastra	16,2	12,2	..
Medio Campidano	21,7	27,8	..
Carbonia-Iglesias	17,2	20,6	..
Sud Sardegna	21,4
SARDEGNA	17,4	17,3	17

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

I disoccupati diminuiscono e con loro le persone tanto scoraggiate da non cercare più lavoro (gli "inattivi"). Aumentano significativamente gli occupati (8000 posti di lavoro in più). In questo momento il mercato del lavoro registra miglioramenti molto più netti di quelli ottenuti nel resto del Paese.



Fonte dati: Elaborazione su dati Istat (01.01.2017)



Fonte dati: Elaborazione su dati Istat (01.01.2017)

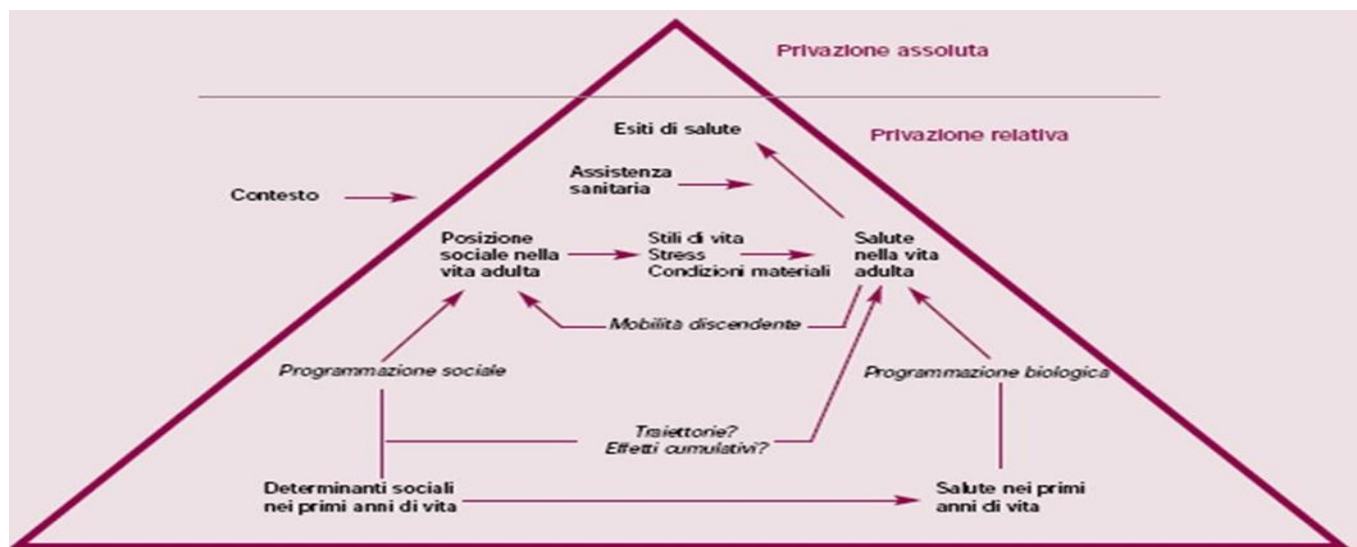
Il reddito familiare disponibile di fonte Banca d'Italia ha subito una diminuzione del 13,8%, una perdita che ha coinvolto tutti gli strati sociali, anche la classe media, ma che è stato proporzionalmente più pronunciato per le basse classi sociali. I consumi in termini reali (beni, servizi e fitti) di fonte Istat, dopo l'esordio della crisi nel 2007, mostrano una caduta del 10,4%, una flessione che investe tutti. In termini di disuguaglianze territoriali (Viesti, 2015) la crisi ha colpito più forte nel Mezzogiorno dove il PIL pro-capite ha seguito la caduta dell'occupazione e anche degli investimenti pubblici, che sono crollati del 40%, mentre gli investimenti dei fondi europei per la coesione hanno avuto scarsi sviluppi. Lo stesso andamento si osserva per gli indicatori di deprivazione materiale con un effetto più pronunciato sulle classi di reddito più povere. I gruppi a maggiore rischio sono le fasce di età minori, giovani e adulte, di bassa istruzione, monogenitori con figli a carico, stranieri immigrati e nel Mezzogiorno.

La questione dell'abitazione incrocia in diversi modi il tema dei determinanti sociali di salute. In primo luogo, godere di condizioni abitative adeguate al bisogno della famiglia e agli standard qualitativi minimi per il contesto sociale in cui si vive è un elemento importante del benessere. Negli ultimi 20 anni, con il progressivo superamento del modello sociale fordista, la maggior

frammentazione della famiglia, la disoccupazione giovanile e il ritardo nel conseguimento dell'autonomia abitativa dei giovani, l'invecchiamento e il moltiplicarsi di anziani soli, l'aumento di numero di persone e famiglie straniere immigrate, è progressivamente aumentato lo scarto tra le esigenze delle persone e dei nuclei familiari, da un lato, e la struttura e le condizioni fisiche ed economiche di offerta del patrimonio abitativo, dall'altra.

Livelli di scolarità

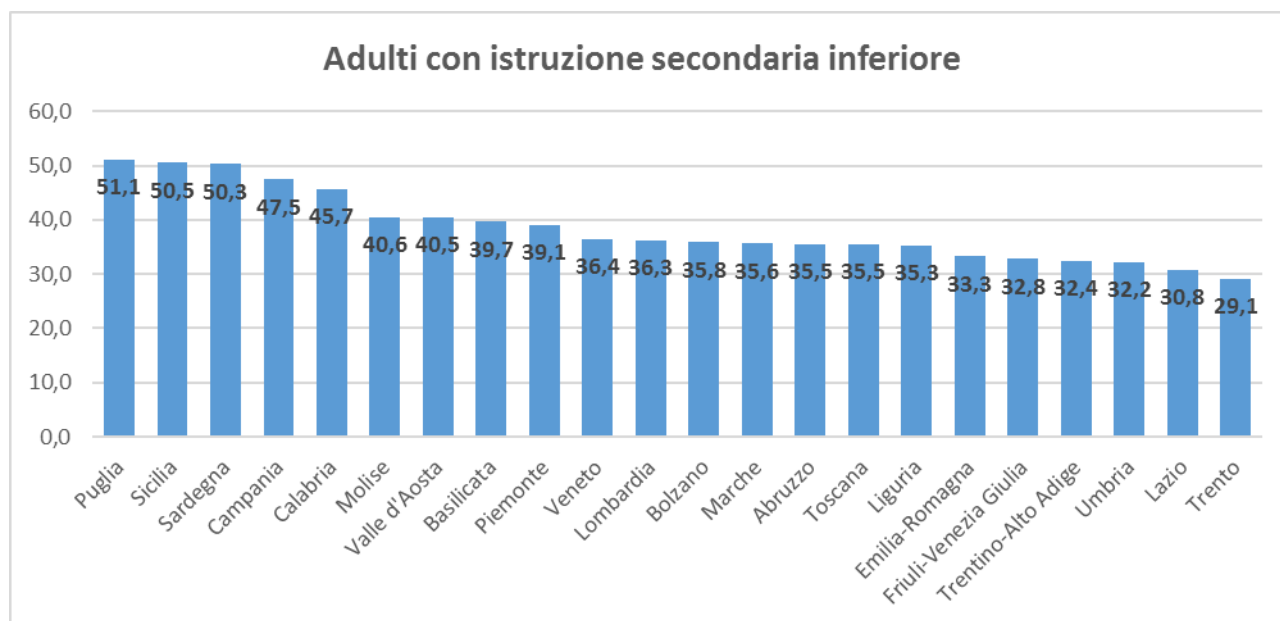
I sistemi dell'istruzione pubblica, nei loro differenti livelli, rappresentano la più importante esperienza sociale che accompagna la crescita delle persone fin dall'età pre-scolare, attraverso la quale si può tentare di ridurre le disuguaglianze di salute, che derivano dalle disuguaglianze sociali tra le famiglie di origine. Sono almeno quattro i passaggi nei quali riemergono e si riproducono le disuguaglianze sociali di origine e si riducono le opportunità per le persone svantaggiate: la possibilità di accedere a un ciclo di istruzione, la possibilità di completarlo con successo, il tipo di indirizzo seguito e la qualità della preparazione conseguita. Le ricerche evidenziano da sempre il vantaggio sistematico dei giovani che hanno genitori con livello di istruzione più elevato, maggiori risorse economiche e più ampi margini di investimento. La qualità e l'estensione dell'esperienza scolastica sono alla base della costruzione delle competenze professionali, ma anche delle life skills, le competenze sociali fondamentali sia nel lavoro, sia nell'esercizio della cittadinanza, delle relazioni sociali e del controllo sulla salute. La scuola, quindi, è il primo ambito dove esiste un potenziale di salute da valorizzare attraverso il contrasto alle disuguaglianze e il potenziamento delle competenze che consentono di esercitare pienamente e liberamente le scelte di vita.



Le disuguaglianze sociali nella povertà educativa nascono fuori dalla scuola, hanno origine dalle disuguaglianze nelle competenze genitoriali e nell'offerta di scuola dell'infanzia e generano svantaggi di base nelle competenze e capacità cognitive, affettive e sociali dei bambini.

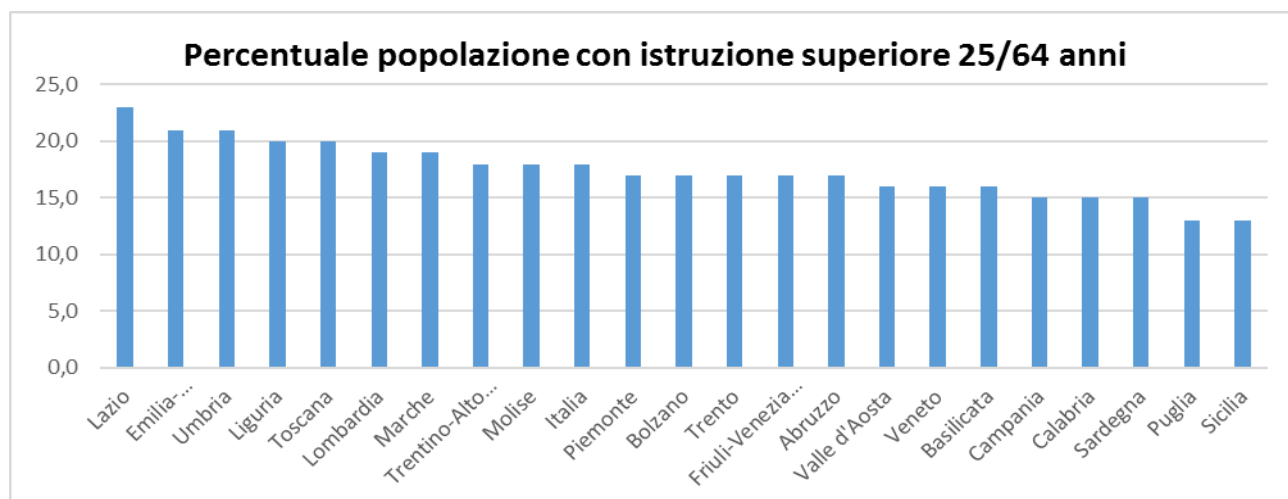
Quando questa popolazione diseguale e in forte cambiamento giunge nella scuola dell'obbligo, nei suoi diversi gradi, trova un'offerta universalistica in affanno. L'offerta scolastica per i ragazzi è in ampia misura quella tradizionale, nei programmi e nei metodi, tipica di una società che invecchia, concentrata nelle aree urbane. Le nuove tecnologie e le potenziali innovazioni che consentono e richiedono sono poco usate da insegnanti con un'età media tuttora molto alta. Lo scollamento tra formazione e società si misura anche dalla distanza col mondo del lavoro: la riforma scolastica ha

introdotto l'alternanza scuola lavoro ispirata al modello duale tedesco, fatto importante che permette alla scuola di aprirsi ad un mondo che sta fuori con sue regole e comportamenti sociali e che può contaminarne positivamente l'impostazione.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2017)

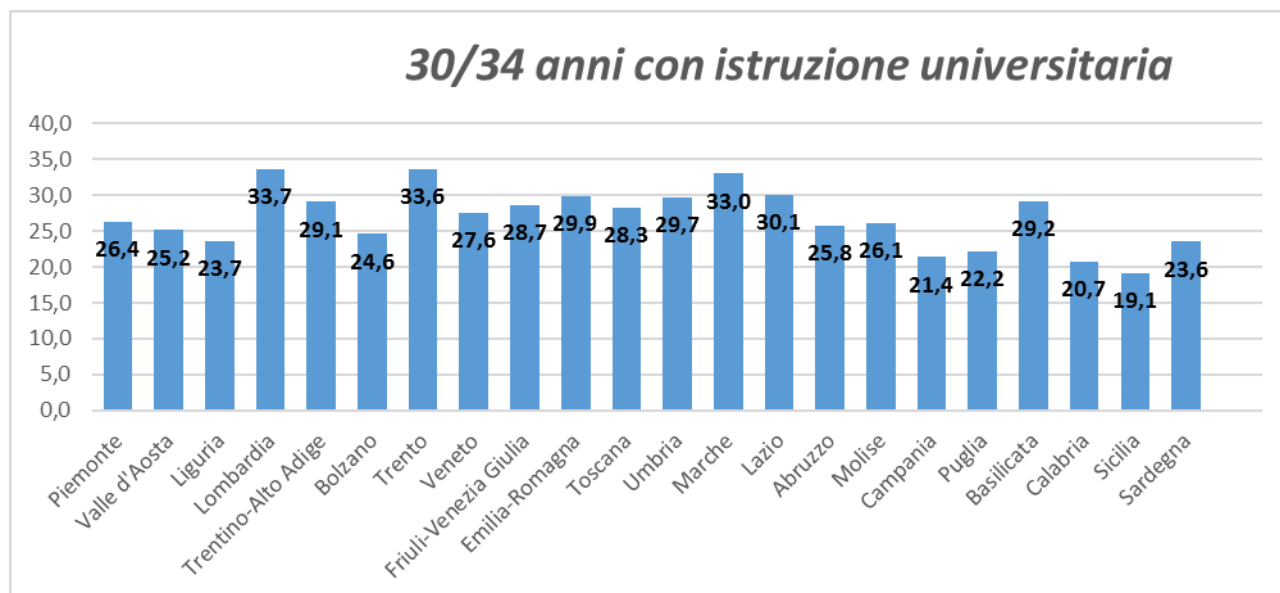
In dieci anni è aumentato notevolmente il numero di italiani con almeno un diploma secondario superiore. Resta però basso, rispetto alla media europea, quello dei laureati. Sono i dati emersi dallo studio dell'Istat "Livelli di istruzione della popolazione e ritorni occupazionali: i principali indicatori" per l'anno 2017.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2017)

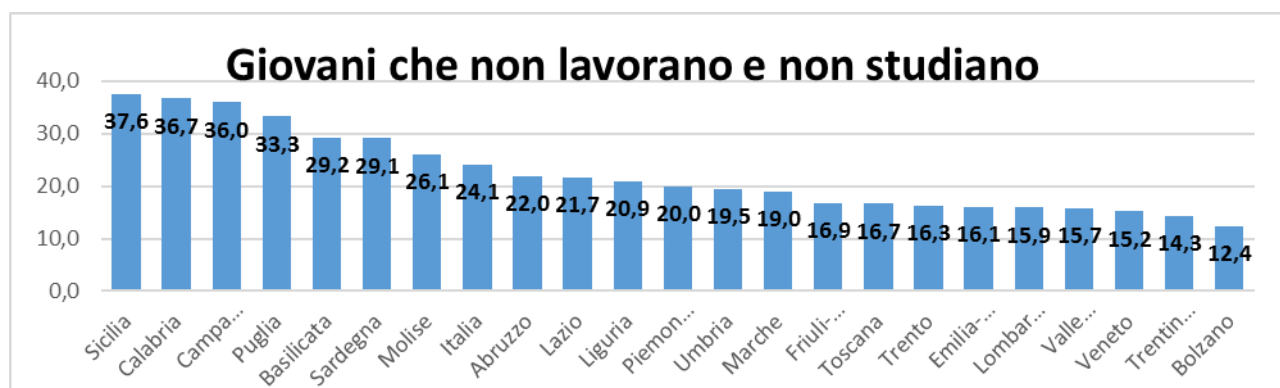
Nel 2017, in Italia si stima che **il 60,9% della popolazione di 25-64 anni abbia almeno un titolo di studio secondario superiore**; valore distante da quello medio europeo (77,5%). Sulla differenza pesa in particolare la bassa quota di titoli terziari: 18,7% in Italia e 31,4% nella media Ue. "Dal 2008 al 2017 – spiega l'Istituto nazionale di statistica – la quota di popolazione con almeno il diploma secondario superiore **è in deciso aumento**. Più contenuta, rispetto alla media europea, è invece la crescita della quota di popolazione con un titolo terziario", in sostanza la laurea. Stando ai dati diffusi, **il livello di istruzione delle donne risulta più elevato di quello**

maschile: il 63% ha almeno un titolo secondario superiore (contro 58,8% degli uomini) e il 21,5% ha conseguito un titolo di studio terziario (contro 15,8% degli uomini). Inoltre, i livelli di istruzione femminili stanno aumentando più velocemente di quelli maschili. Nel 2017, la quota di 30-34enni in possesso di titolo di studio terziario è pari al 26,9% (39,9% la media Ue).



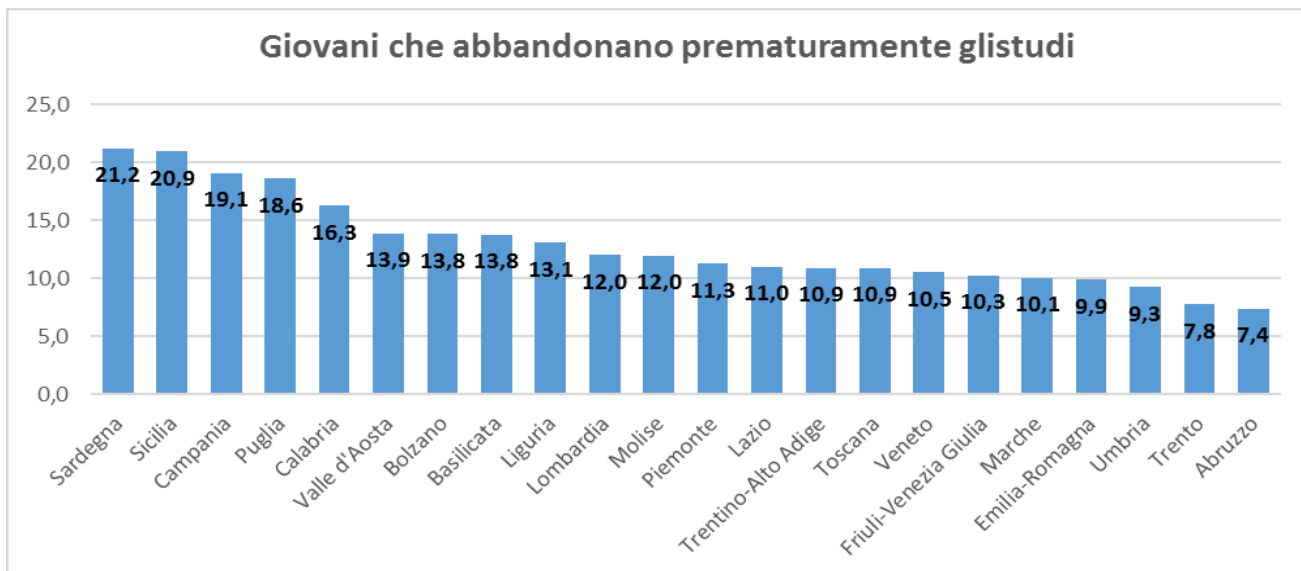
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2017)

Nonostante un aumento dal 2008 al 2017 di 7,7 punti, l'Italia è la penultima tra i paesi dell'Unione e non è riuscita a ridurre il divario con l'Europa. Sono diminuiti anche i giovani che non studiano e non lavorano (neet). Calo più robusto tra coloro che hanno un medio e alto titolo di studio (dal 28,3% al 25,5% e dal 26,4% al 21,4%, rispettivamente); minimo invece il decremento dei 'neet' tra i giovani con al più la scuola secondaria inferiore (dal 23,9% al 23,4%).



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2017)

“Tra chi ha abbandonato precocemente gli studi – si legge in una nota -, nel 2017 meno di un giovane su tre lavora (31,5%), quota stabile negli ultimi tre anni dopo il drastico calo conseguente alla crisi (nel 2008 lavorava un giovane su due)”. “Tra i giovani che hanno concluso il percorso di istruzione e formazione da non più di tre anni – prosegue l'Istat -, il tasso di occupazione nel 2017 è stimato al 48,4% per i diplomati (74,1% la media europea) e al 62,7% per chi ha un titolo di studio terziario (84,9% la media Ue)”. L'Istat sottolinea inoltre che l'abbandono scolastico precoce, in Italia, è molto più rilevante tra gli stranieri rispetto agli italiani (33,1% contro 12,1%).



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2017)

La popolazione esente ticket

Per alcune patologie e per le malattie croniche il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prevede la possibilità di usufruire in esenzione dal ticket di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale, finalizzate al monitoraggio della malattia e alla prevenzione di complicanze e ulteriori aggravamenti (Decreto ministeriale 329/99 e successive modifiche). Le malattie e le condizioni che danno diritto all'esenzione sono individuate in base ai criteri dettati dal Decreto legislativo 124/98 (gravità clinica, grado di invalidità e onerosità della quota di partecipazione derivante dal costo del relativo trattamento). L'elenco delle malattie croniche esenti dalla partecipazione al costo delle prestazioni è stato ridefinito e aggiornato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui nuovi LEA del 12 gennaio 2017 e sostituisce il precedente.

Per la maggior parte delle malattie vengono individuate una serie di specifiche prestazioni fruibili in esenzione (pacchetto prestazionale), incluse nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che rispondono ai criteri di appropriatezza ai fini del monitoraggio dell'evoluzione della malattia e delle sue complicanze e di efficacia per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

Oltre all'esenzione per patologia, il decreto del 11 dicembre 2009, "Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria", definisce le modalità di riconoscimento del diritto all'esenzione per motivi di reddito nell'ambito delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale e introduce una nuova modalità per l'autocertificazione rimandando ad un successivo decreto le regole per gli accertamenti delle autocertificazioni. Il decreto fa riferimento all'art. 8, comma 16, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e successive modificazioni ed integrazioni, che sancisce le condizioni di esenzione per reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

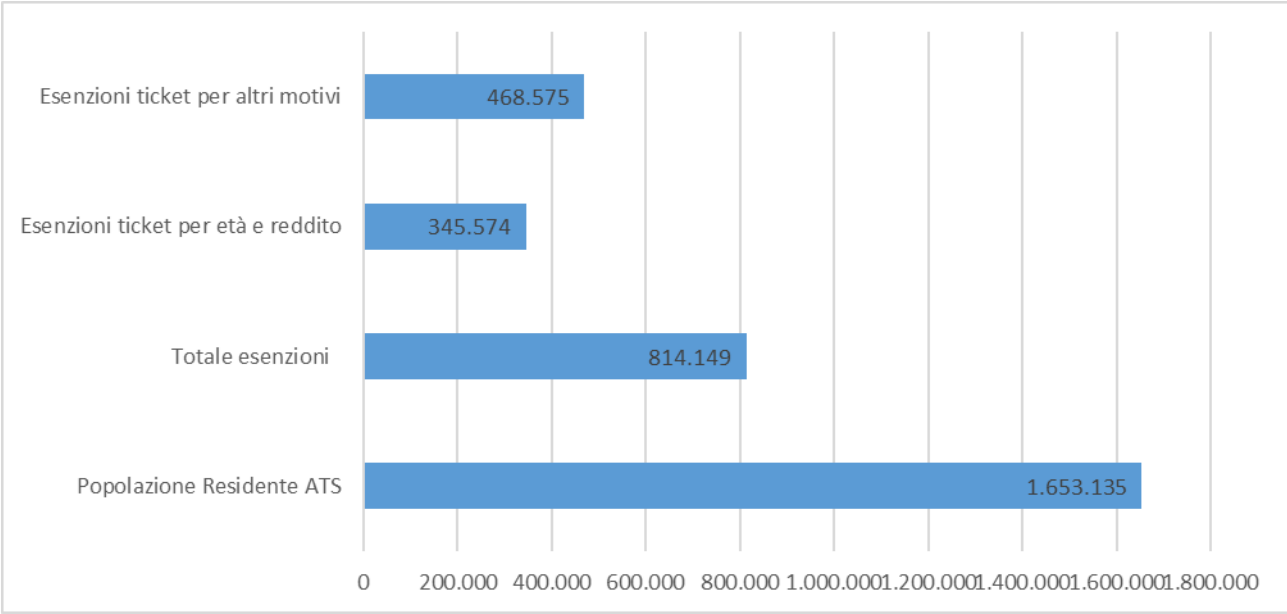
L'esenzione dal pagamento del ticket per prestazioni specialistiche ambulatoriali sulla base del reddito e/o dell'età è identificata con i seguenti codici:
Codice E01: i cittadini di età inferiore a 6 anni e quelli di età superiore a 65 anni, appartenenti ad un nucleo familiare fiscale con reddito complessivo non superiore a € 36.151,98 annui;

Codice E02: i disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare fiscale con un reddito complessivo inferiore a € 8.263,31 elevato a € 11.362,05 in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico;
Codice E03: i titolari di assegno (ex pensione) sociale e loro familiari a carico;
Codice E04: i titolari di pensione minima di età superiore a 60 anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare fiscale con reddito complessivo inferiore a € 8.263,31 elevato a €11.362,05 in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori € 516,46 per ogni figlio a carico.

La tabella seguente evidenzia il totale delle esenzioni ticket distinguendo l'esenzioni per età e reddito e per altri motivi.

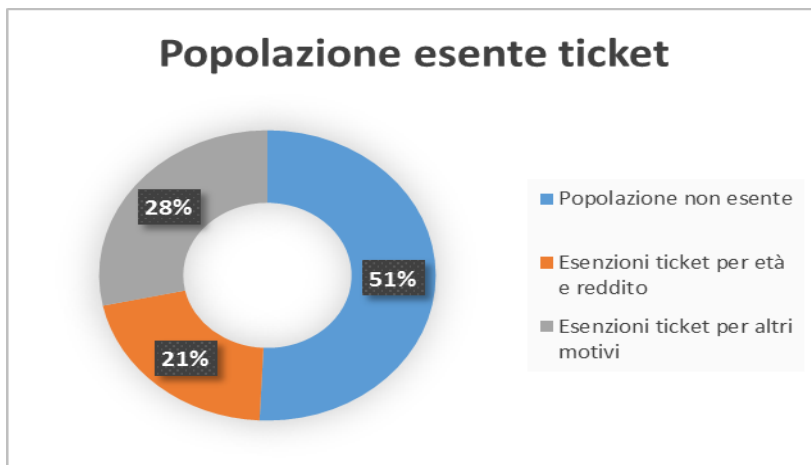
ASSL	Popolazione Residente	Totale esenzioni	Esenzioni ticket per età e reddito	Esenzioni ticket per altri motivi
Carbonia	126.324	57.540	30.268	27.272
Nuoro	156.096	66.009	35.624	30.385
Lanusei	57.185	25.761	8.291	17.470
Cagliari	560.373	219.223	38.479	180.744
Olbia	160.672	85.544	39.065	46.479
Oristano	160.746	92.322	45.907	46.415
Sassari	333.116	216.995	122.703	94.292
Sanluri	98.623	50.755	25.237	25.518
ATS	1.653.135	814.149	345.574	468.575

Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2018



Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2018

La popolazione esente ticket è pari al 49% della popolazione, di cui il 21% per età e per reddito e il 28 % per altri motivi



Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2018

Le tendenze socio-demografiche delle Aree Socio Sanitarie Locali

La demografia è una disciplina indispensabile per individuare come le variazioni della popolazione possano essere influenzate dal contesto socio economico e dalle sue modalità di organizzazione e funzionamento in un processo di interazione continuo. Diventa determinante l'esigenza di pensare alla demografia come strumento di programmazione per prevedere i bisogni, per monitorare il divenire e quindi determinare l'azione di governo allo scopo di dare risposte immediate: dai servizi, alla casa, alla sanità. In particolare, gli studi di "demografia" investono vari aspetti, del tutto o in parte correlati fra loro: la bassissima fecondità, l'invecchiamento demografico, l'intensificazione delle correnti migratorie ed il conseguente aumento delle collettività straniere nelle città. Quindi hanno per oggetto mutamenti dei livelli di natalità e di mortalità, l'aumento delle migrazioni, cambiano la prospettiva dalla quale si devono affrontare i problemi e l'organizzazione all'interno dei territori e del sistema sociale. Le previsioni demografiche rappresentano un importante strumento analitico e programmatico, in particolare in periodi come questo in cui si rivela crescente l'attenzione verso sistemi territoriali che non rientrano nelle aggregazioni amministrative canoniche, comunque ricchi di peculiarità e sufficientemente omogenei sotto il profilo economico, sociale e geografico.

Proprio per questo motivo essi risultano destinatari di misure politiche mirate e specifiche, per le quali è utile disporre di possibili scenari futuri.

Di seguito una sintesi delle tendenze demografiche delle Aree Socio Sanitarie Locali dell'Azienda Tutela della Salute con un focus del territorio di riferimento, delle dinamiche demografiche e della struttura della popolazione.

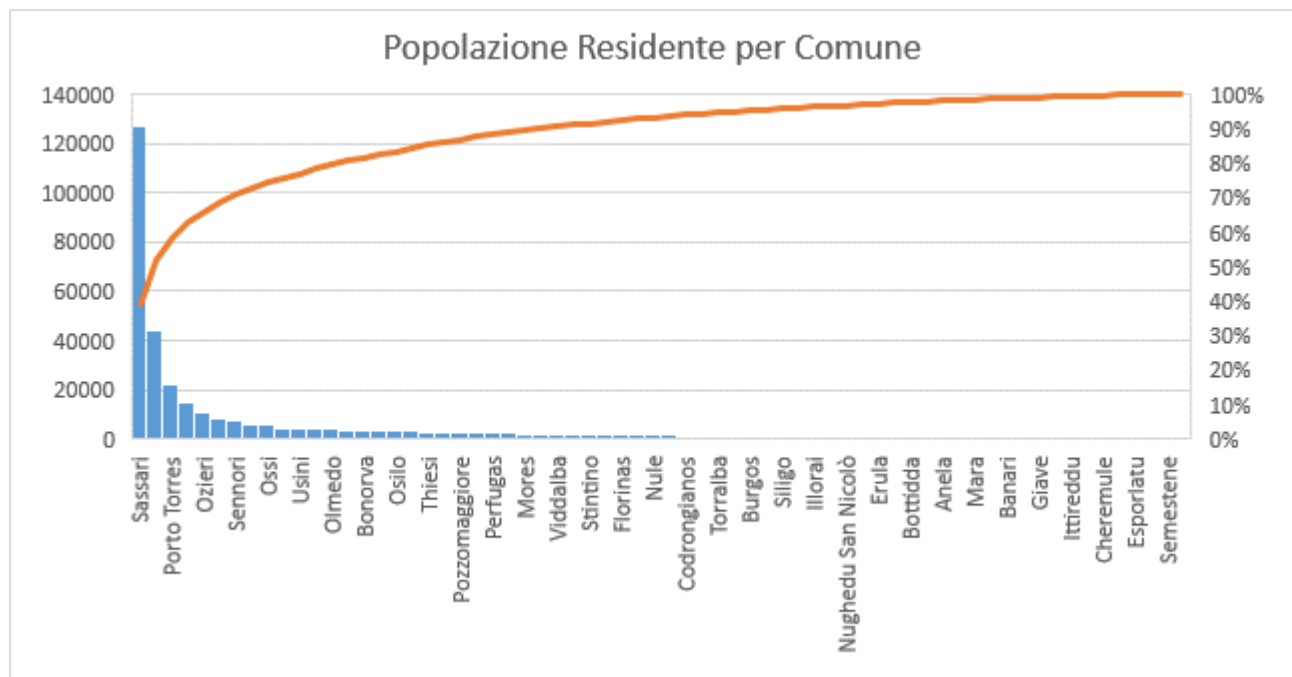
Area Socio Sanitaria Locale di Sassari

La popolazione del territorio di competenza dell'Area Socio-Sanitaria Locale di Sassari al 01.01.2018 è di 331.450 ab. di cui 162.268 maschi e 169.182 femmine. L'Area si estende per 4.281 kmq con una densità di popolazione pari a 77 ab. per Km² e corrisponde al 17,8 % del territorio Regionale.



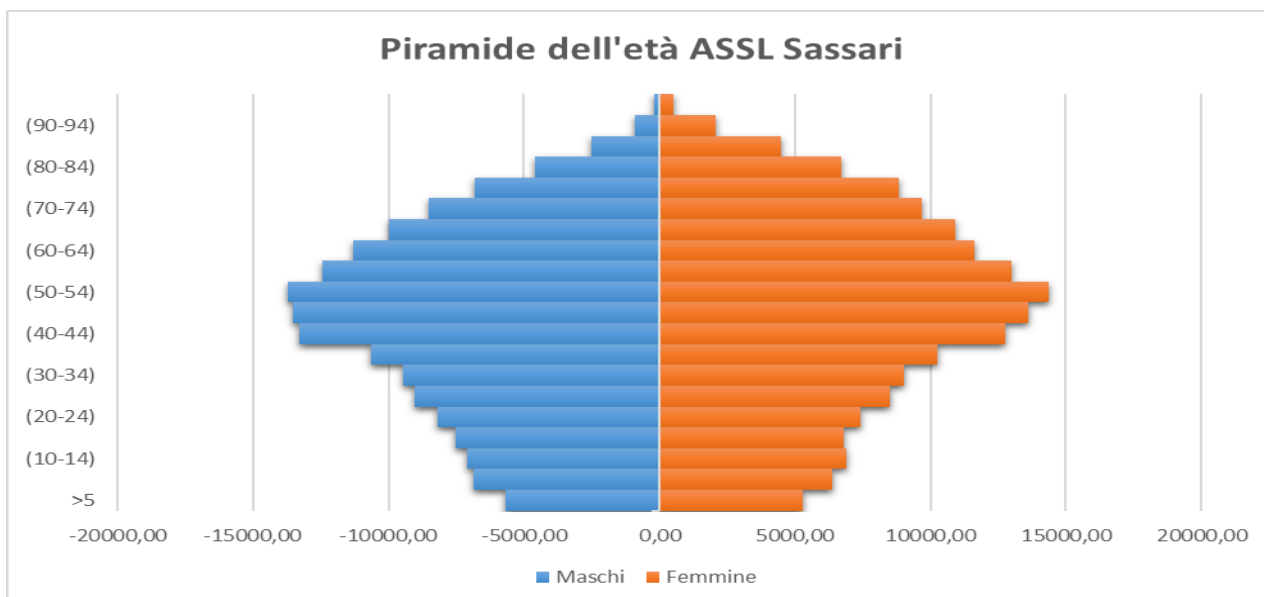
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi in quanto la maggioranza dei comuni che compongono la provincia sono di piccole dimensioni.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'aspetto piramidale evidenzia una contrazione nelle fasce d'età più giovani (0-14). Le classi di età centrali, corrispondenti oltretutto alle persone in età lavorativa e dunque alla cosiddetta popolazione attiva, evidenziano una considerevole eterogeneità della distribuzione. Risulta in aumento la quota costituita dalle classi più anziane che sta determinando un appesantimento della struttura per età della popolazione con evidente diversità per sesso



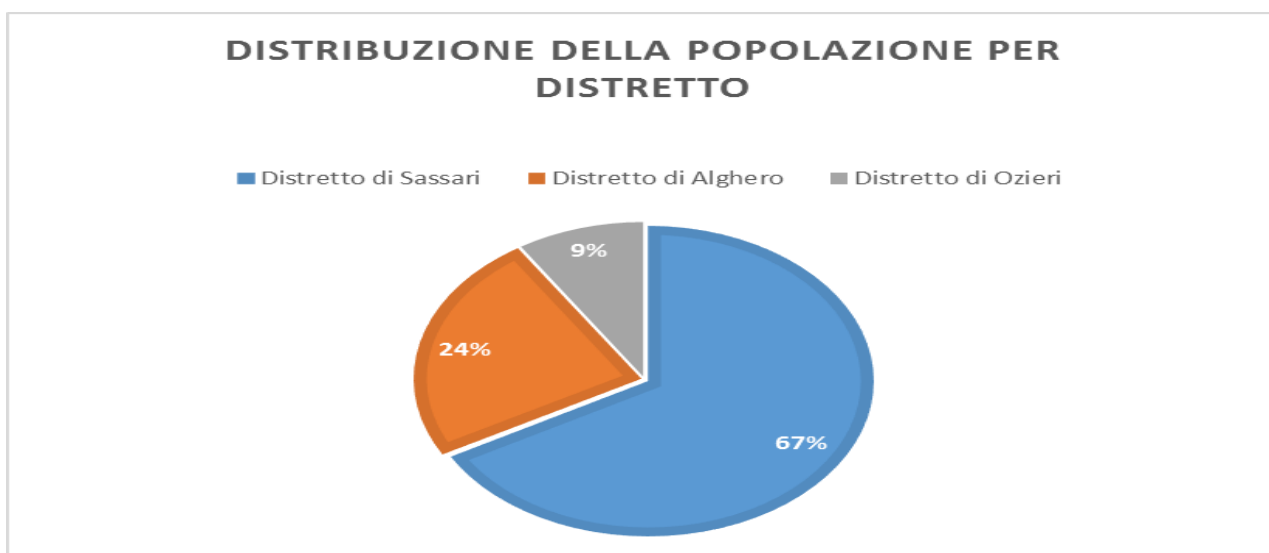
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

Anche questa area conferma una bassa natalità e una tendenza all'invecchiamento.

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di carico di figli per donna
200,9	53,2	160,2	16

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

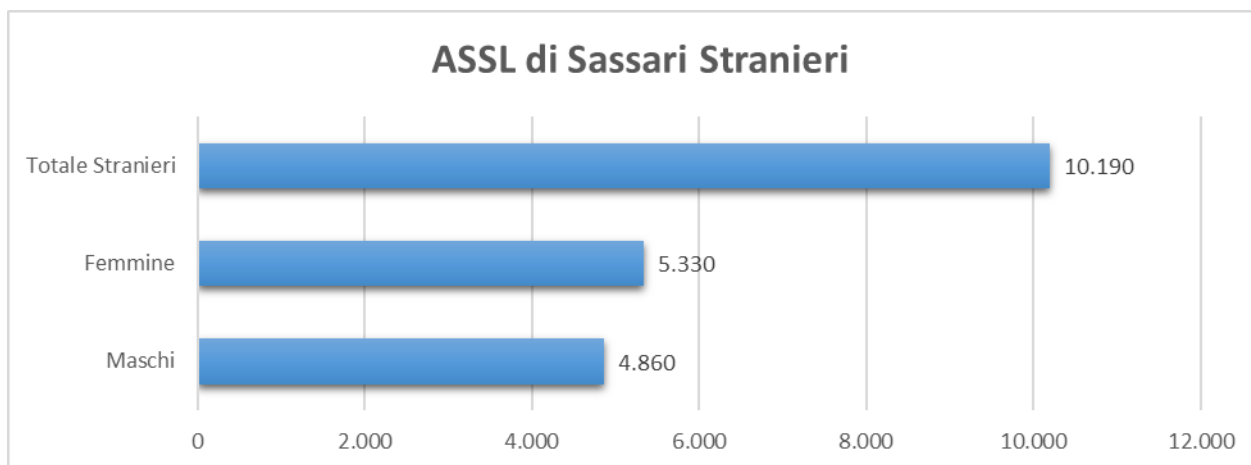
L'ambito territoriale della Area Socio Sanitaria locale di Sassari è articolata in tre Distretti Sanitari: **Distretto di Sassari, Ozieri e Alghero**. La distribuzione della popolazione per Distretto è fortemente disomogenea, il Distretto più popoloso è il Distretto di Sassari dove è concentrata il 67% della popolazione, segue il Distretto di Alghero con il 24% della popolazione e Ozieri con il 9%.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

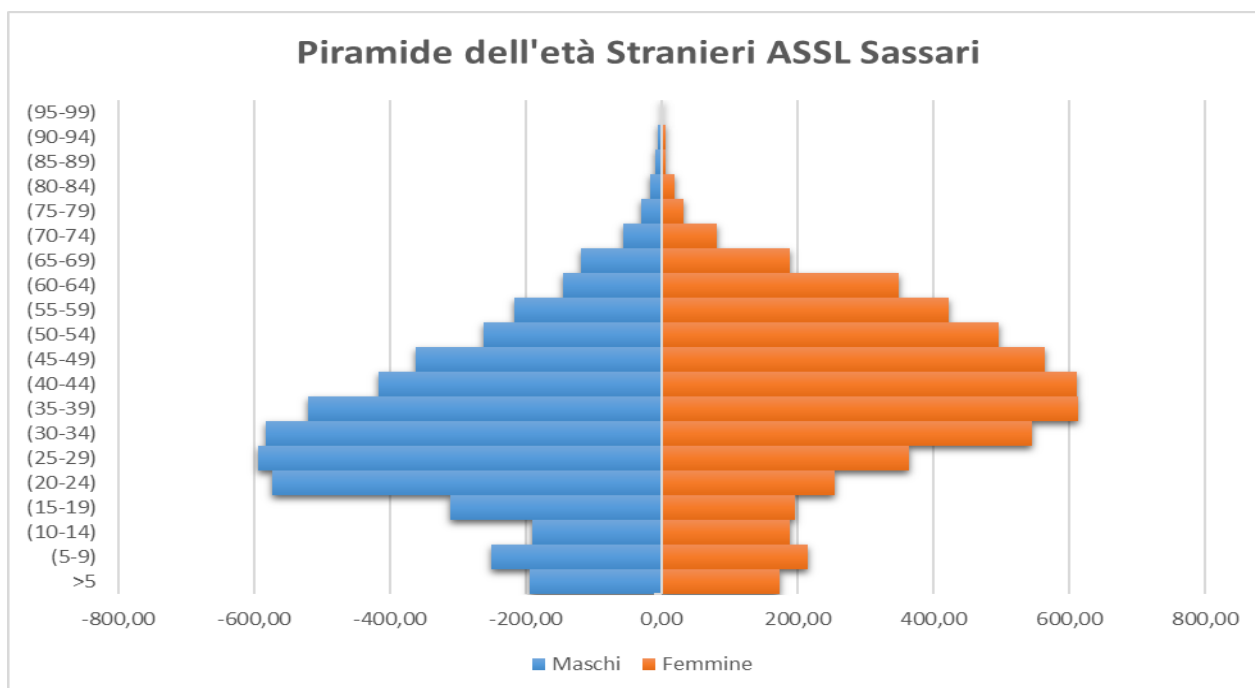
La componente straniera

Gli stranieri residenti nell'area Socio Sanitaria di Sassari sono 10.190 abitanti. La componente straniera rappresenta il 3,07% della popolazione residente. Non ci sono particolari differenze di genere.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'aspetto piramidale evidenzia che anche nella popolazione straniera residente nell'area socio sanitaria di Sassari si assiste ad una contrazione della natalità e ad una bassa numerosità statistica nelle fasce giovanili. Le fasce di popolazione maggiormente rappresentative per la componente maschile sono quelle che vanno dai 20 ai 40 anni mentre per la componente femminile sono quelle che vanno dai 30 ai 60 anni.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

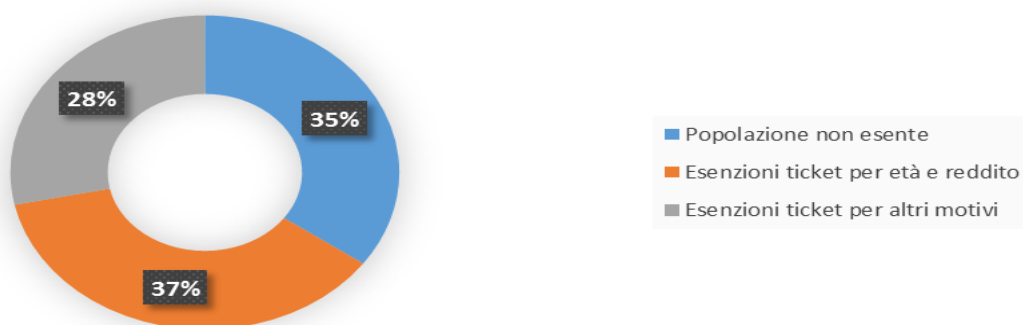
La popolazione esente ticket

La popolazione esente ticket è pari al 65% della popolazione, di cui il 37% per età e per reddito e il 28 % per altri motivi.

ASSL	Popolazione Residente	Totale esenzioni	Esenzioni ticket per età e reddito	Esenzioni ticket per altri motivi
Sassari	333.116	216.995	122.703	94.292

Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2018

Popolazione esente ticket

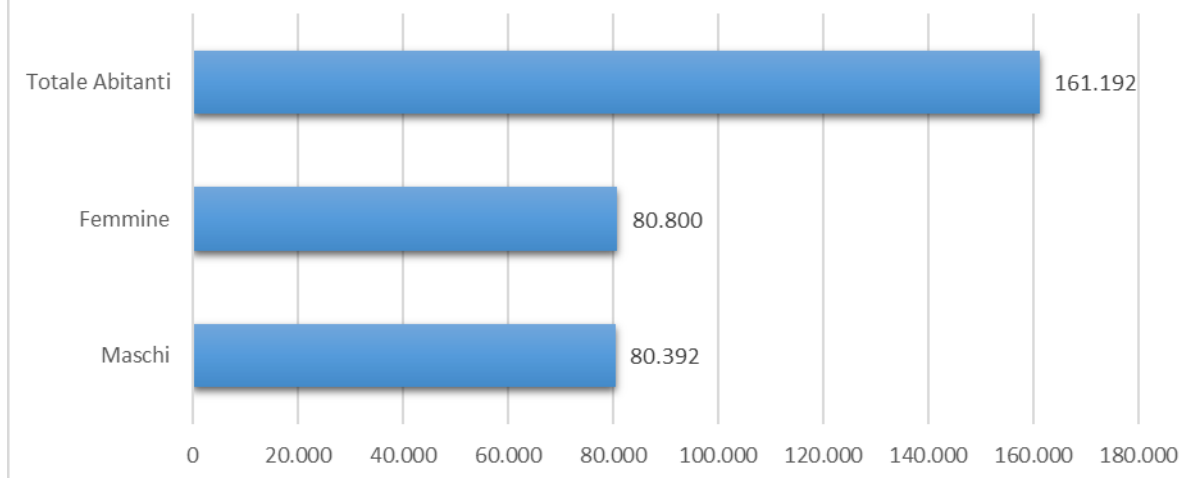


Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

Area Socio Sanitaria Locale di Olbia

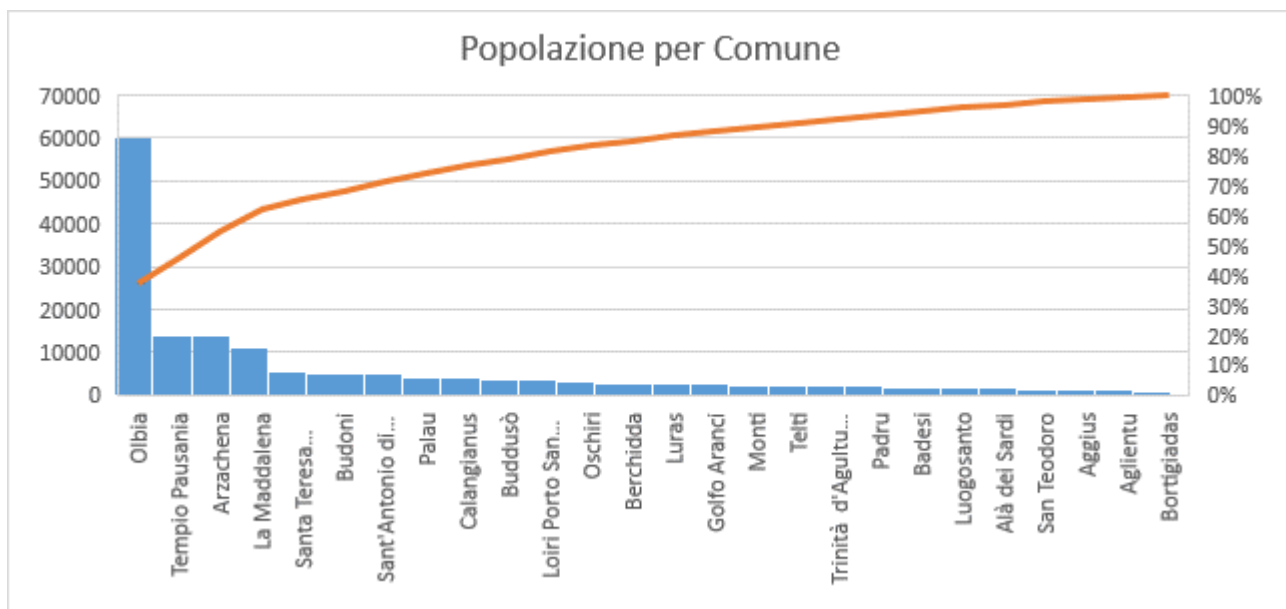
La popolazione del territorio di competenza della ASSL di Olbia al 01.01.2018 ammonta a 161.192 residenti, con una percentuale di crescita nettamente superiore a quella delle altre province sarde. L'Area si estende per 3.397 kmq con una densità di popolazione pari a 47 ab. per Km² e corrisponde al 14,1 % del territorio Regionale.

Popolazione ASSL di Olbia



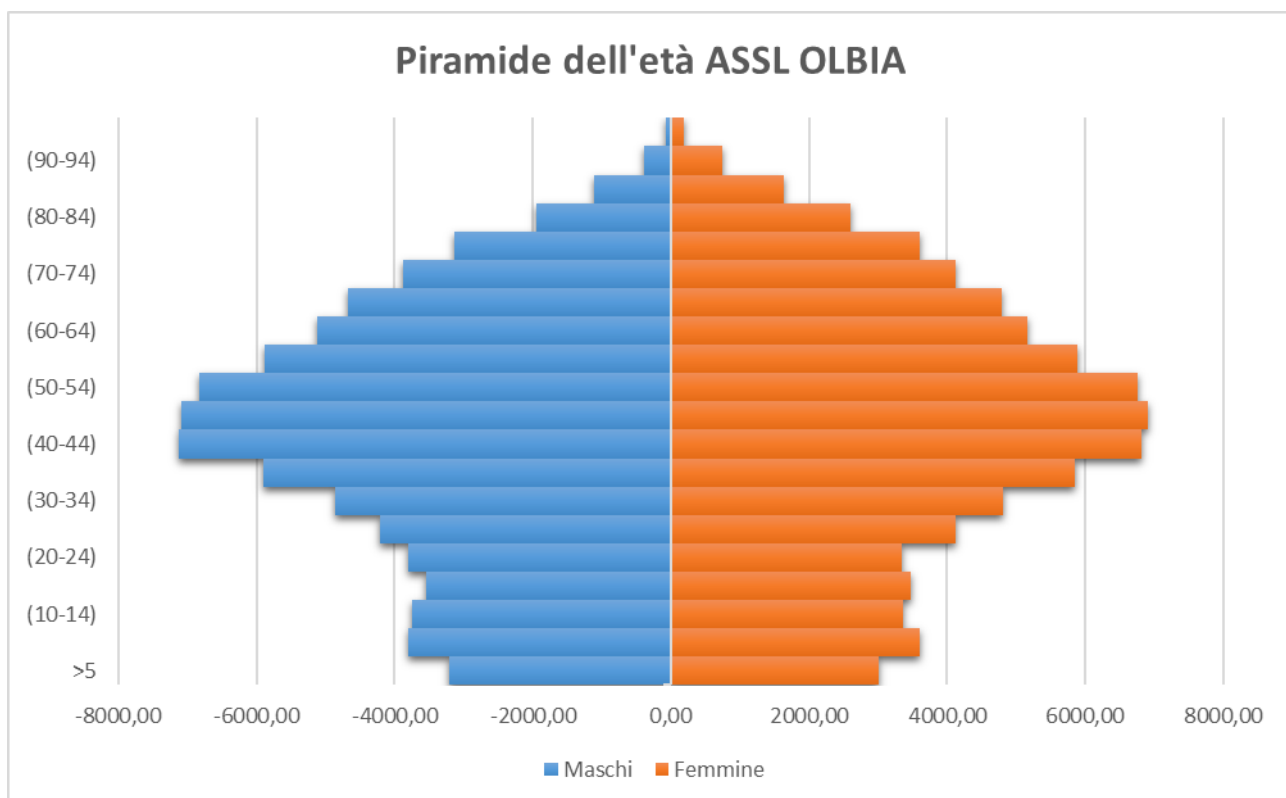
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi: Olbia, Tempio Pausania, Arzachena e La Maddalena e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale. La maggioranza dei comuni che compongono l'area socio sanitaria sono di piccole dimensioni ed altro elemento caratterizzante la Gallura sono i nuclei residenziali di matrice rurale, che si manifestano con diversi gradi di densità abitativa.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'aspetto piramidale evidenzia una popolazione caratterizzata da una numerosità statistica nelle fasce d'età giovanile e in età lavorativa, interessata in misura minore ad un progressivo processo di invecchiamento rispetto alle altre aree socio sanitarie Regionali. La forma piramidale caratterizza l'area come un territorio ad alta dinamicità demografica, fenomeno confermato da una elevata natalità e da una numerosa presenza di immigrati extracomunitari. Rappresenta una struttura socio-demografica caratterizzata da rapidi mutamenti e da una pluralità di bisogni.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di carico di figli per donna
159,1	49,9	146,2	17,5

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

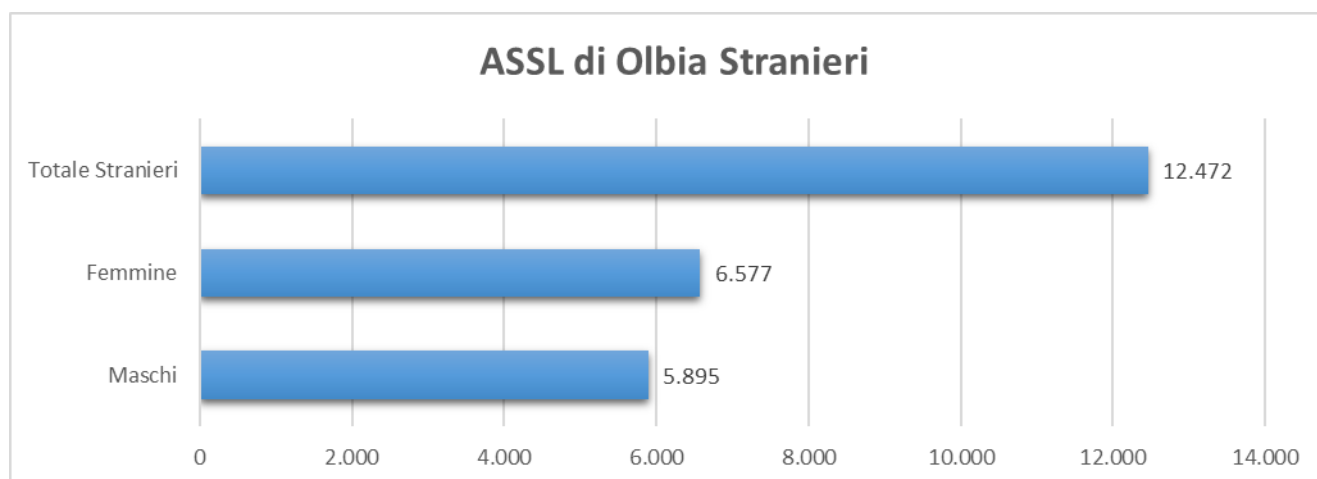
L'ambito territoriale della Area Socio Sanitaria locale di Olbia è articolata in due Distretti Sanitari: **Distretto di Olbia e Tempio Pausania**. La distribuzione della popolazione per Distretto è fortemente disomogenea, il Distretto più popoloso è il Distretto di Olbia dove è concentrato l'81% della popolazione, segue il Distretto di Tempio con il 19% della popolazione.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

La componente straniera

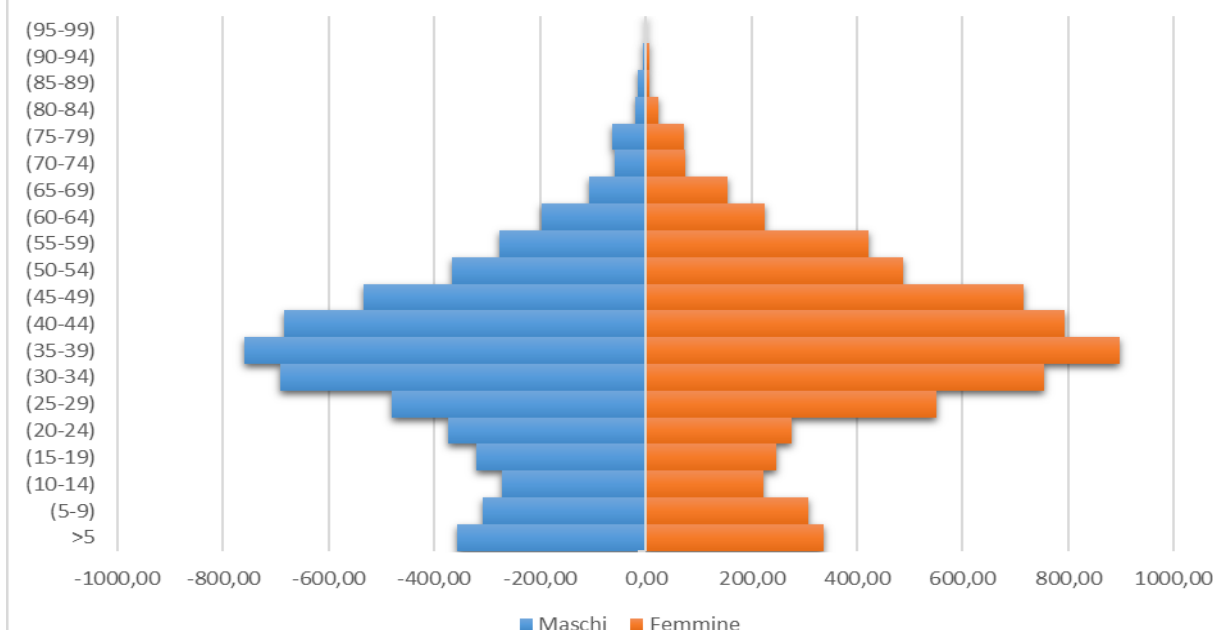
L'Area Socio Sanitaria di Olbia è percentualmente in rapporto alla popolazione residente quella che ospita la comunità straniera più numerosa rispetto alle altre aree socio sanitarie della Sardegna. Gli stranieri residenti nell'area Socio Sanitaria di Olbia sono 12.472 abitanti. La componente straniera corrisponde quasi al 8 % della popolazione. I maschi sono 6.577 e le femmine sono 5.895.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

La piramide dell'età pur in un momento di crisi economica evidenzia un territorio vivo, capace di attrarre investimenti e persone. La Gallura è un territorio che scommette sul futuro e rappresenta una "grande avventura di vita", come rappresentato dall'aspetto piramidale. La base subisce un leggero decremento, e le fasce maggiormente rappresentative sono quelle centrali sia nella componente maschile che femminile, a dimostrazione che molti stranieri scelgono questo territorio per stabilirsi.

Piramide dell'età Stranieri ASSL OLBIA



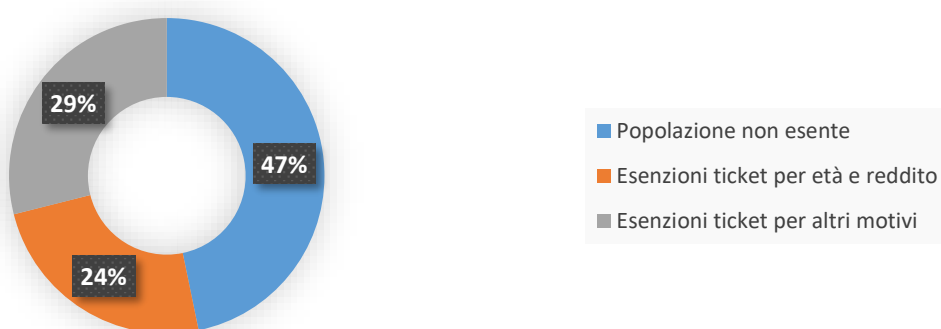
La popolazione esente ticket

La popolazione esente ticket è pari al 53% della popolazione, di cui il 24% per età e per reddito e il 29% per altri motivi.

ASSL	Popolazione Residente	Totale esenzioni	Esenzioni ticket per età e reddito	Esenzioni ticket per altri motivi
Olbia	160.672	85.544	39.065	46.479

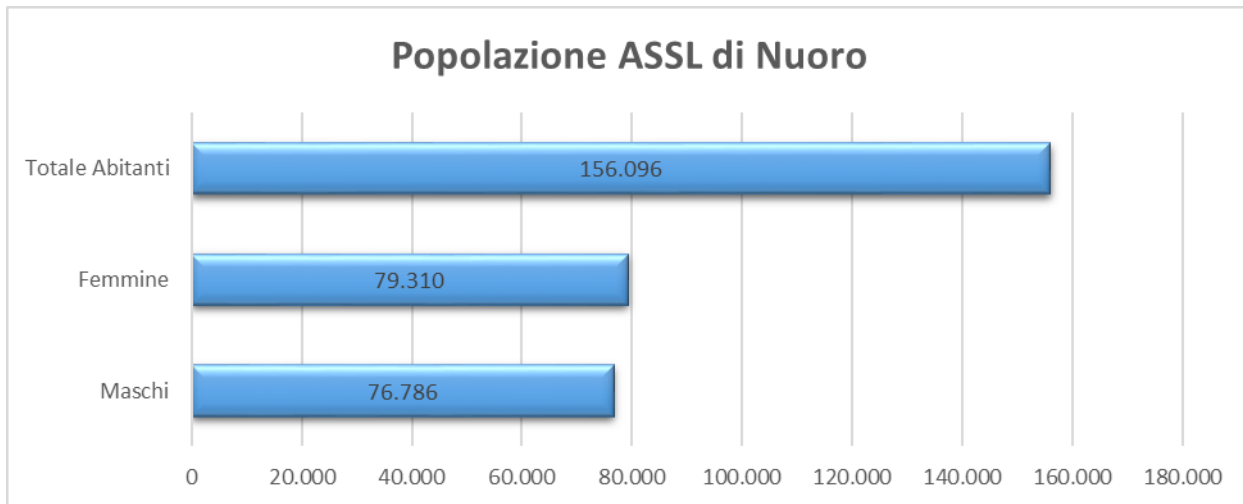
Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2018

Popolazione esente ticket



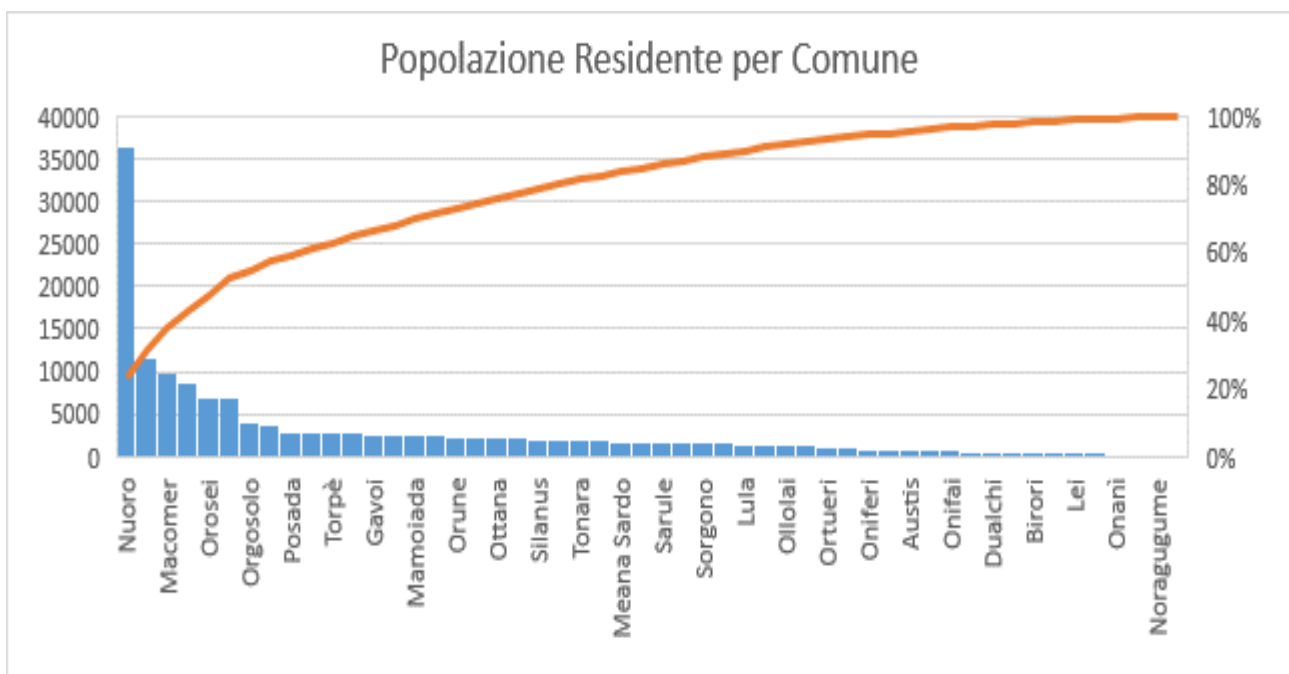
Area Socio Sanitaria Locale di Nuoro

La popolazione del territorio di competenza dell'Area Socio-Sanitaria Locale di Nuoro al 01.01.2018 è di 156.096 ab. di cui 76.786 maschi e 79.310 femmine. L'Area si estende per 3.934 kmq con una densità di popolazione pari a 39 ab. per Km² e corrisponde al 16,3 % del territorio Regionale.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

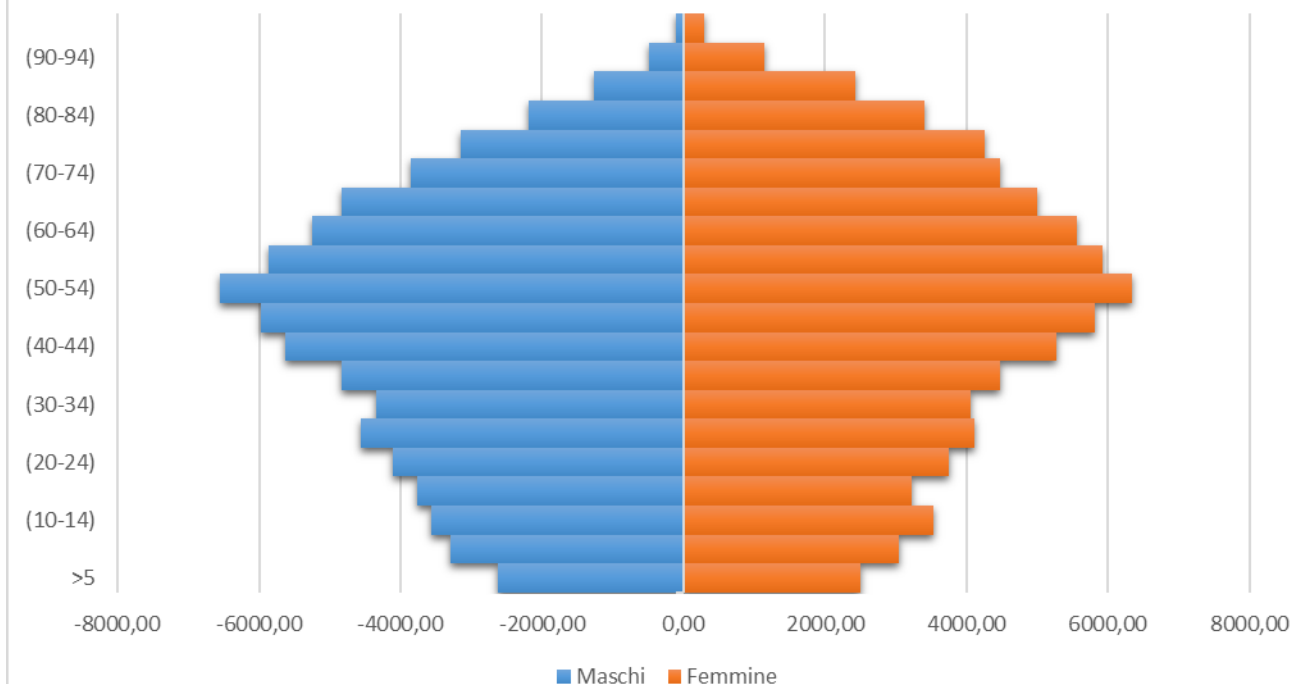
La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi in quanto la maggioranza dei comuni che compongono la provincia sono di medie e piccole dimensioni.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali. Le anomalie nella forma della piramide sono estremamente indicative e inducono alla ricerca delle cause che le hanno determinate. La bassa numerosità statistica delle classi d'età più giovani conferma la tendenza allo spopolamento dovuto a diversi fattori socio economici.

Piramide dell'età ASSL Nuoro



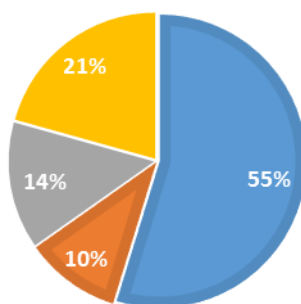
La struttura della piramide conferma un forte invecchiamento della popolazione.

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di carico di figli per donna
198,8	55,8	154,4	16,6

L'ambito territoriale della Area Socio Sanitaria locale di Nuoro è articolata in quattro Distretti Sanitari: Distretto di Nuoro, Siniscola, Macomer e Sorgono. La distribuzione della popolazione per Distretto è fortemente disomogenea, il Distretto più popoloso è il Distretto di Nuoro dove è concentrato il 55% della popolazione, il Distretto di Siniscola con il 21% della popolazione, segue il Distretto di Macomer e Sorgono rispettivamente con il 14% e il 10% di popolazione.

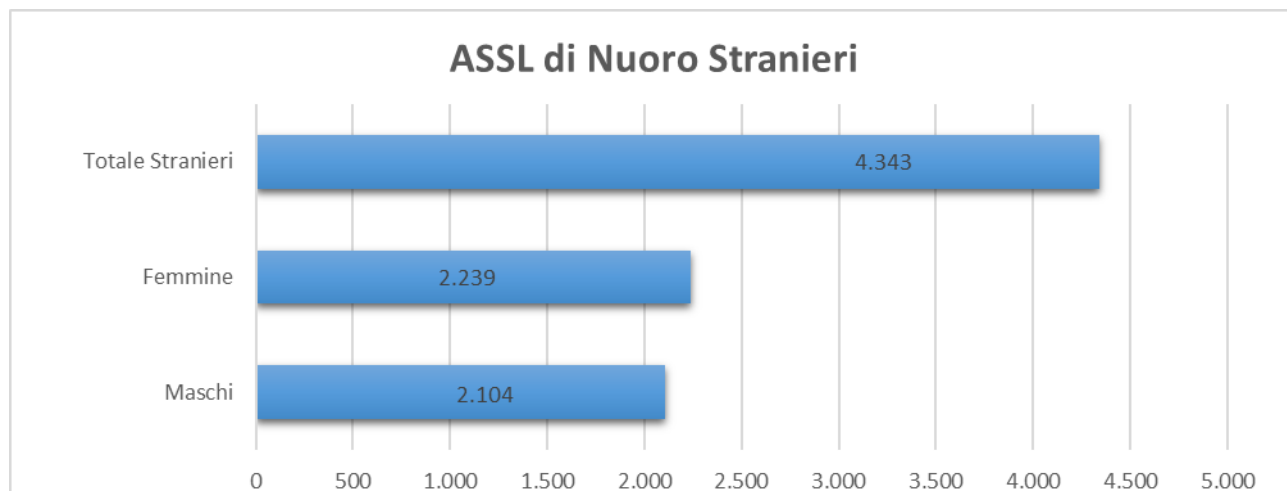
DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER DISTRETTO

■ Distretto di Nuoro ■ Distretto di Sorgono ■ Distretto di Macomer ■ Distretto di Siniscola

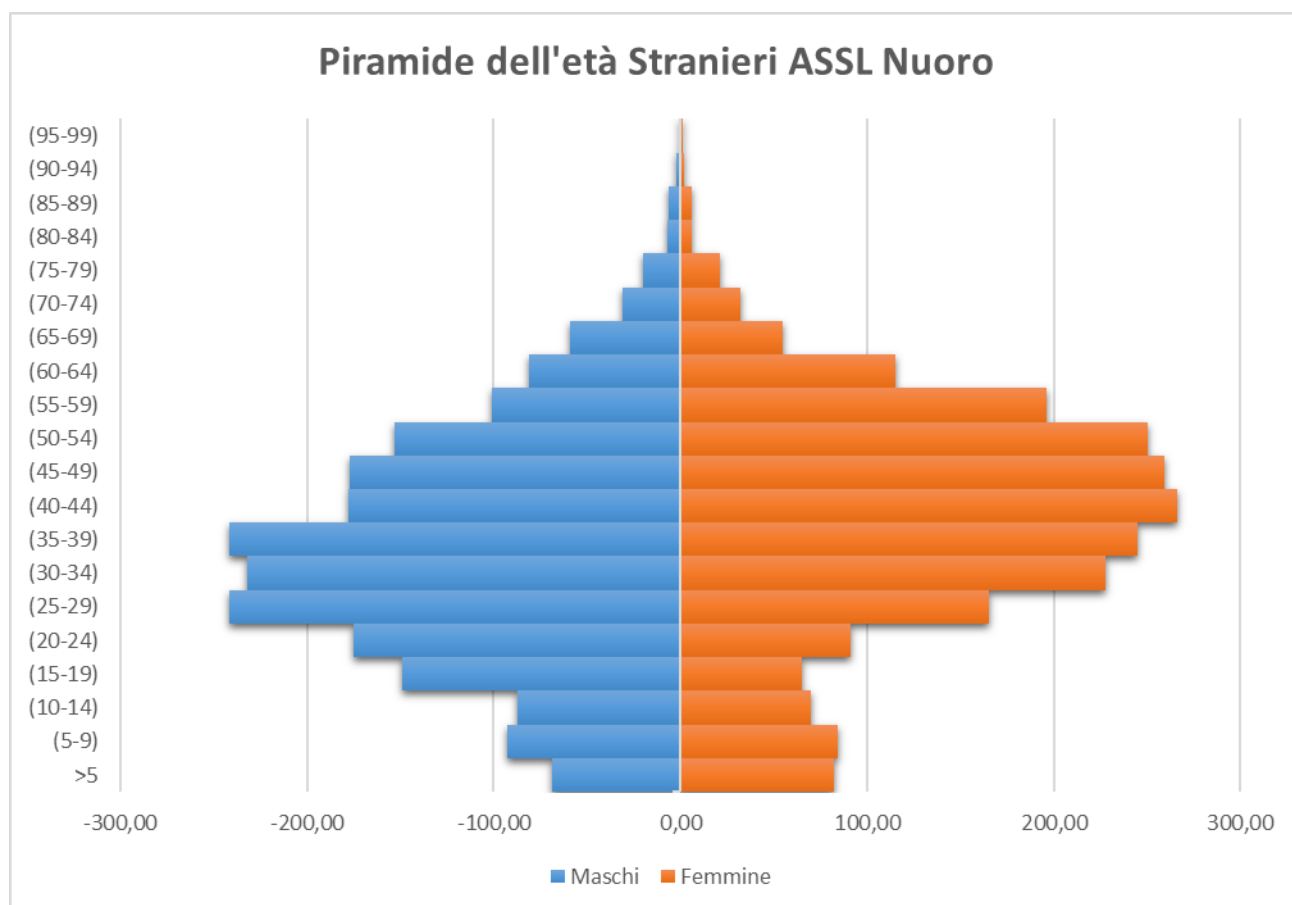


La componente straniera

La popolazione straniera residente nell'area socio sanitaria di Nuoro è di 4.343 abitanti che corrispondono al 2,8% della popolazione dell'Area. Non ci sono sostanziali differenze di genere, la componente femminile è di 2.239 abitanti e quella maschile di 2.104 abitanti.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

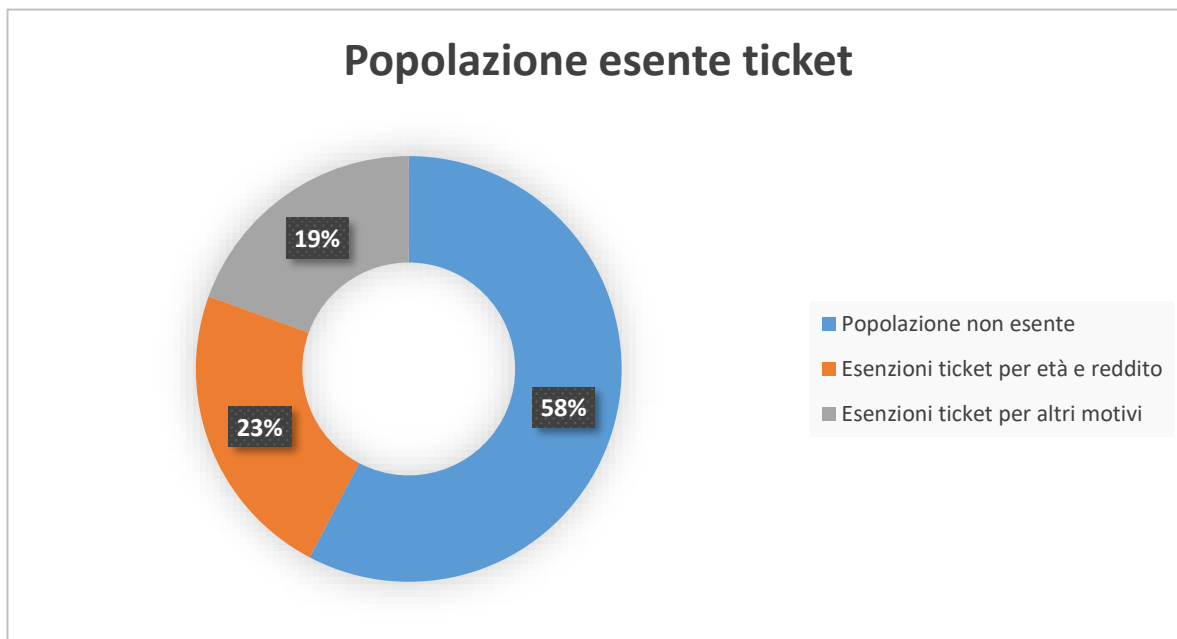
La forma piramidale evidenzia una bassa natalità anche nella popolazione straniera. Considerata la modesta presenza degli stranieri sul territorio, le classi maggiormente rappresentative sono per la componente maschile quelle dai 20 ai 40 anni. La componente femminile dai 30 ai 60 anni. Inizia a delinearsi una tendenza irregolare nella distribuzione per età e per sesso.

La popolazione esente ticket

La popolazione esente ticket è pari al 42% della popolazione, di cui il 23% per età e per reddito e il 19% per altri motivi.

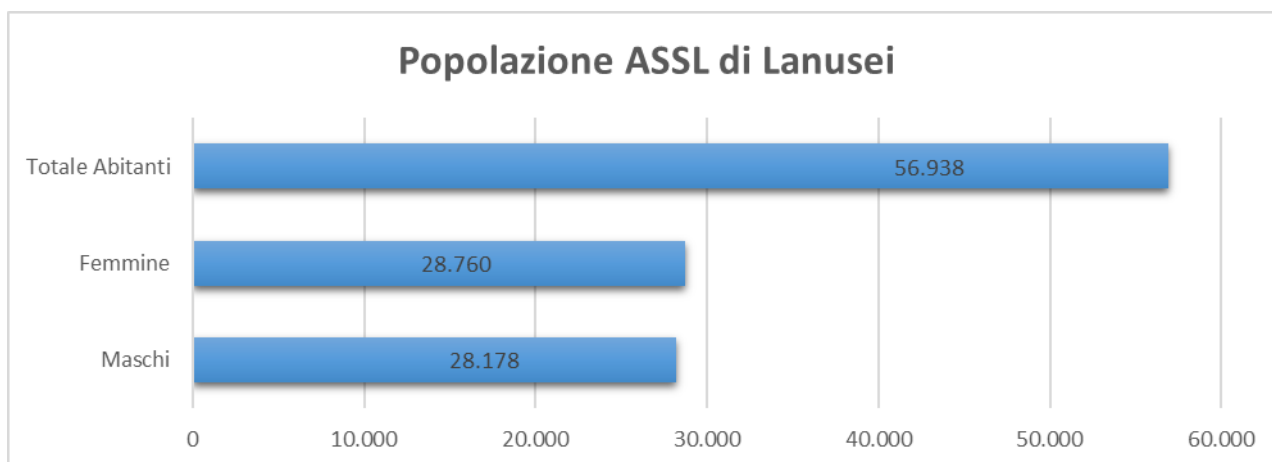
ASSL	Popolazione Residente	Totale esenzioni	Esenzioni ticket per età e reddito	Esenzioni ticket per altri motivi
Nuoro	156.096	66.009	35.624	30.385

Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2018



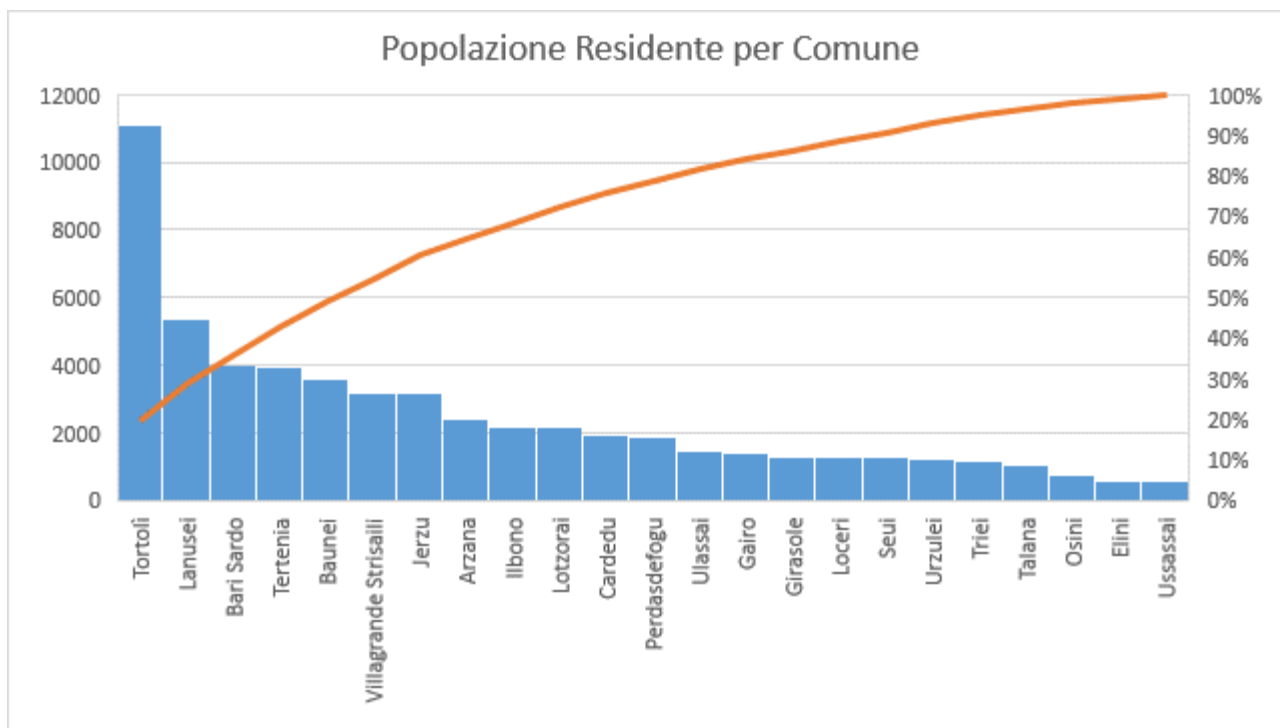
Area Socio Sanitaria Locale di Lanusei

La popolazione del territorio di competenza dell'Area Socio-Sanitaria Locale di al 01.01.2018 è di 56.938 ab. di cui 28.178 maschi e 28.760 femmine. L'Area si estende per 1.854 kmq con una densità di popolazione pari a 31 ab. per Km² e corrisponde al 6,2 % del territorio Regionale.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

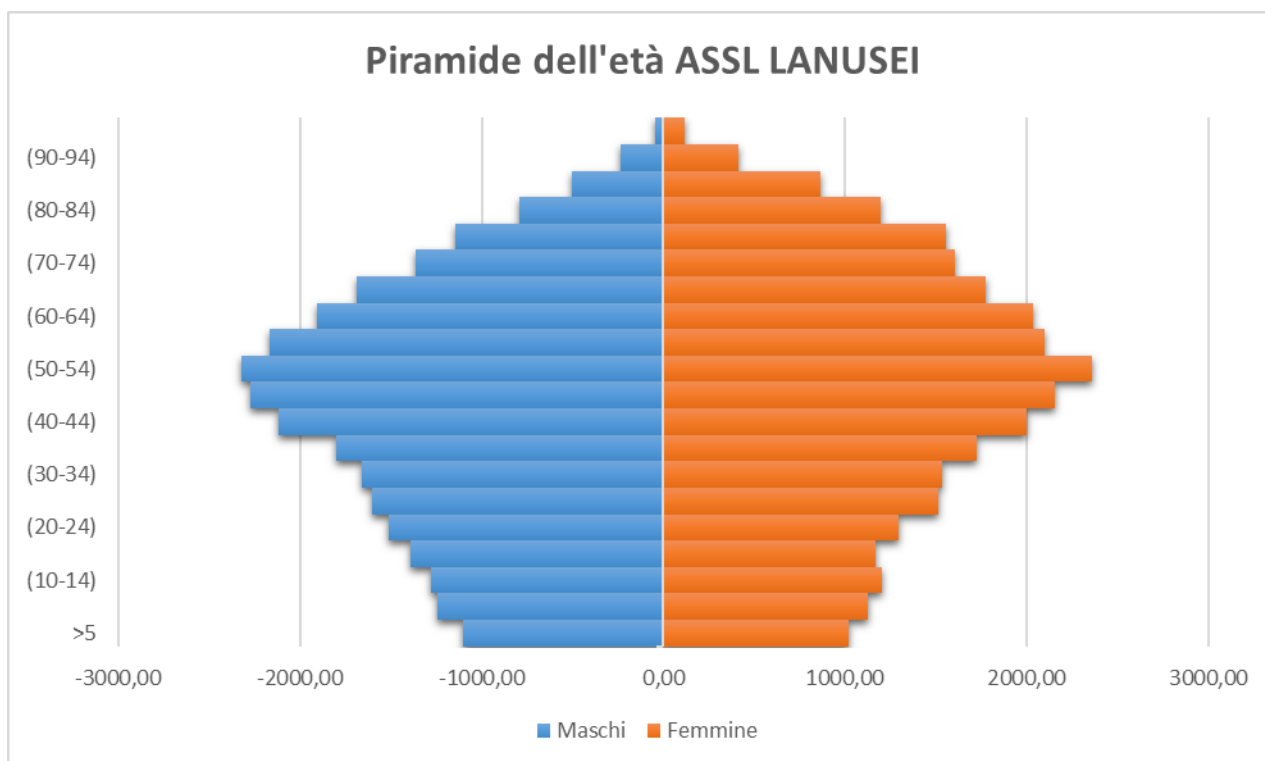
La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi in quanto la maggioranza dei comuni che compongono la provincia sono di medie e piccole dimensioni.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi.

Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali. Le anomalie nella forma della piramide sono estremamente indicative e inducono alla ricerca delle cause che le hanno determinate. La bassa numerosità statistica delle classi d'età più giovani conferma la tendenza allo spopolamento dovuto a diversi fattori socio economici.



La struttura della piramide conferma un forte invecchiamento della popolazione

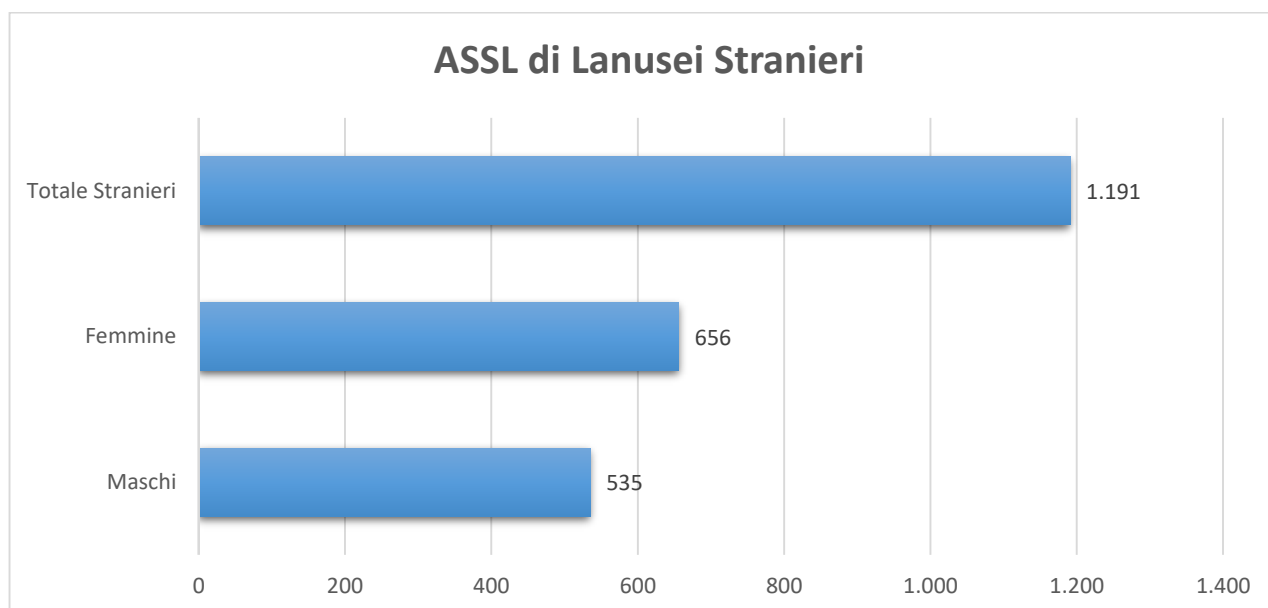
Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di carico di figli per donna
190,9	55,4	154,1	18,6

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'ambito territoriale della Area Socio Sanitaria locale di Lanusei è articolato in un unico Distretto Sanitario: il Distretto di Tortoli dove è concentrato il 100% della popolazione.

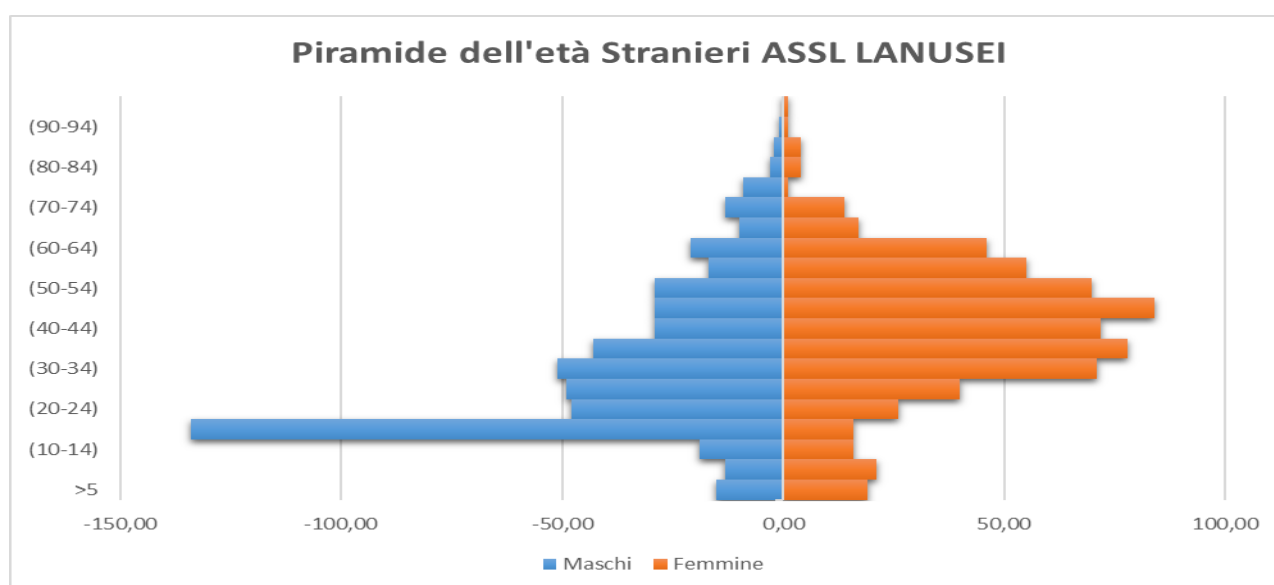
La componente straniera

La popolazione straniera residente nell'area socio sanitaria di Lanusei è di 1.191 abitanti, di cui 656 femmine e 535 uomini. Rappresentano appena il 2% della popolazione.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

La scarsa numerosità statistica della popolazione è evidenziata da un aspetto piramidale a conifera, la popolazione è caratterizzata da una distribuzione irregolare sia per quanto riguarda l'età e il sesso. Nel caso di piccole popolazioni questo rientra nella normalità.

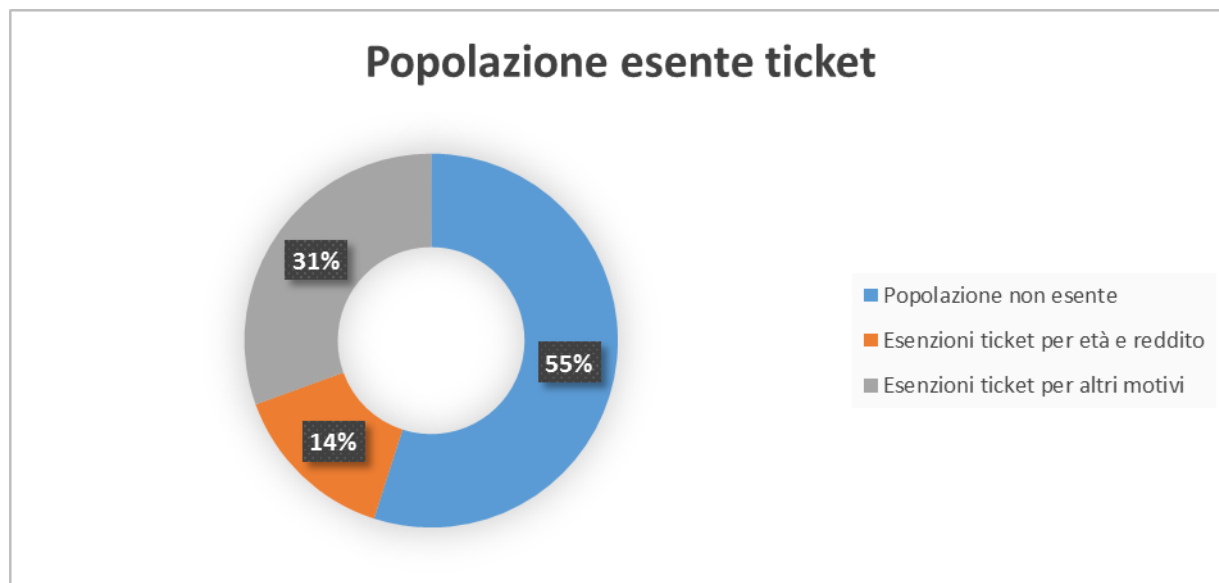


La popolazione esente ticket

La popolazione esente ticket corrisponde al 45% della popolazione residente di cui il 14% per età e reddito e il 31% per altri motivi.

ASSL	Popolazione Residente	Totale esenzioni	Esenzioni ticket per età e reddito	Esenzioni ticket per altri motivi
Lanusei	57.185	25.761	8.291	17.470

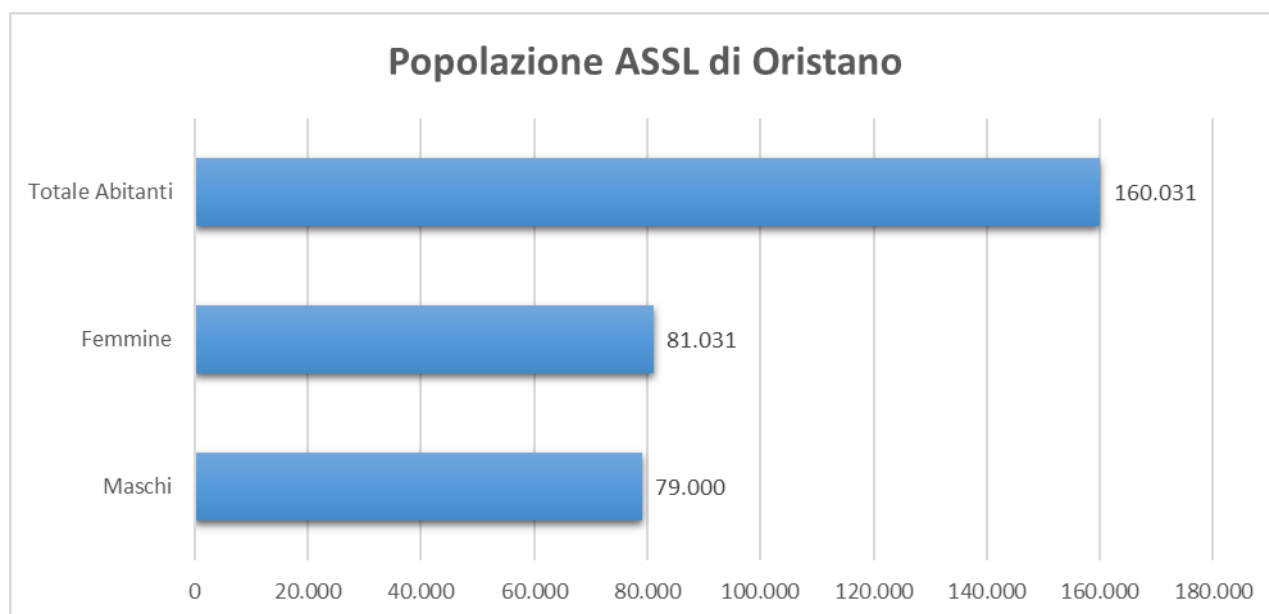
Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2018



Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2017

Area Socio Sanitaria Locale di Oristano

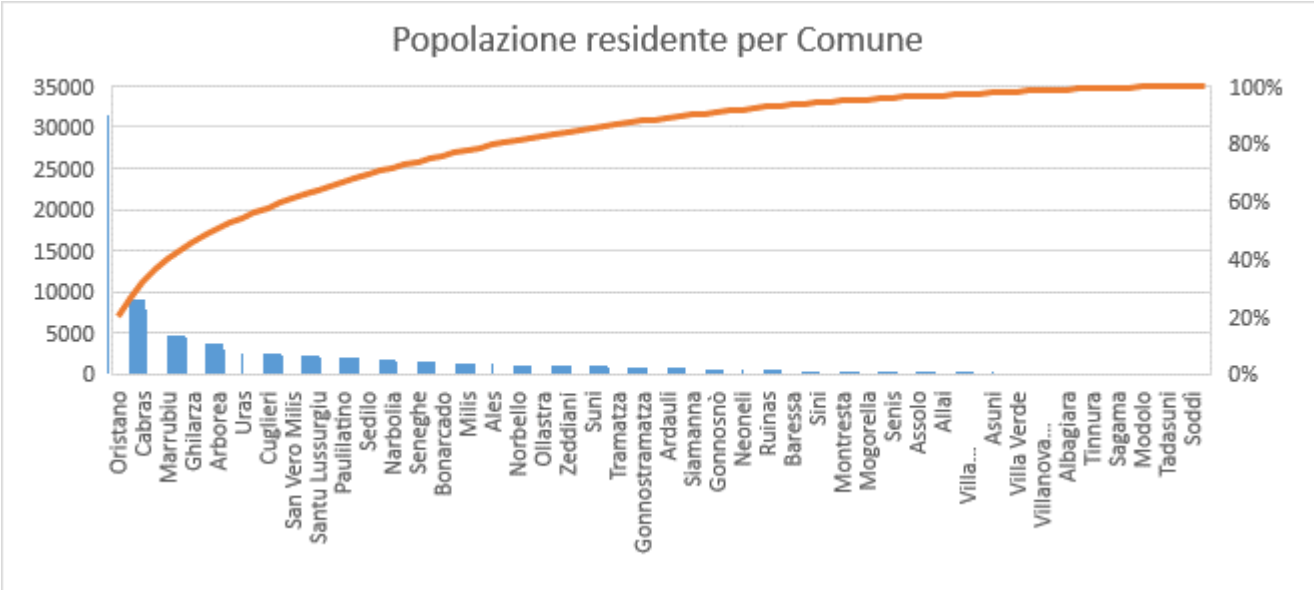
La popolazione del territorio di competenza dell'Area Socio-Sanitaria Locale di Oristano al 01.01.2018 è di 160.031 ab. di cui 79.000 maschi e 81.031 femmine. L'Area si estende per 3.040 kmq con una densità di popolazione pari a 53 ab. per Km² e corrisponde al 14,1 % del territorio Regionale.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

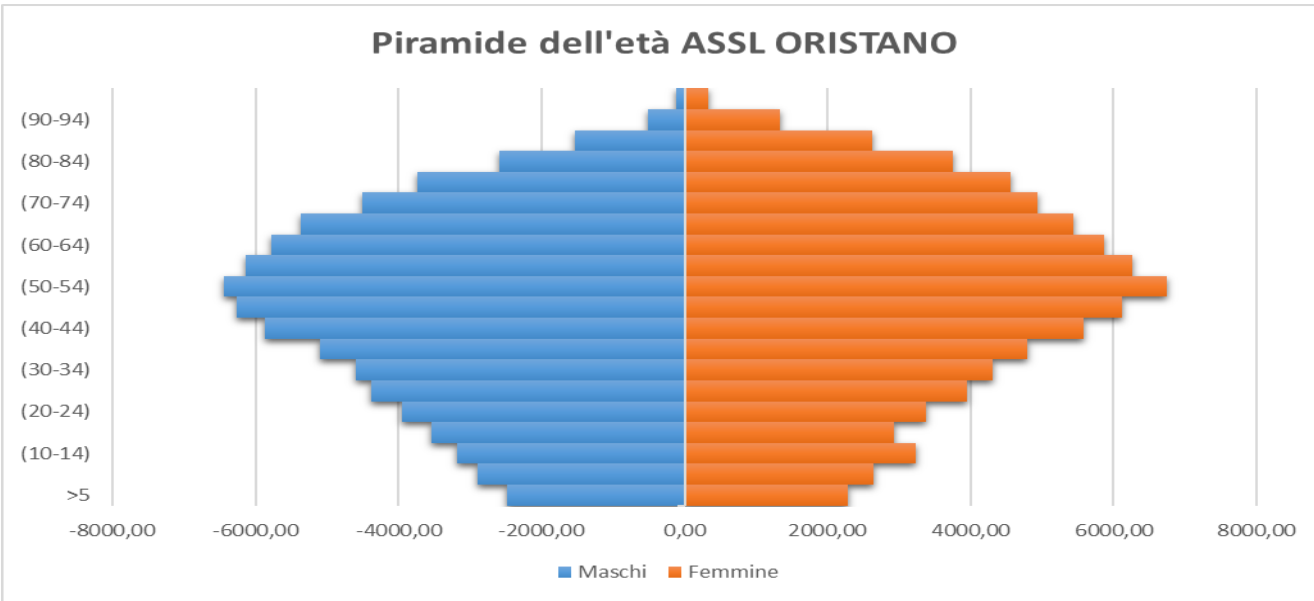
La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi in quanto la maggioranza dei

comuni che compongono la provincia sono di medie e piccole dimensioni.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali. Le anomalie nella forma della piramide sono estremamente indicative e inducono alla ricerca delle cause che le hanno determinate. La bassa numerosità statistica delle classi d'età più giovani conferma la tendenza allo spopolamento dovuto a diversi fattori socio economici.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

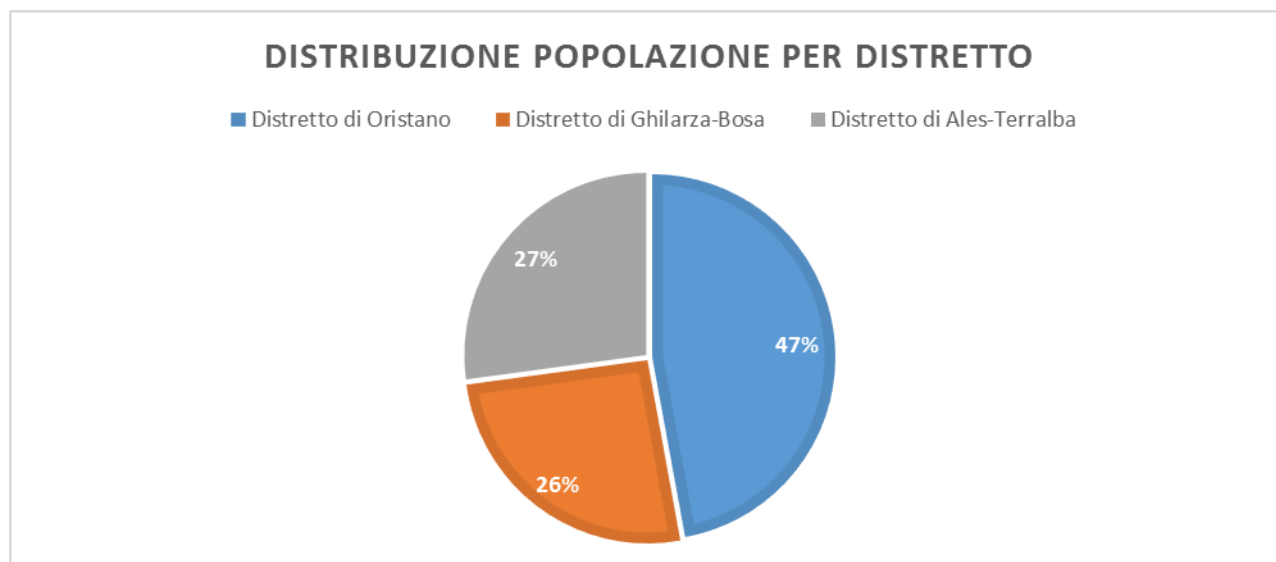
La struttura della piramide conferma un forte invecchiamento della popolazione.

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di carico di figli per donna
247,3	56,9	179,6	15,4

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'ambito territoriale della Area Socio Sanitaria locale di Oristano è articolata in tre Distretti Sanitari: il **Distretto di Oristano**, il **Distretto di Ghilarza-Bosa** e il **Distretto di Ales-Terralba**. Circa il 50% della popolazione è concentrata nel Distretto di Oristano, mentre il 26 % della popolazione risiede

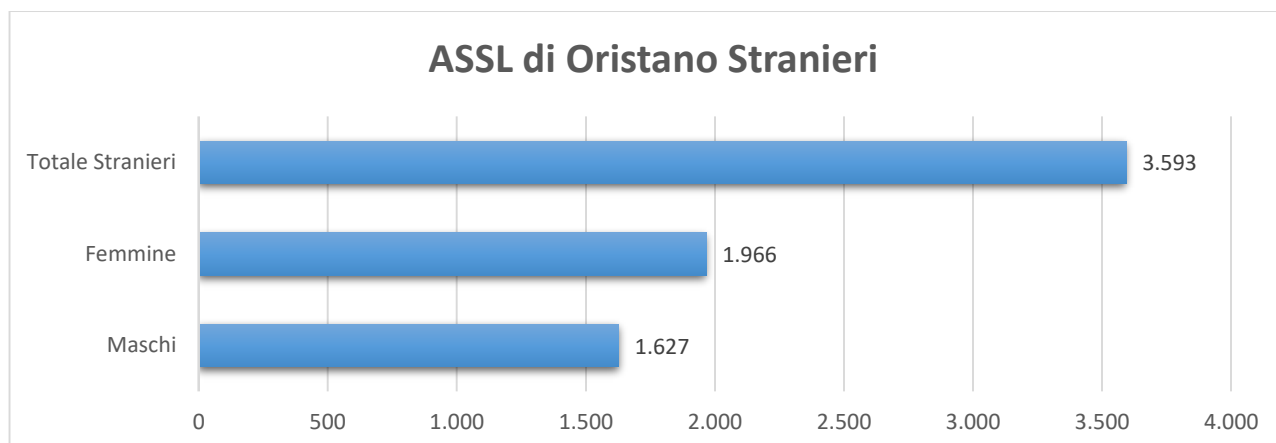
nel Distretto di Ghilarza-Bosa e il 27% in quello di Ales-Terralba.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

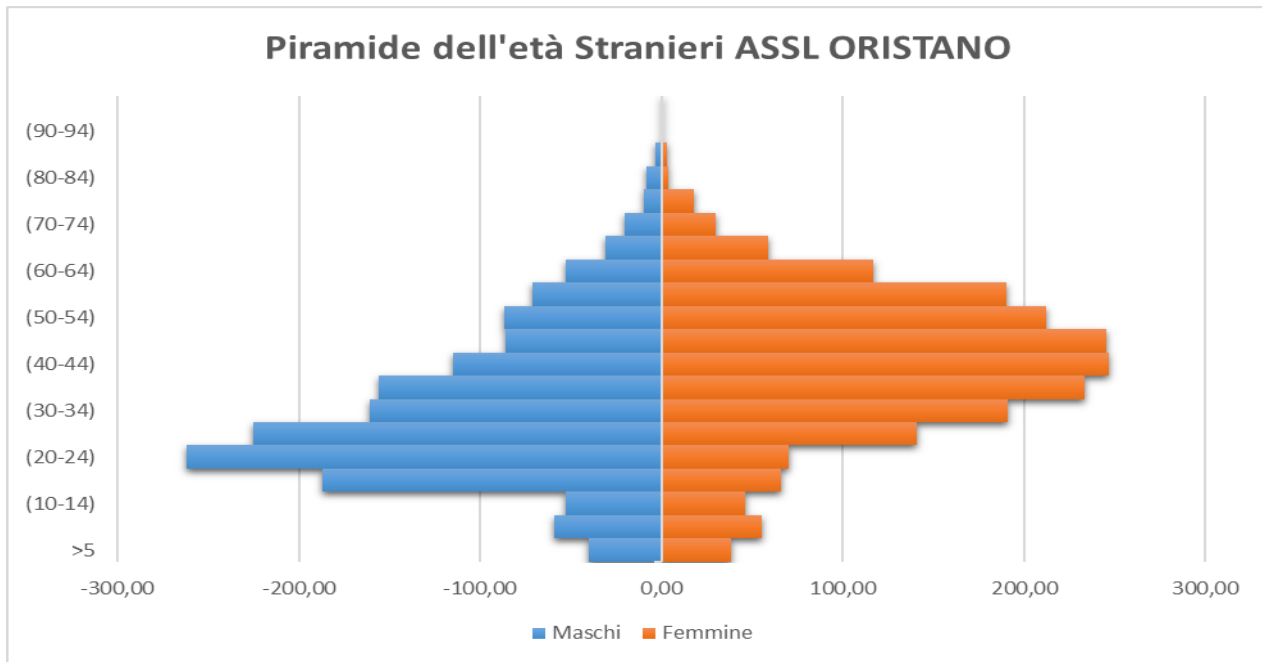
La componente straniera

La popolazione straniera residente nell'area socio sanitaria di Oristano è di 3.593 abitanti che corrispondono al 2,25% della popolazione dell'Area. Non ci sono sostanziali differenze di genere, la componente femminile è di 1.966 abitanti e quella maschile di 1.627 abitanti.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

La piramide dell'età evidenzia una bassa natalità. La popolazione è caratterizzata da una distribuzione irregolare sia per quanto riguarda l'età e il sesso. Nel caso di piccole popolazioni questo rientra nella normalità. Le classi d'età maggiormente rappresentative per la componente maschile sono quelle dai 15 ai 30 anni, mentre la componente femminile è maggiormente rappresentata dalle classi centrali.

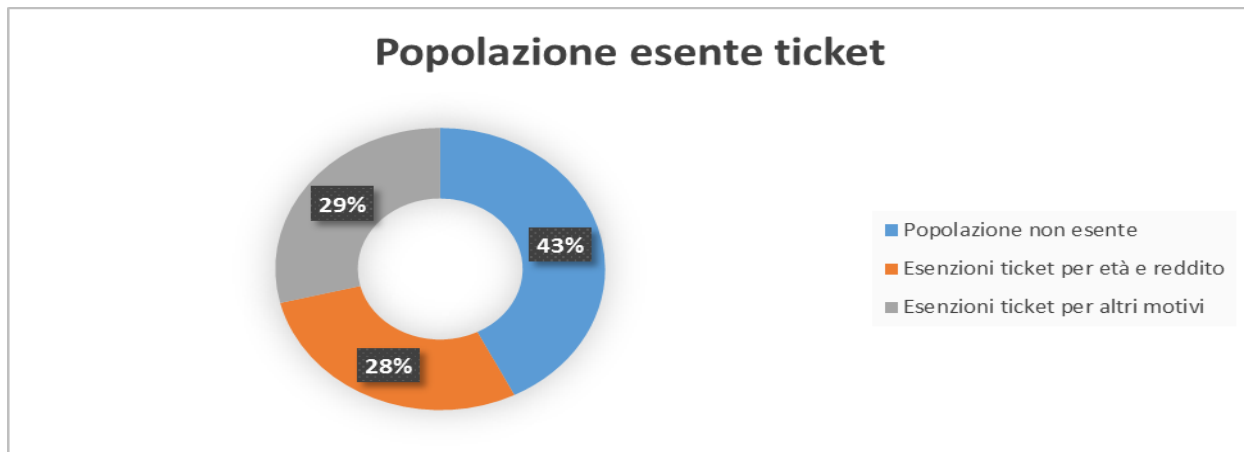


La popolazione esente

La popolazione esente corrisponde al 57% della popolazione residente di cui il 28 % per età e reddito e il 29% per altri motivi.

ASSL	Popolazione Residente	Totale esenzioni	Esenzioni ticket per età e reddito	Esenzioni ticket per altri motivi
Oristano	160.746	92.322	45.907	46.415

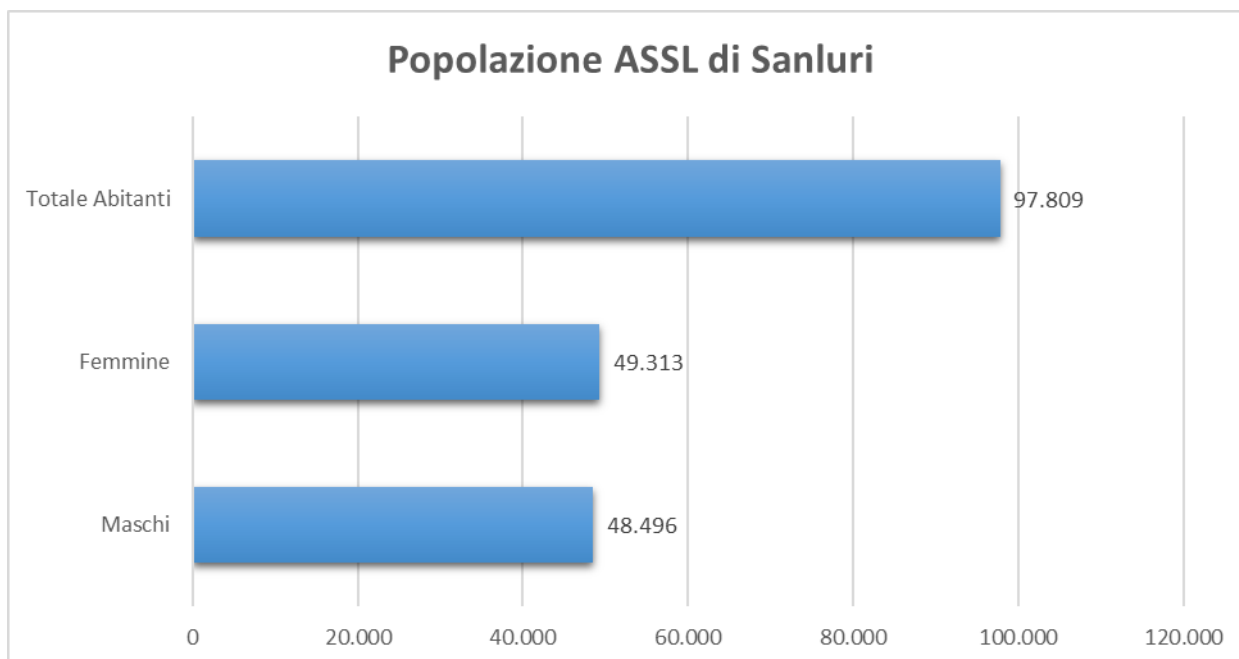
Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2018



Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2018

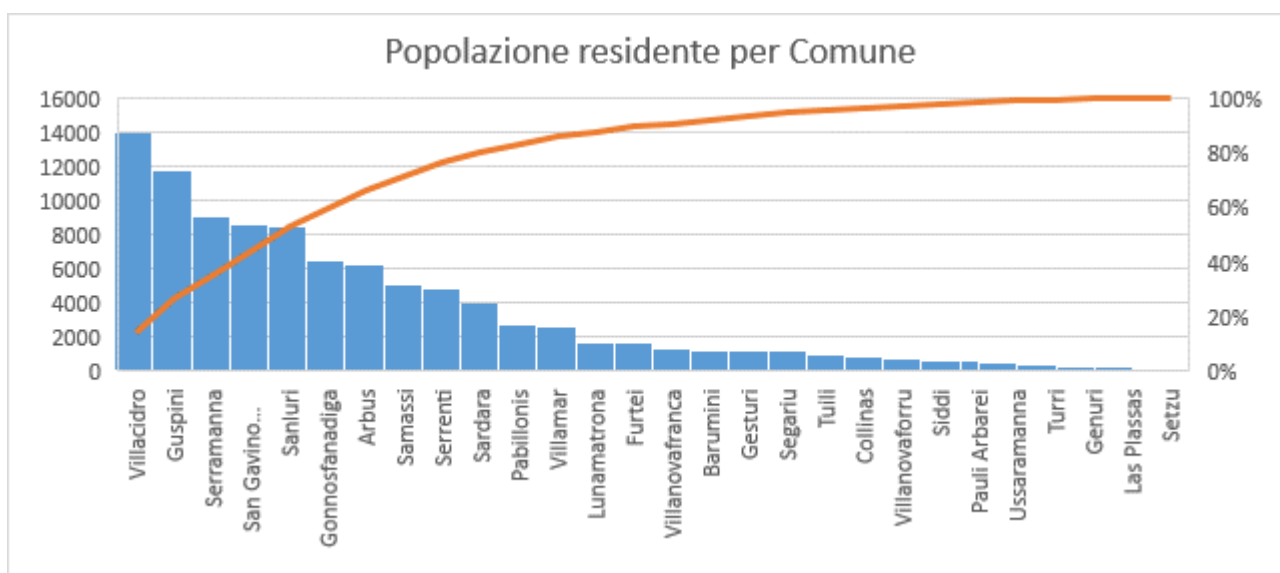
Area Socio Sanitaria Locale di Sanluri

La popolazione del territorio di competenza dell'Area Socio-Sanitaria Locale di Sanluri al 01.01.2018 è di 97.809 ab. di cui 48.496 maschi e 49.313 femmine. L'Area si estende per 1.516 kmq con una densità di popolazione pari a 65 ab. per Km² e corrisponde al 6,3 % del territorio Regionale.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

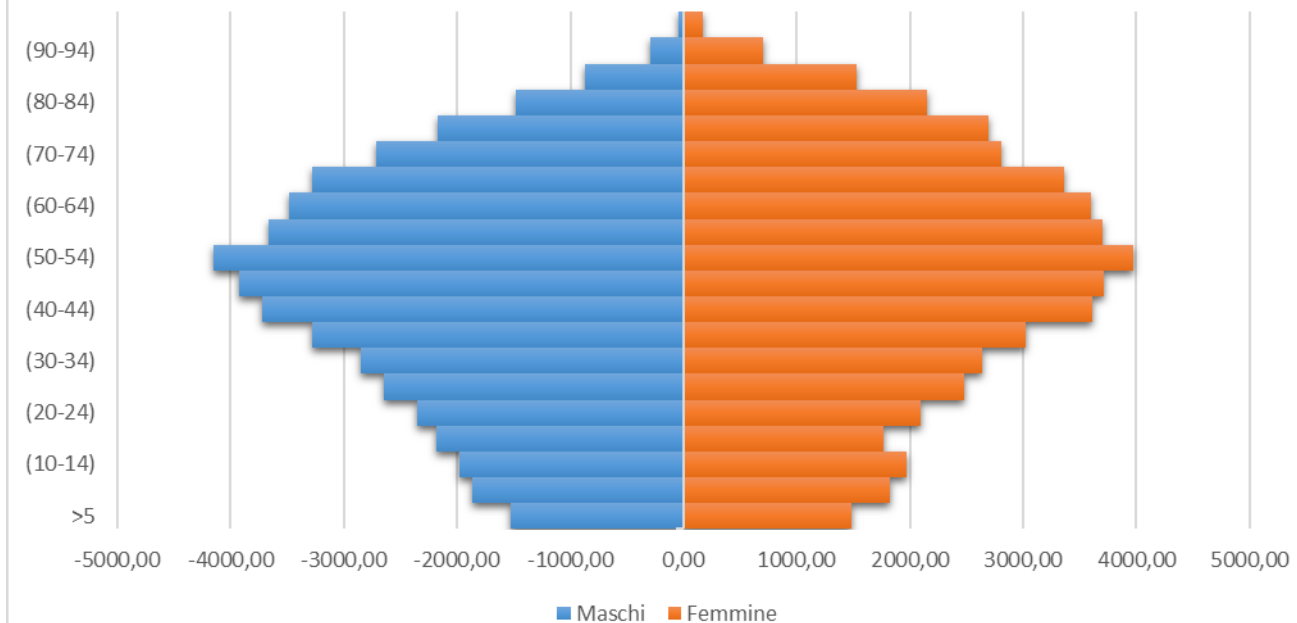
La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi in quanto la maggioranza dei comuni che compongono la provincia sono di medie e piccole dimensioni.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali. Le anomalie nella forma della piramide sono estremamente indicative e inducono alla ricerca delle cause che le hanno determinate. La bassa numerosità statistica delle classi d'età più giovani conferma la tendenza allo spopolamento dovuto a diversi fattori socio economici.

Piramide dell'età ASSL SANLURI



49

La struttura della piramide conferma un forte invecchiamento della popolazione.

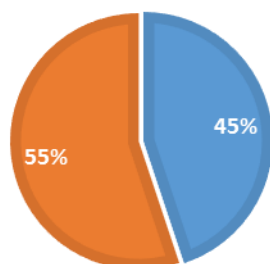
Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di carico di figli per donna
228,2	55,6	179,3	15,6

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'ambito territoriale della Area Socio Sanitaria locale di Sanluri è articolata in due Distretti Sanitari: **Distretto di Sanluri e Distretto di Guspini**. La distribuzione della popolazione per Distretto è più o meno omogenea, infatti nel Distretto di Guspini è concentrato il 55 % della popolazione e nel Distretto di Sanluri il 45% della popolazione.

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER DISTRETTO

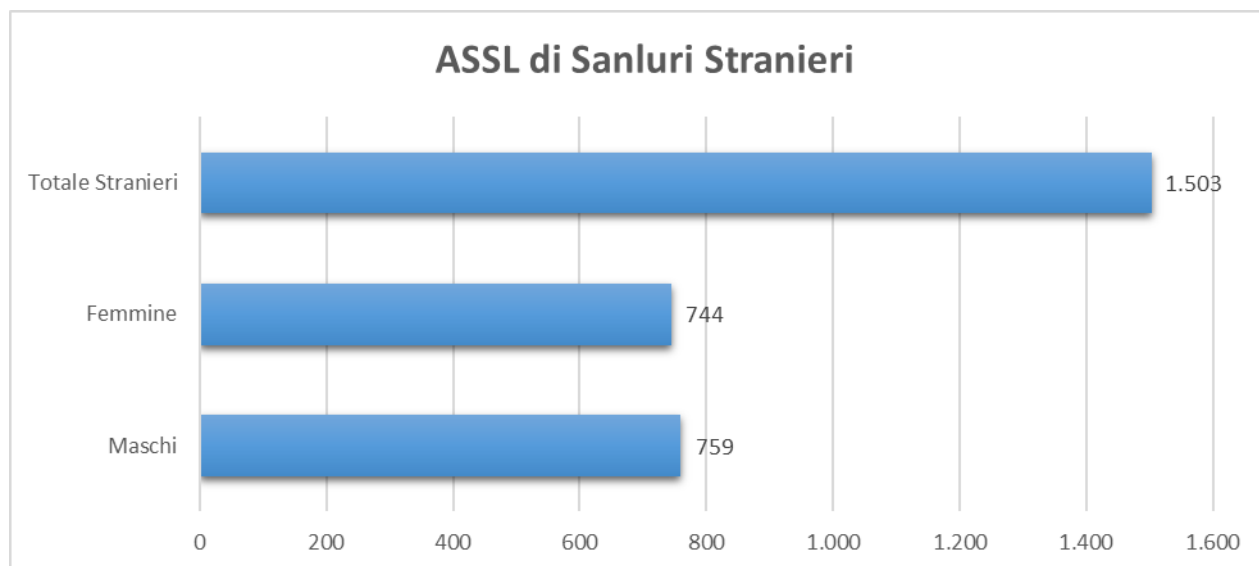
■ Distretto di Sanluri ■ Distretto di Guspini



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

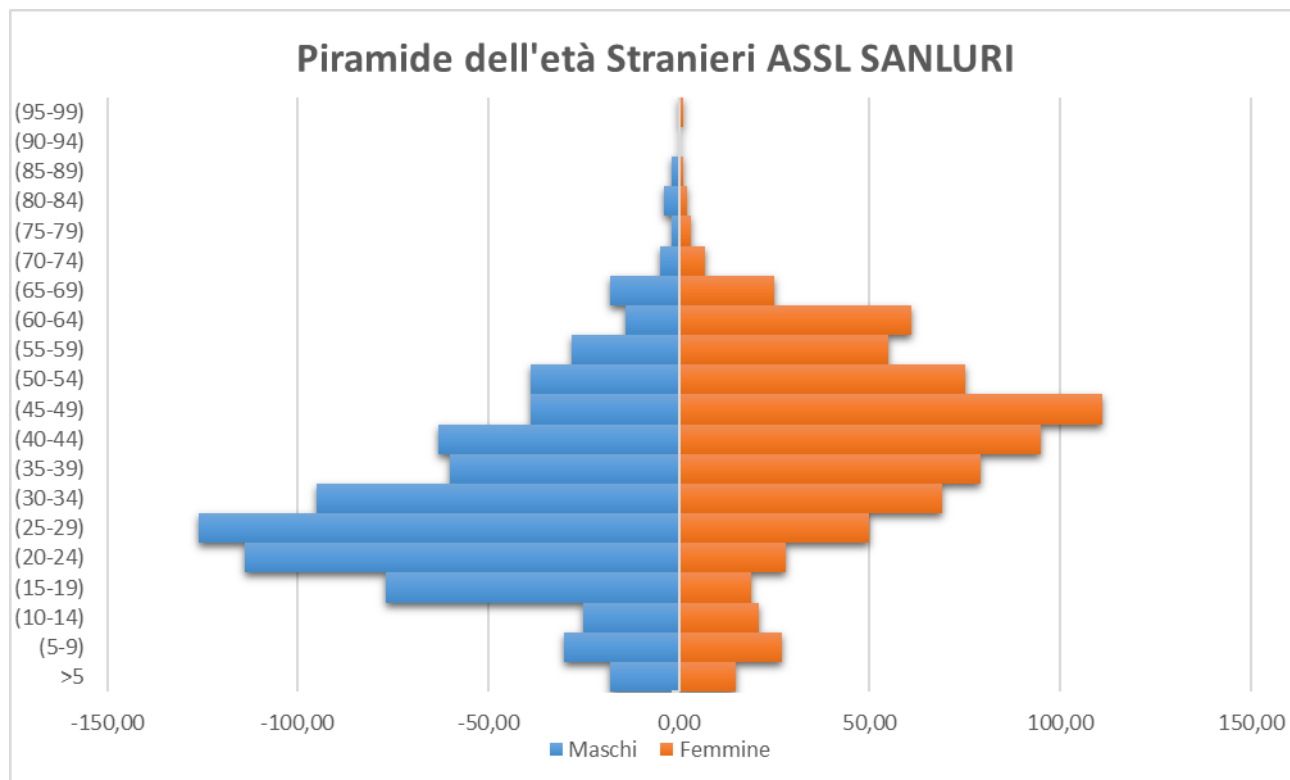
La componente straniera

La popolazione straniera residente nell'area socio sanitaria di Sanluri è di 1.503 abitanti che corrispondono al 1,54 % della popolazione dell'Area. Non ci sono sostanziali differenze di genere, la componente femminile è di 744 abitanti e quella maschile di 759 abitanti.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

La piramide dell'età evidenzia una bassa natalità. Le classi d'età maggiormente rappresentative per la componente maschile sono quelle dai 15 ai 30 anni, mentre la componente femminile è maggiormente rappresentata dalle classi centrali. La popolazione è caratterizzata da una distribuzione irregolare sia per quanto riguarda l'età che il sesso. Nel caso di piccole popolazioni rientra nella normalità

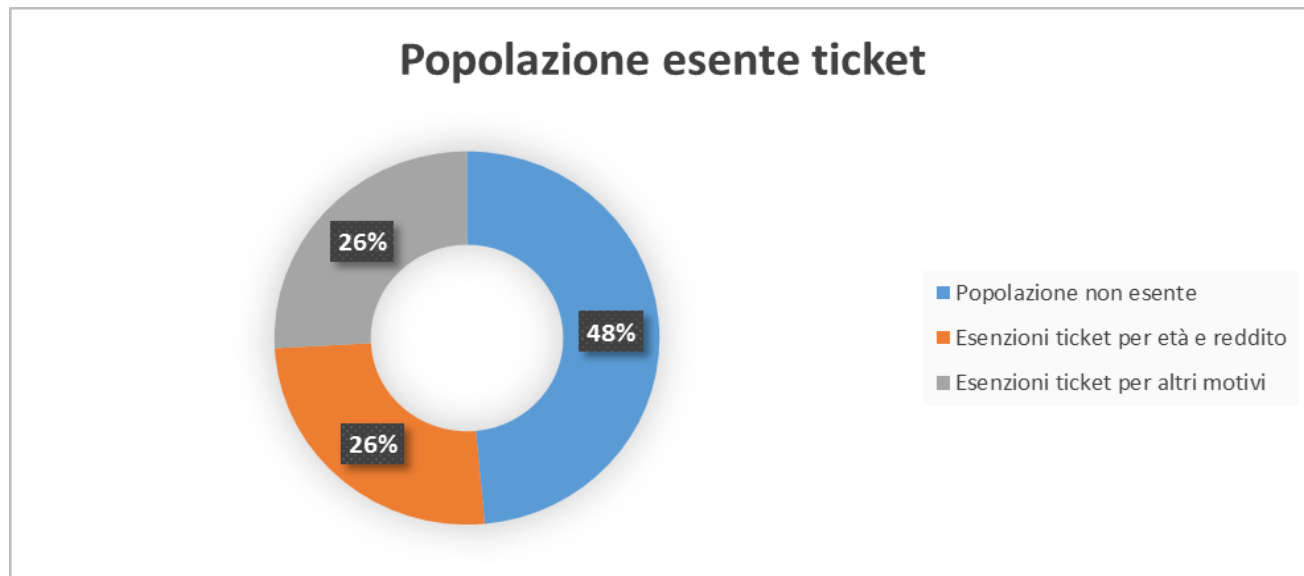


La popolazione esente

La popolazione esente corrisponde al 52% della popolazione residente di cui il 26 % per età e reddito e il 26% per altri motivi.

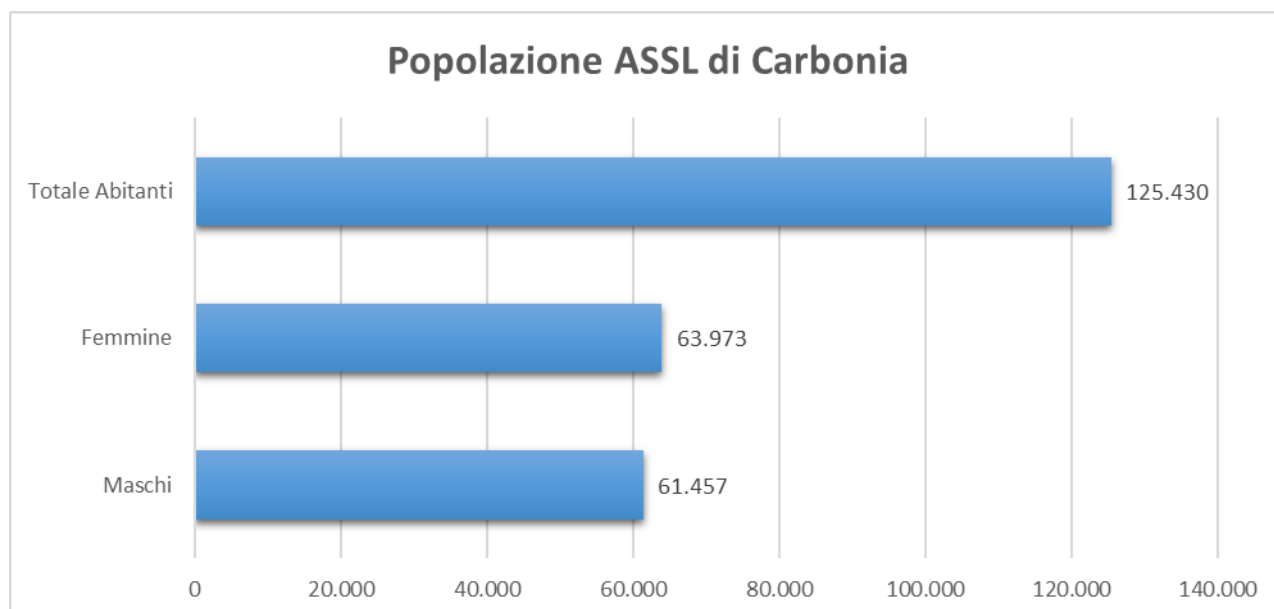
ASSL	Popolazione Residente	Totale esenzioni	Esenzioni ticket per età e reddito	Esenzioni ticket per altri motivi
Sanluri	98.623	50.755	25.237	25.518

Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2018



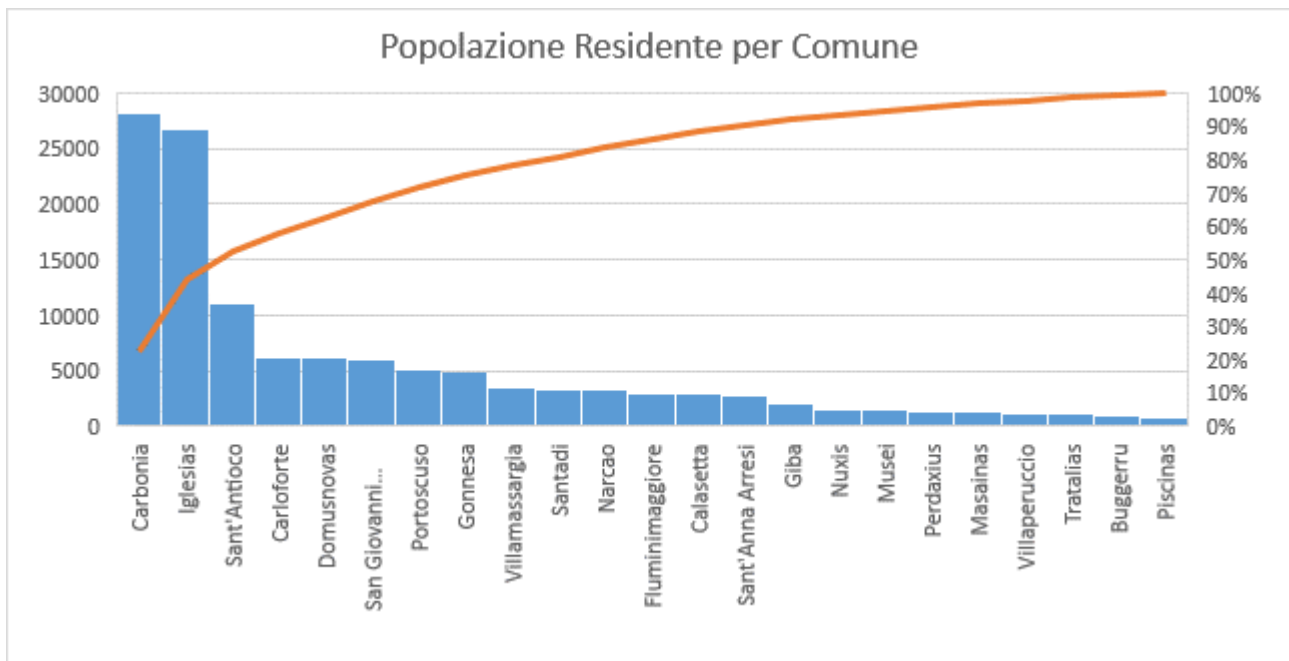
Area Socio Sanitaria Locale di Carbonia

La popolazione del territorio di competenza dell'Area Socio-Sanitaria Locale di Carbonia al 01.01.2018 è di 125.430 ab. di cui 61.4570 maschi e 63.937 femmine. L'Area si estende per 1.495 kmq con una densità di popolazione pari a 84 ab. per Km² e corrisponde al 6,2 % del territorio Regionale.



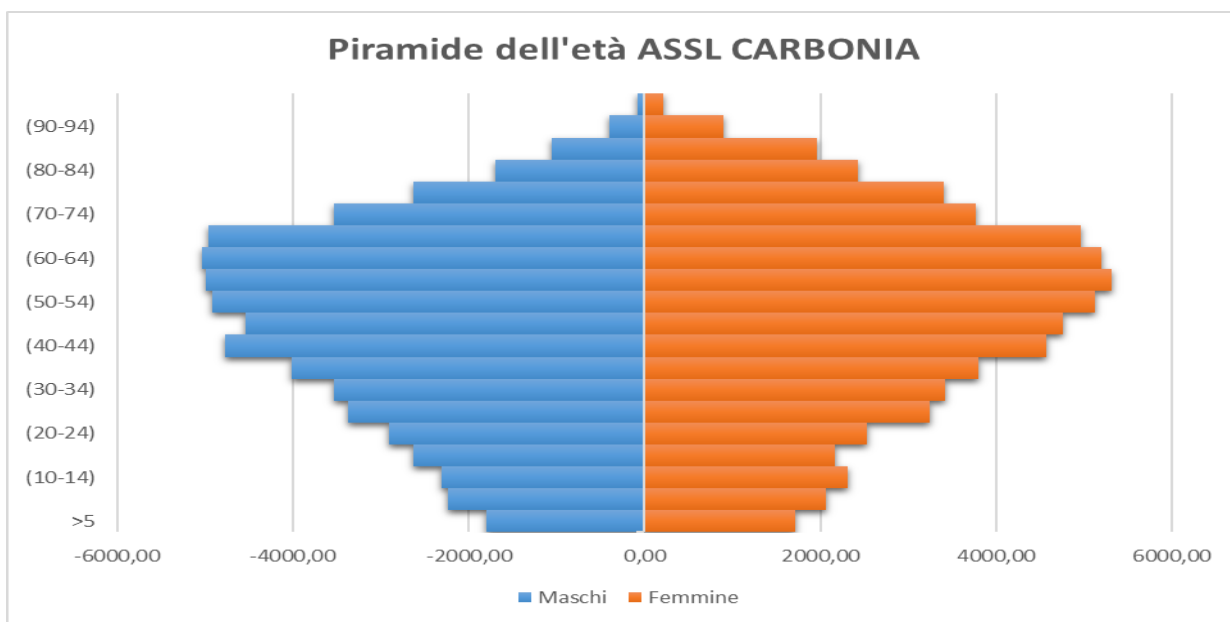
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2017)

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi in quanto la maggioranza dei comuni che compongono la provincia sono di medie e piccole dimensioni.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali. Le anomalie nella forma della piramide sono estremamente indicative e inducono alla ricerca delle cause che le hanno determinate. La bassa numerosità statistica delle classi d'età più giovani conferma la tendenza allo spopolamento dovuto a diversi fattori socio economici.

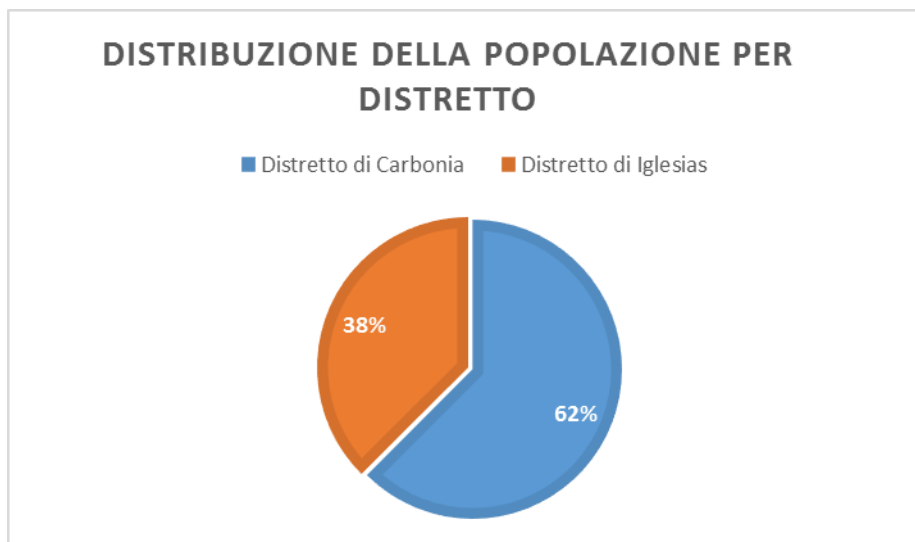


La struttura della piramide conferma un forte invecchiamento della popolazione. L'ambito territoriale della Area Socio Sanitaria locale di Carbonia è articolata in due Distretti Sanitari: Distretto di Carbonia e Distretto di Iglesias.

La distribuzione della popolazione per Distretto è fortemente disomogenea, il Distretto più popoloso è il Distretto di Carbonia dove è concentrato il 62% della popolazione, mentre nel Distretto di Sanluri la popolazione è pari al 38% della popolazione totale.

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di carico di figli per donna
257,7	55,1	213,4	14,4

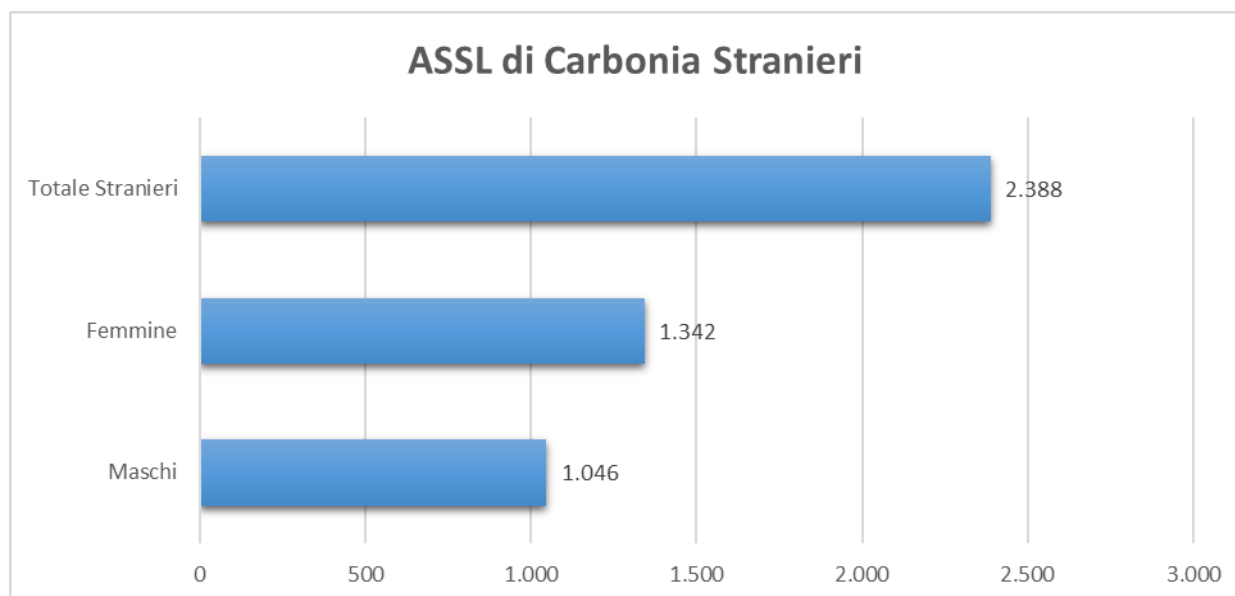
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

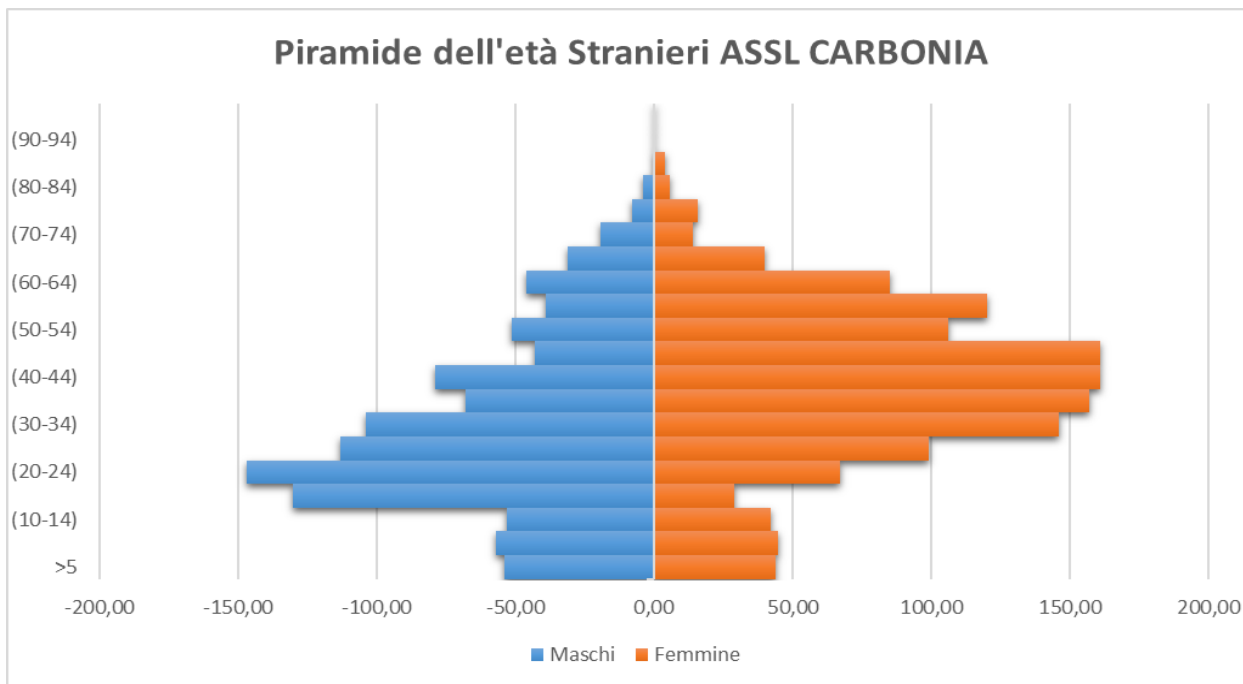


Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

La componente straniera

La popolazione straniera residente nell'area socio sanitaria di Carbonia è di 2.388 abitanti che corrispondono al 1,90 % della popolazione dell'Area. Per quanto attiene alle differenze di genere, la componente femminile è di 1.342 abitanti e quella maschile di 1.046 abitanti.





Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

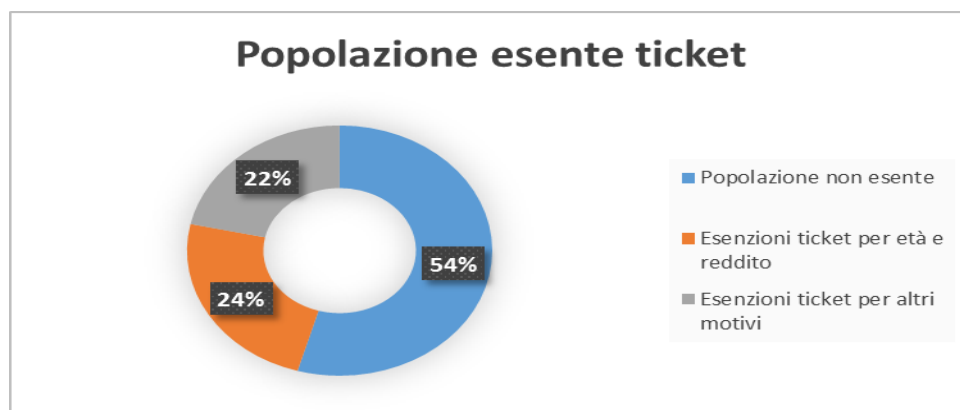
La piramide dell'età evidenzia una bassa natalità. Le classi d'età maggiormente rappresentative per la componente maschile sono quelle dai 15 ai 30 anni, mentre la componente femminile è maggiormente rappresentata dalle classi centrali. La popolazione è caratterizzata da una distribuzione irregolare sia per quanto riguarda l'età che il sesso. Nel caso di piccole popolazioni rientra nella normalità.

La popolazione esente

La popolazione esente corrisponde al 46% della popolazione residente di cui il 24 % per età e reddito e il 22% per altri motivi.

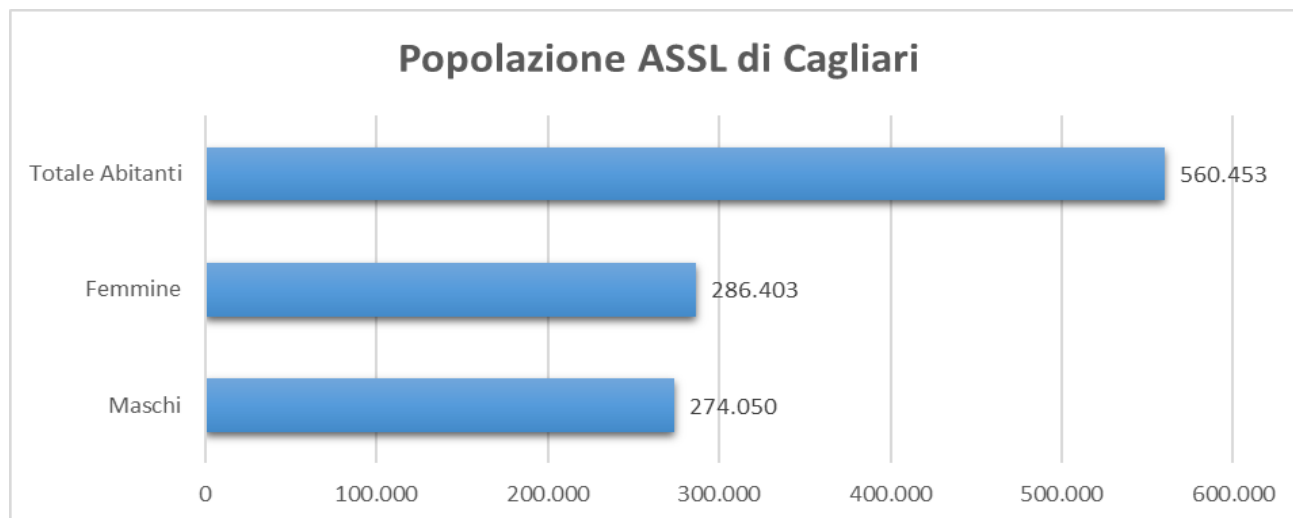
ASSL	Popolazione Residente	Totale esenzioni	Esenzioni ticket per età e reddito	Esenzioni ticket per altri motivi
Carbonia	126.324	57.540	30.268	27.272

Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2018



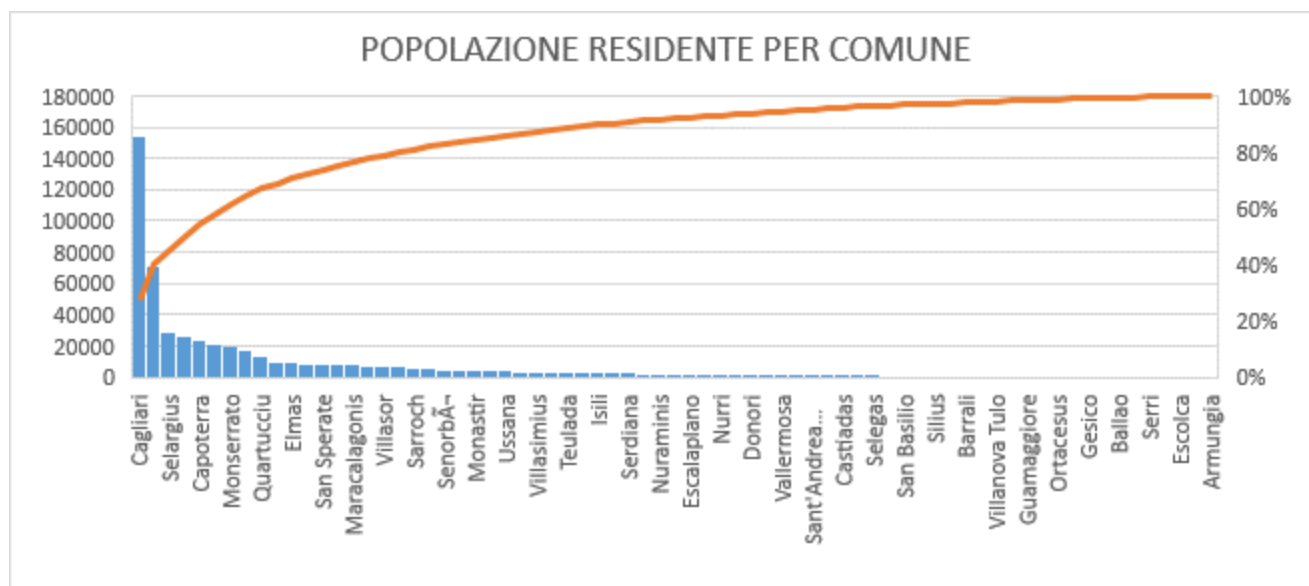
Area Socio Sanitaria Locale di Cagliari

La popolazione del territorio di competenza dell'Area Socio-Sanitaria Locale di Cagliari al 01.01.2018 è di 560.373 ab. di cui maschi 273.593 e 286.780 femmine. L'Area si estende per 4.569 kmq con una densità di popolazione pari a 123 ab. per Km² e corrisponde al 19 % del territorio Regionale.

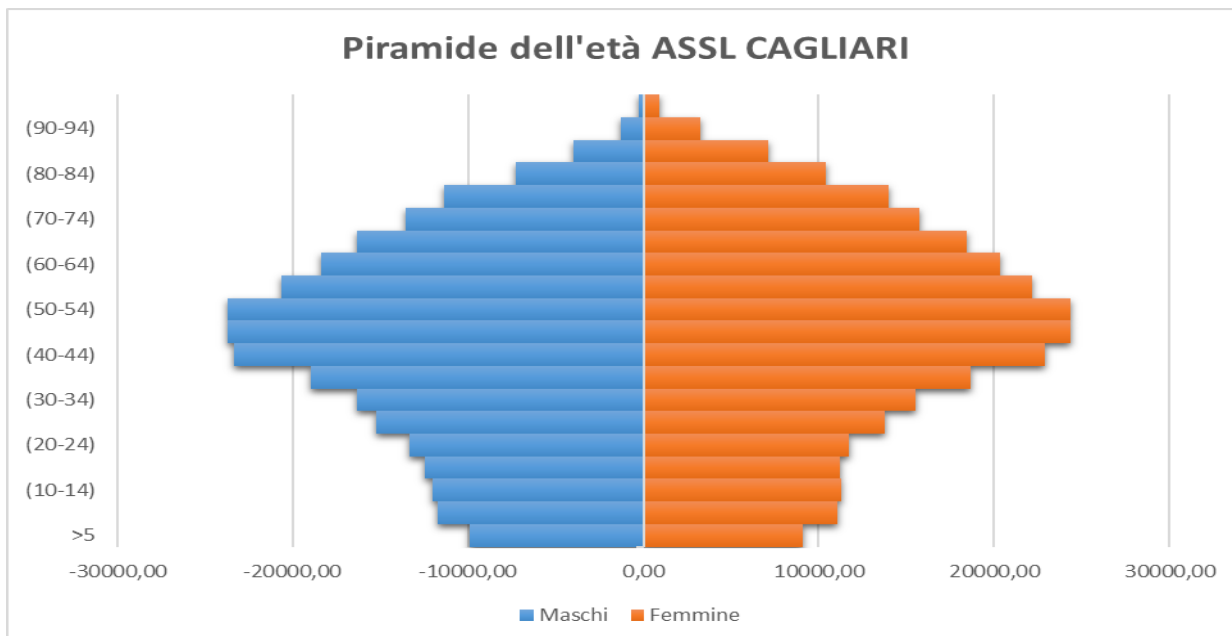


Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi in quanto la maggioranza dei comuni che compongono la provincia sono di medie e piccole dimensioni.



L'aspetto piramidale evidenzia una contrazione della numerosità statistica della popolazione nelle fasce d'età più giovani (0-14) mentre si registrano per le fasce centrali d'età valori positivi (bassa età media insieme alla Area Socio Sanitaria di Olbia) rispetto al quadro regionale che possono essere considerate strategiche per lo sviluppo demografico. Per le fasce d'età dai 30 ai 60 anni, nella quale si concentra la popolazione in età lavorativa, si registra la quota più elevata di popolazione.

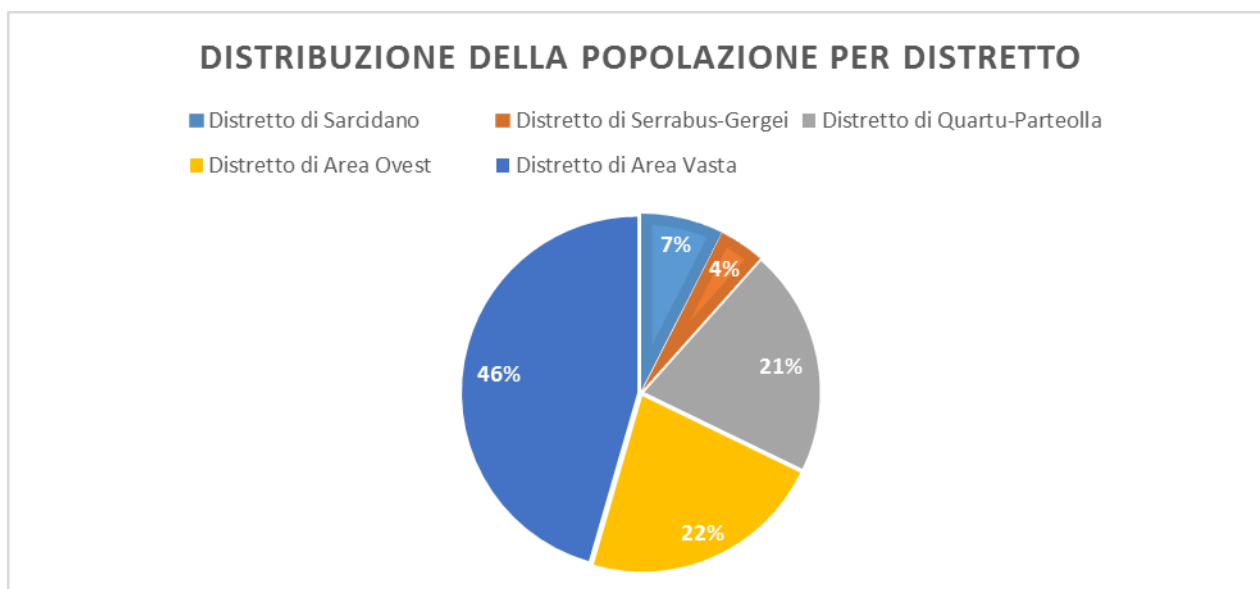


Il progressivo invecchiamento della struttura demografica è compensata dall'aumento dei cittadini stranieri.

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di carico di figli per donna
190,6	51	163,5	16,1

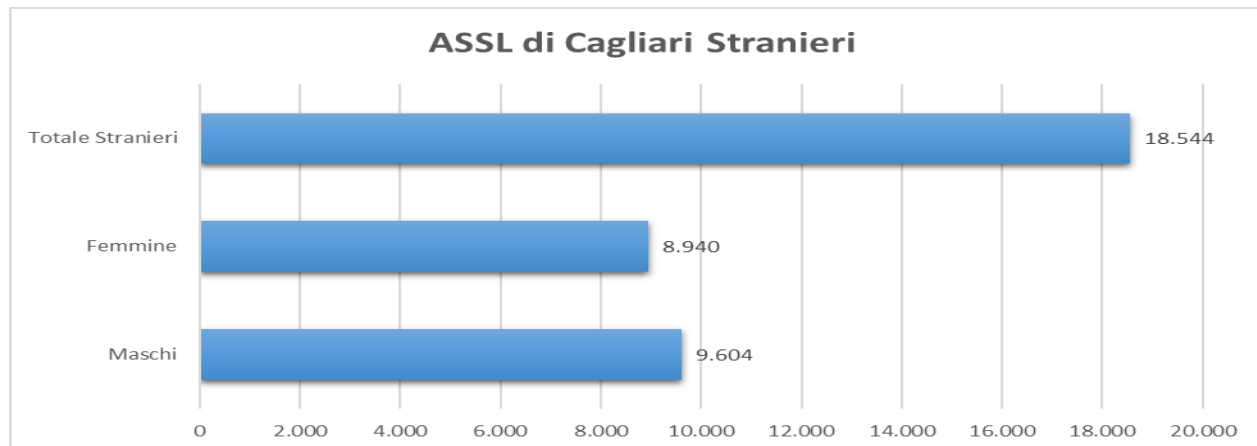
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'ambito territoriale della Area Socio Sanitaria locale di Cagliari è articolata in cinque Distretti Sanitari: Distretto di Area Vasta, Distretto di Area Ovest, Distretto Quartu-Parteolla, Distretto del Sarcidano e Distretto di Serrabus – Gergei. La distribuzione della popolazione per Distretto è fortemente disomogenea, il Distretto più popoloso è il Distretto di Distretto di Area Vasta dove è concentrata il 46% della popolazione, segue per numerosità il Distretto di Area Ovest e di Quartu-Parteolla con una popolazione rispettivamente del 22% e 21%, infine i Distretti di Sarcidano e di Serrabus – Gergei con una popolazione rispettivamente del 7% e 4%.



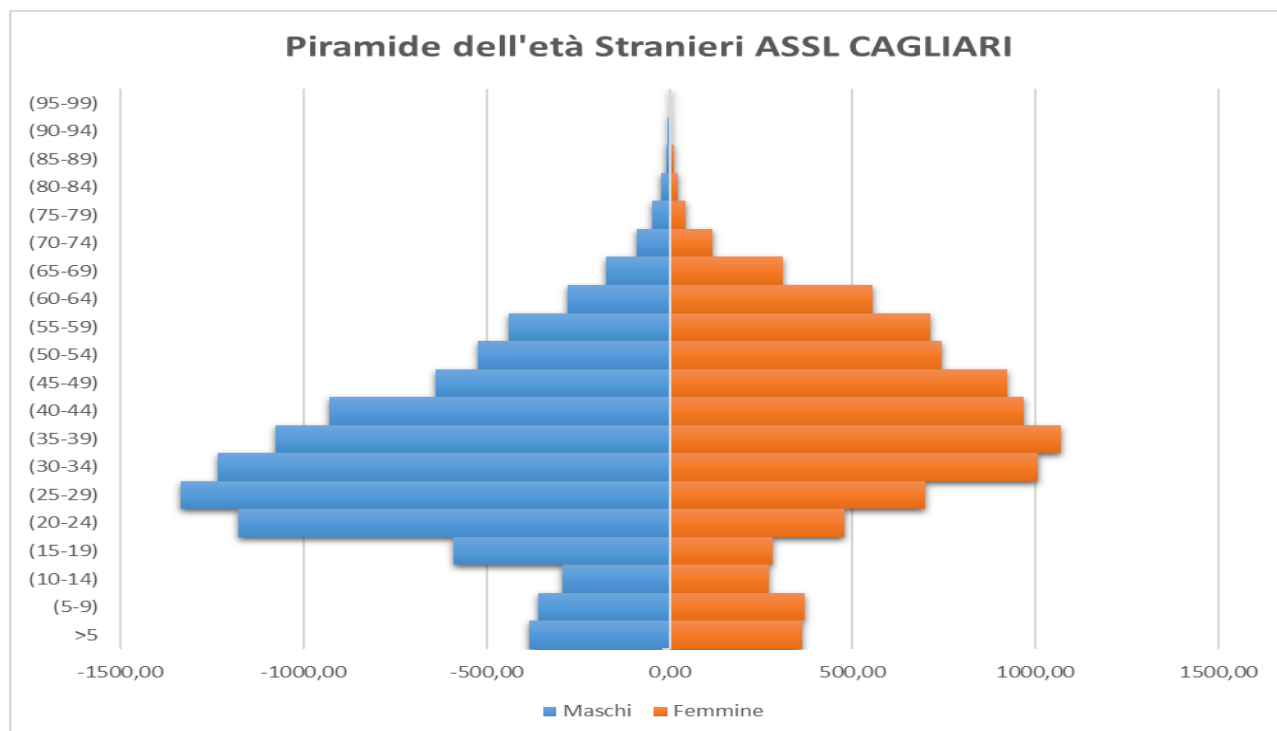
La componente straniera

La popolazione straniera residente nell'area socio sanitaria di Cagliari è di 18.544 abitanti che corrispondono al 3,31 % della popolazione dell'Area. L'area socio sanitaria di Cagliari è quella che ospita il maggior numero di stranieri. Per quanto attiene alle differenze di genere, la componente femminile è di 8.940 abitanti e quella maschile di 9.604 abitanti, rispettivamente il 52% e il 48%.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2018)

L'aspetto piramidale evidenzia una leggera contrazione nelle fasce giovanili della popolazione, mentre la numerosità statistica è fortemente significativa nelle fasce centrali e quindi quelle in età lavorativa. Questo conferma la tendenza degli stranieri a stabilirsi in aree dotate di porto ed aeroporto. La componente maschile è maggiormente rappresentata dalle classi d'età 20-40 anni mentre quella femminile ha valori positivi nelle classi d'età 30-60 anni. L'andamento della popolazione straniera residente segue un flusso regolare. Le fasce giovanili della popolazione della popolazione straniera sono riconducibili ai flussi in entrata negli anni Novanta e Duemila che hanno riguardato i giovani, in particolare la popolazione tra i 20 e i 39 anni d'età e di conseguenza i loro coniugi e i loro figli.

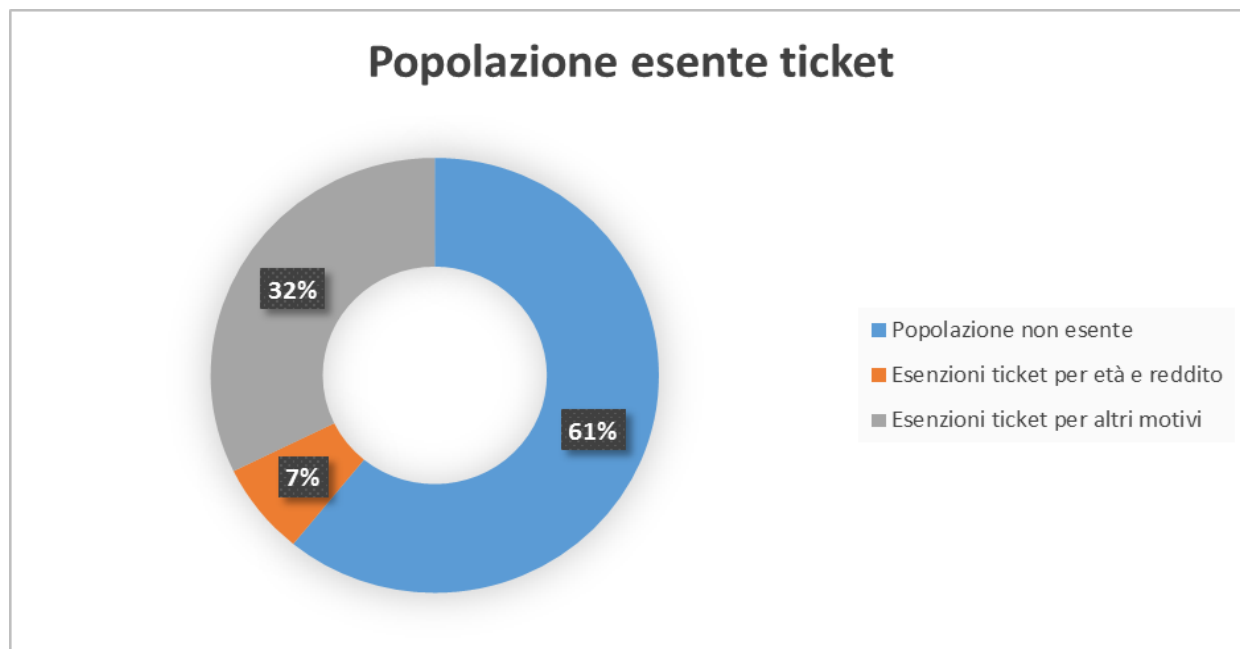


La popolazione esente

La popolazione esente corrisponde al 39% della popolazione residente di cui il 7 % per età e reddito e il 32% per altri motivi.

ASSL	Popolazione Residente	Totale esenzioni	Esenzioni ticket per età e reddito	Esenzioni ticket per altri motivi
Cagliari	560.373	219.223	38.479	180.744

Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2018



Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2018

D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria

In Conformità a quanto disposto dall'art.3, comma 1 bis, del Decreto Legislativo 502/92 e ss.mm.ii. e dall'art.9, commi 1 e 3 della Legge Regionale 10/2006 e ss.mm.ii, il Direttore Generale con delibera n°943 del 5/10/2017, secondo gli indirizzi predisposti dalla Giunta Regionale, ha adottato il primo l'Atto Aziendale dell'Azienda Tutela della Salute (ATS). L'adozione dell'Atto Aziendale segue ad un processo di trasformazione radicale del modello organizzativo preesistente, pertanto si è ritenuto importante e opportuno procedere alla necessaria implementazione dell'organizzazione ivi delineata al fine di rendere effettivo, con la consona modularità, il nuovo assetto nell'ottica di una strutturazione organizzativa che definisca in maniera adeguata, secondo le linee di indirizzo della normativa regionale, il rapporto tra funzioni "centrali" e funzioni "decentrate", anche in relazione alle opportune diramazioni territoriali.

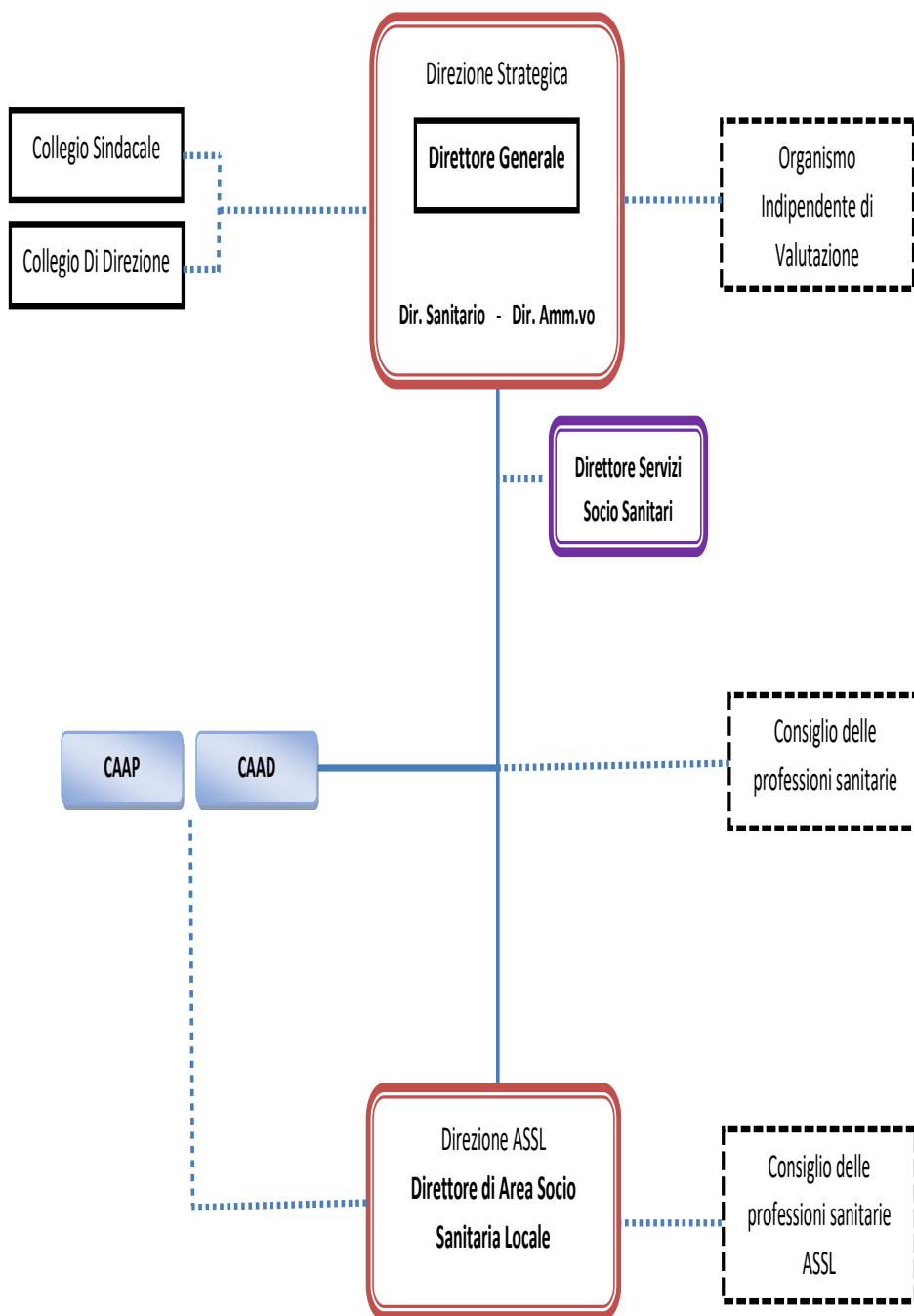
L'Atto Aziendale costituisce uno strumento di fondamentale importanza con il quale l'azienda rende esplicito al suo interno e all'esterno e al contesto socio-economico di riferimento, quale è la sua missione, la sua organizzazione e il suo funzionamento oltreché come si articolano i rapporti con tutti i possibili portatori di interesse.

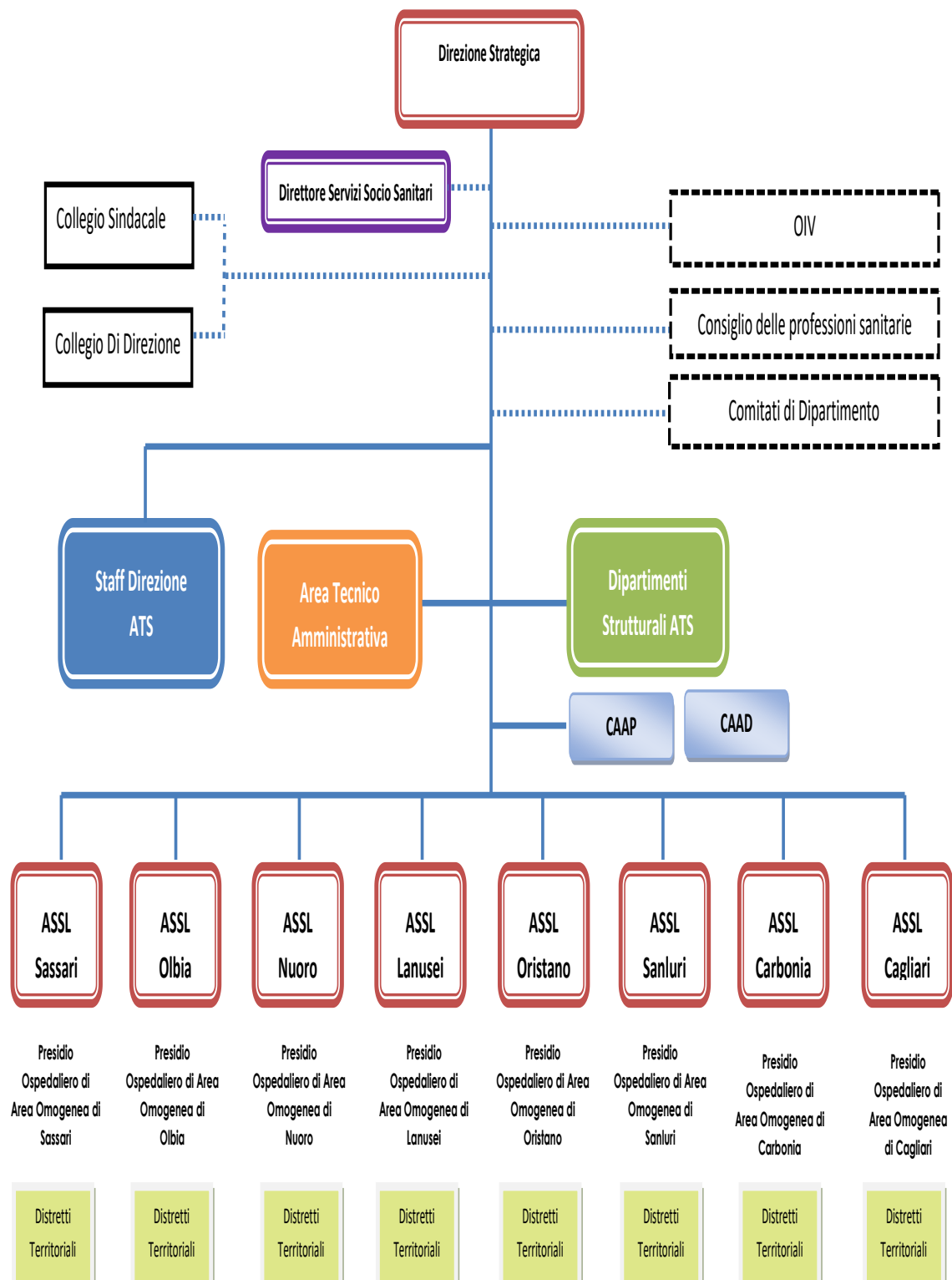
L'organigramma è il principale strumento, a livello macro, di formalizzazione della reale gerarchia organizzativa di una azienda. Esso è la rappresentazione grafica della struttura organizzativa

finalizzato a rappresentare le strutture, e a descrivere sinteticamente funzioni, compiti e rapporti gerarchici esistenti nell'ambito di una determinata struttura organizzativa.

In una organizzazione è proprio l'organigramma che permette di identificare i ruoli, in modo che essi siano riconoscibili sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione stessa. Di seguito, l'organigramma dell'Azienda Tutela della Salute che consente, di identificare le responsabilità relative alle diverse aree di attività dell'organizzazione e di evidenziare le linee di dipendenza gerarchica e funzionale esistenti.

ORGANIGRAMMA GENERALE ATS - Direzione, Organi e Organismi Collegiali





Parte II –La programmazione sanitaria triennale

A. Indirizzi strategici aziendali per livello di assistenza

A.1 Area della Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica

1. Contesto di riferimento dell'assistenza collettiva e l'offerta di prestazioni e servizi sul territorio

Nel presente paragrafo si rappresenta il contesto di riferimento nel quale si sviluppano le attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica dirette a garantire i LEA e la loro articolazione nel territorio.

STRUTTURE DELLA PREVENZIONE

	Sassari		Olbia		Nuoro		Lanusei		Oristano		Sanluri		Carbonia		Cagliari		ATS			
Livello di Assistenza/Denominazione Servizio	Tipo Struttura	N. Se di	Tipo Struttura	N. Se di	Tipo Struttura	N. Se di	Tipo Struttura	N. Se di	Tipo Struttura	N. Se di	Tipo Struttura	N. Se di	Tipo Struttura	N. Se di	Tipo Struttura	N. Se di	Tot. SC	Tot. SS	Tot. SSD	Tot. Se di
Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	SC	5	SSD	2	SC	4	SSD	1	SC	4	SSD	1	SC	2	SC	5	20	0	4	24
Igiene degli Alimenti di Origine Animale	SC	5			SC	7	SSD	3	SC	8	SSD	2	SSD	3	SC	5	25	0	8	33
Medicina Legale	SSD	1					SSD	2							SSD	11	0	0	14	14
Medicina Sportiva	SSD	1			SC	6							SSD	1			6	0	2	8
Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche	SC	2	SSD	2	SC	4	SSD	2	SC	4	SSD	2	SSD	1	SC	5	15	0	7	22
Igiene e Sanità Pubblica	SC	15	SC	10	SC	18			SC	12	SC	2	SC	8	SC	17	82	0	0	82
Servizio prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	SC	1	SC	2	SC	1	SC	1			SC	1	SC	2	SC	2	10	0	0	10
Sanità Animale	SC	27			SC	38	SSD	1	SC	16	SC	2	SC	9	SC	22	114	0	1	115
Salute e Ambiente					SSD	4					SSD	1			SSD	1	0	0	6	6
Promozione della Salute	SSD	2									SC	1			SC	1	4	0	0	4

Fonte dati: Rilevazione Dipartimenti di Prevenzione ASSL e Servizi Programmazione e Controllo di Area

SCREENING ONCOLOGICI

ASSL	Anno	Attività	Screening Service Uterina*	Screening Mammografico**	Screening Colon Retto***
SASSARI	2017	Inviti al 1° livello	18.799	15.756	444
		Adesioni	7.044	5.669	146
		Tasso di adesione	41,29%	41,06%	33,70%
	2016	Inviti al 1° livello	50.374	14.934	24.409
		Adesioni	19.637	5.435	8.514
		Tasso di adesione	43,53%	42,87%	37,13%
	Delta	Tasso di adesione	-2,24%	-1,81%	-3,43%
OLBIA	2017	Inviti al 1° livello	413	4.664	3.132
		Adesioni	262	2.611	850
		Tasso di adesione	63,40%	56,00%	27,10%
	2016	Inviti al 1° livello	8.381	9.217	12.448

ASSL	Anno	Attività	Screening Cervice Uterina*	Screening Mammografico**	Screening Colon Retto***
		Adesioni	3.102	3.516	2.935
		Tasso di adesione	37,00%	38,10%	23,58%
	Delta	Tasso di adesione	26,40%	17,90%	3,52%

NUORO	2017	Inviti al 1° livello	5.876	1.627	5.939
		Adesioni	2.261	897	2.154
		Tasso di adesione	38,48%	55,13%	36,27%
	2016	Inviti al 1° livello	n.d.	4.603	7.846
		Adesioni	n.d.	2.264	2.960
		Tasso di adesione	n.d.	49,19%	37,73%
	Delta	Tasso di adesione	n.c.	5,95%	-1,46%

LANUSEI	2017	Inviti al 1° livello	1.701	1.640	3.164
		Adesioni	747	833	1.560
		Tasso di adesione	43,92%	50,79%	49,30%
	2016	Inviti al 1° livello	4.529	3.230	7.624
		Adesioni	1.520	1.696	3.350
		Tasso di adesione	33,56%	52,51%	43,94%
	Delta	Tasso di adesione	10,36%	-1,72%	5,36%

ORISTANO	2017	Inviti al 1° livello	12.304	9.041	15.545
		Adesioni	6.246	4.953	6.738
		Tasso di adesione°	50,76%	54,78%	43,35%
	2016	Inviti al 1° livello	13.441	4.943	12.446
		Adesioni	6.556	3.118	4.914
		Tasso di adesione°	48,78%	63,08%	39,48%
	Delta	Tasso di adesione	1,98%	-8,30%	3,87%

SANLURI	2017	Inviti al 1° livello	6.763	6.212	11.952
		Adesioni	3.193	3.387	5.501
		Tasso di adesione	49,00%	59,00%	48,00%
	2016	Inviti al 1° livello	10.194	6.329	14.333
		Adesioni	4.451	3.037	5.789
		Tasso di adesione	44,00%	48,00%	40,00%

ASSL	Anno	Attività	Screening Cervice Uterina*	Screening Mammografico**	Screening Colon Retto***
	Delta	Tasso di adesione	5,00%	11,00%	8,00%

CAGLIARI	2017	Inviti al 1° livello	54.881	19.056	38.935
		Adesioni	19.373	7.594	10.577
		Tasso di adesione	35,30%	39,85%	27,17%
	2016	Inviti al 1° livello	50.268	15.567	50.795
		Adesioni	15.488	5.675	13.787
		Tasso di adesione	30,81%	36,46%	27,14%
	Delta	Tasso di adesione	4,49%	3,39%	0,03%

ATS	2017	Tasso di adesione (media ASSL)	46,02%	50,94%	37,84%
	2016		39,61%	46,84%	35,21%
	DELTA		6,41%	4,11%	2,63%

Fonte dati: ONS (Osservatorio Nazionale screening):GISCI* (Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma) GISMa** (Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico) GISCoR*** (Gruppo Italiano Screening tumori colonrettali)

VACCINAZIONI

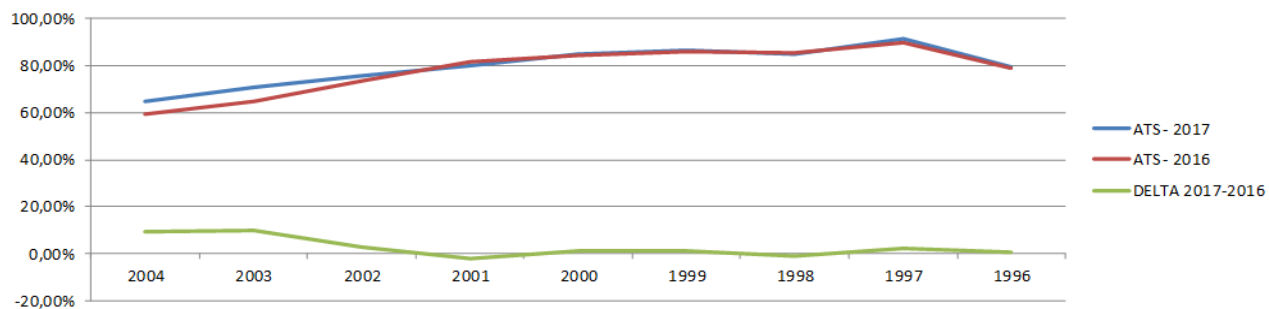
		Coorte	Polio (a)	Difterite (a)	Tetano (a)	Pertosse (a)	Epatite B (a)	Haemophilus influenzae tipo b (b)	Morbillo (c)	Parotite (c)	Rosolia (c)	Varicella (c)	Meningococco C coniugato (b)	Pneumo cocco coniugato (b)
SASSARI	2017	2.230	93,68%	93,63%	93,72%	93,59%	93,50%	93,54%	90,58%	90,45%	90,58%	81,70%	89,64%	93,18%
	2016	2.261	94,69%	94,60%	94,65%	94,52%	94,65%	94,52%	91,07%	91,07%	90,98%	78,77%	90,40%	94,47%
	Delta	-1,37%	1,02%	-0,97%	0,93%	-0,93%	1,15%	-0,97%	-0,48%	-0,62%	0,39%	2,93%	-0,76%	-1,29%
OLBIA	2017	1.212	92,90%	92,90%	92,90%	92,82%	92,82%	92,74%	87,95%	87,95%	87,95%	57,43%	87,62%	91,83%
	2016	1.290	90,70%	90,70%	90,70%	90,70%	90,70%	90,70%	81,71%	81,71%	81,71%	46,74%	82,25%	90,16%
	Delta	-6,05%	2,21%	2,21%	2,21%	2,12%	2,12%	2,04%	6,25%	6,25%	6,25%	10,68%	5,38%	1,68%
LANUSEI	2017	127	96,85%	96,85%	96,85%	96,85%	96,85%	96,85%	85,04%	85,04%	85,04%	73,23%	82,68%	92,91%
	2016	469	96,16%	96,16%	96,16%	96,16%	95,95%	95,95%	86,14%	86,14%	86,14%	58,00%	82,52%	94,88%
	Delta	72,92%	0,69%	0,69%	0,69%	0,69%	0,90%	0,90%	-1,10%	-1,10%	1,10%	15,23%	0,16%	-1,97%
ORISTANO	2017	909	98,57%	98,57%	98,57%	98,57%	98,57%	98,57%	94,83%	94,83%	94,83%	93,62%	89,11%	98,24%
	2016	971	97,73%	97,73%	97,73%	97,73%	97,73%	97,73%	91,76%	91,76%	91,76%	91,35%	85,79%	96,81%
	Delta	-6,39%	0,84%	0,84%	0,84%	0,84%	0,84%	0,84%	3,07%	3,07%	3,07%	2,27%	3,32%	1,43%
SANLURI	2017	619	96,45%	96,45%	96,45%	96,45%	96,45%	96,45%	92,25%	92,25%	92,25%	87,88%	91,11%	95,96%
	2016	609	96,55%	96,55%	96,55%	96,55%	96,55%	96,55%	89,00%	89,00%	89,00%	70,77%	88,67%	94,91%
	Delta	1,64%	0,11%	-0,11%	0,11%	-0,11%	0,11%	-0,11%	3,25%	3,25%	3,25%	17,11%	2,44%	1,05%
CARBONIA	2017	719	97,50%	97,50%	97,50%	97,50%	97,50%	97,50%	90,96%	90,96%	90,96%	60,22%	81,92%	97,36%
	2016	703	96,59%	96,59%	96,59%	96,59%	96,59%	96,59%	92,60%	92,60%	92,60%	62,16%	80,23%	95,16%
	Delta	2,28%	0,91%	0,91%	0,91%	0,91%	0,91%	0,91%	-1,64%	-1,64%	1,64%	-1,94%	1,69%	2,19%
CAGLIARI	2017	3.870	96,69%	96,69%	96,69%	96,69%	96,69%	96,69%	95,40%	95,40%	95,40%	91,76%	92,07%	96,18%
	2016	3.756	96,81%	96,81%	96,81%	96,81%	96,81%	96,81%	94,49%	94,49%	94,49%	89,32%	91,11%	95,90%
	Delta	3,04%	0,11%	-0,11%	0,11%	-0,11%	0,11%	-0,11%	0,91%	0,91%	0,91%	2,43%	0,96%	0,28%
ATS	2017	9.686	95,75%	95,74%	95,76%	95,72%	95,69%	95,69%	92,64%	92,61%	92,64%	82,49%	89,74%	95,17%
	2016	10.059	95,58%	95,56%	95,57%	95,54%	95,56%	95,53%	90,96%	90,96%	90,94%	77,20%	87,99%	94,77%
	Delta	-3,71%	0,17%	0,18%	0,19%	0,18%	0,14%	0,17%	1,68%	1,64%	1,70%	5,29%	1,75%	0,40%

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

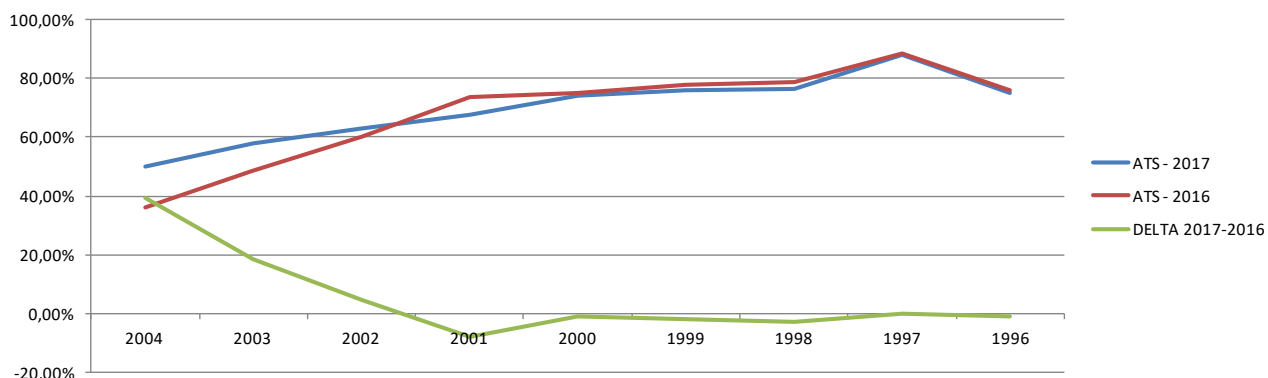
(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età

(c) 1a dose entro 24 mesi

Fonte dati: Rilevazione annuale attività vaccinali dell'intera Regione/P.A. - Sezione I: rilevazione relativa ai nuovi nati



Fonte dati: Rilevazione annuale attività vaccinali dell'intera Regione/P.A. – Sezione V HPV (Papillomavirus): rilevazione relativa alle vaccinazioni negli adolescenti - HPV (prima dose)



Fonte dati: Rilevazione annuale attività vaccinali dell'intera Regione/P.A. – Sezione V HPV (Papillomavirus): rilevazione relativa alle vaccinazioni negli adolescenti - HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica)

ASSISTENZA SANITARIA AI MIGRANTI

	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017-2016
Provincia	Arrivi		Sbarchi diretti		Altri arrivi		Totale		Delta %
Città metropolitana di Cagliari – Sud Sardegna	1.683	3.600	1.936	977	0	97	3.619	4.674	-22,57%
Oristano	330	732	0	13	0	27	330	772	-57,25%
Nuoro	463	991	0	18	0	11	463	1.020	-54,61%
Sassari	1.075	2.303	0	98	0	40	1.075	2.441	-55,96%
TOTALI	3.551	7.626	1.936	1.106	0	175	5.487	8.907	-38,40%

Fonte dati: DGR n. 12/8 del 6.03.2018 - Piano regionale per l'accoglienza dei flussi migratori non programmati 2018

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

ASSL	Anno	Lavoratori controllati	Indagini per infortuni	Indagini per malattie	Aziende interessate	Aziende con interventi di vigilanza	Pareri richiesti	Pareri espressi
Sassari	2017	798	33	19	591	753	1.151	1.046
	2016	1.630	41	2	417	682	2.220	1.998
	Delta	-51,04%	-19,51%	850,00%	41,73%	10,41%	-48,15%	-47,65%
Olbia	2017	123	15	6	147	579	1.124	1.007
	2016	382	15	18	129	592	852	834
	Delta	-67,80%	0,00%	-66,67%	13,95%	-2,20%	31,92%	20,74%
Nuoro	2017	130	21	49	33	377	0	0
	2016	447	34	0	190	370	0	0
	Delta	-70,92%	-38,24%	-	-82,63%	1,89%	-	-
Lanusei	2017	5.445	25	23	231	218	0	0
	2016	6.097	25	8	562	443	0	0
	Delta	-10,69%	0,00%	187,50%	-58,90%	-50,79%	-	-
Oristano	2017	227	16	2	1.323	2.925	77	77
	2016	208	15	3	1.307	2.966	846	404
	Delta	9,13%	6,67%	-33,33%	1,22%	-1,38%	-90,90%	-80,94%
Sanluri	2017	275	3	75	320	480	0	0
	2016	330	3	59	406	460	0	0
	Delta	-16,67%	0,00%	27,12%	-21,18%	4,35%	-	-
Carbonia	2017	485	3	60	361	255	469	469
	2016	455	5	83	379	297	374	374
	Delta	6,59%	-40,00%	-27,71%	-4,75%	-14,14%	25,40%	25,40%
Cagliari	2017	12.230	18	166	3.475	7.722	421	194
	2016	13.667	34	103	4.683	9.445	121	116
	Delta	-10,51%	-47,06%	61,17%	-25,80%	-18,24%	247,93%	67,24%
ATS	2017	19.713	134	400	6.481	13.309	3.242	2.793
	2016	23.216	172	276	8.073	15.255	4.413	3.726
	Delta	-15,09%	-22,09%	44,93%	-19,72%	-12,76%	-26,54%	-25,04%

Fonte dati: NSIS MOD. FLS.18 - Assistenza sanitaria collettiva

ISPEZIONI E VERIFICHE

	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI
Alimenti e Nutrizione*								
Alimenti	-50,28%	24,66%	-10,66%	-6,94%	18,58%	0,91%	-5,82%	-9,50%
Acque di destinazione al consumo umano	100,00%	80,95%	-	-	-	-39,02%	-33,33%	5,81%
Prodotti fitosanitari	-3,51%	-	-6,25%	128,57%	0,00%	13,16%	-44,05%	6,67%
Sanità Animale**								
Piani risanamento malattie animali	-1,81%	54,51%	16,94%	-	-9,17%	29,78%	0,19%	-120,43%
Controllo malattie infettive animali	-27,85%	79,28%	35,16%	-	93,76%	95,45%	16,30%	35,60%
Anagrafe ed identificazione animale	-2,02%	12,26%	18,84%	-	-40,73%	40,81%	-12,15%	2,74%
Urgenze ed emergenze	8,81%	46,67%	78,90%	-	97,77%	28,97%	-4597,62%	100,00%
Allev. Prod. Zootecniche**								
Latte	-8,06%	0,68%	1,89%	-92,86%	-10,25%	4,52%	-10,00%	-126,92%
Farmaci	-51,71%	43,79%	7,62%	15,34%	-18,83%	87,36%	19,64%	-19,26%
Alimentazione animale	-7,94%	23,08%	8,24%	-18,42%	4,72%	42,23%	-5,71%	-40,35%

Benessere animale	-25,12%	-	-	3,82%	-28,99%	31,67%	19,71%	-9,95%
Stabilimenti trasf. Latte (caseifici) con non conf.	-	53,85%	10,00%	-	60,00%	50,00%	33,33%	0,00%
Certificazioni con ispezione per export formaggi	20,18%	-	27,51%	32,43%	-16,40%	-	-122,22%	4,08%
Alimenti di Origine Animale**								
Stabilimenti e attività commerciali	4,84%	72,31%	-	-41,52%	-55,51%	5,28%	-2,56%	14,00%
Controllo carni macellate (capi diverse specie)*	6,77%	0,20%	-8,18%	1,05%	5,99%	-13,64%	-5,54%	9,96%
Agriturismo	0,00%	40,74%	12,82%	29,41%	0,00%	0,00%	14,29%	0,00%

Fonte dati: Dipartimenti di Prevenzione*Piano Regionale del controllo ufficiale 2015-2018 con rev.2018 (Allegato M, N)**BDN Vet info, Sisar Vet PSA (per la PESTE SUINA AFRICANA)

CAMPIONAMENTI E CONTROLLI

	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI
Alimenti e Nutrizione								
Alimenti (farine, frutta, bevande, preparazioni Gastronomiche)	33,73%	21,36%	-	49,46%	-12,15%	4,63%	0,00%	-16,22%
Acque destinate al consumo umano****	7,00%	3,26%	9,17%	1,74%	-94,67%	-1,01%	-3,27%	-5,85%
Sanità Animale								
Test Tubercolosi	47,25%	-	1,22%	-	-	-	-	-
Campioni sanitari per accertamento malattie animali	-18,31%	12,56%	16,25%	-8,77%	3,06%	-1,91%	100,00%	-22,27%
Vaccinazioni per malattie animali	-29,31%	-	-27,72%	-306,73%	-39,18%	-11,16%	100,00%	-134,87%
Allev. Prod. Zootecniche								
Latte e formaggi	-1,72%	-2,50%	46,15%	-116,67%	-45,90%	-1,23%	-9,07%	2,27%
Ricerca residui prodotti lattiero caseari	-10,34%	11,11%	-27,78%	0,00%	-3,33%	47,62%	0,00%	10,26%
Alimentazione animale	2,86%	-	-21,67%	-19,35%	-1,45%	10,64%	-5,71%	
Alimenti di Origine Animale								
Controllo malattie al macello	12,06%	13,32%	11,41%	-20,12%	-139,31%	-30,79%	2,47%	-0,94%
Alimenti di origine animale	-15,07%	72,80%	7,45%	-2,25%	-2,46%	41,05%	-103,73%	-39,51%
Ricerca residui alimenti di origine animale	-30,91%	98,51%	8,14%	7,46%	-25,86%	8,43%	-	-3,13%

Fonte dati: Dipartimenti di Prevenzione Izs (Istituto Zooprofilattico della Sardegna) Coran****ARPA

2.Indirizzi regionali e nazionali in materia

Il presente documento di programmazione tiene conto del mutare dinamico della normativa nazionale e regionale. Di seguito si rappresenta i principali indirizzi normativi regionali e nazionali in materia:

- o d.lgs n°502 del 30.12.1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della l. n°421 del 23.10.1992"; e successive modificazioni ed integrazioni;
- o la l.r. n° 23 del 17.11.2014, "Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle Leggi Regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012";
- o la Legge Regionale n. 17 del 27.07.2016: "Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio

sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale)”;

- Piano Nazionale della prevenzione 2014-2018;
- Piano Regionale della prevenzione 2014-2018;
- Patto per la salute 2014-2016;
- Tutte le delibere RAS recanti indirizzi regionali in materia.

3. Principali criticità riscontrate

La corretta pianificazione dell'attività dell'Assistenza Collettiva della ATS Sardegna non può che partire dallo stato dell'arte dell'attuale fase di riorganizzazione generale delle strutture ATS e degli strumenti messi a disposizione dalle norme regolatorie che riguardano la materia della Prevenzione e Promozione della salute emanate a livello Nazionale e recepite dalla regione Sardegna.

Verranno evidenziati i temi strategici da affrontare e le criticità da superare, nonché le opportunità da cogliere e le sfide da affrontare, prendendo in considerazione le patologie che per frequenza e/o situazione attuale dei servizi appaiono cruciali per una più adeguata tutela della popolazione. L'obiettivo di questo documento è pertanto quello di implementare le azioni necessarie per un approccio efficace e coordinato alla attivazione delle nuove strutture aziendali afferenti al Dipartimento di Prevenzione, come inquadrato nel nuovo assetto organizzativo sopra citato e previsto dal nuovo atto aziendale ATS.

Dovrà essere superata la classica criticità rilevata nei Dipartimenti di prevenzione caratterizzata dal gap tra l'integrazione organizzativa e la mancanza di una cultura e visione interdisciplinare degli operatori.

Per poter assicurare le risposte ai fabbisogni assistenziali, i Dipartimenti di Prevenzione, si articolano in tre ambiti territoriali omogenei che comprendono rispettivamente le seguenti aree socio-sanitarie locali:

1. Dipartimento di Zona Nord, comprende le ASSL di Sassari e Gallura;
2. Dipartimento di Zona Centro, comprende le ASSL di Nuoro, Oristano e Ogliastra;
3. Dipartimento di Zona Sud, comprende le ASSL del Medio Campidano, Sulcis-Iglesiente, Cagliari e Città metropolitana.

L'articolazione nei tre Dipartimenti di Prevenzione rappresenta una sfida organizzativa di notevole impatto per le sue potenzialità innovative, nella prospettiva di una sempre maggiore condivisione ed omogeneizzazione dell'approccio gestionale dei programmi di prevenzione.

Grazie al progresso scientifico basato sull'evidenza, (EBP), allo sviluppo della cultura della prevenzione quale forza trainante nella promozione della salute, alla crescita culturale degli Operatori, insieme ai radicali mutamenti dei modelli sociali e produttivi e al crescente livello di consapevolezza nelle istituzioni, il Dipartimento di Prevenzione ha necessariamente dovuto reingegnerizzare la propria articolazione che nel corso degli anni ha tracciato un percorso sempre più innovativo nella sua mission e nei suoi ambiti d'azione.

Gli interventi riorganizzativi riferiti ai nuovi Dipartimenti di Prevenzione dovranno pertanto riguardare oltre che la ridefinizione delle risorse, dei ruoli e delle competenze delle singole strutture, siano esse Semplici che Complesse, una nuova Vision che dovrà prevedere la semplificazione del quadro di governo aziendale e il rafforzamento del rapporto fiduciario tra la Direzione del Dipartimento e la Direzione Aziendale con interessi convergenti orientati al successo della "Mission" e il potenziamento della capacità delle singole strutture nella partecipazione multidisciplinare e intersettoriale. L'integrazione è infatti un fattore qualificante dell'attività dipartimentale perché, basandosi su una nuova cultura organizzativa, supera il tradizionale modello fondato esclusivamente sulla differenziazione in compiti.

Dall'analisi delle attività erogate emerge infatti, la complessità dei Servizi di prevenzione alla quale si accompagna la necessità di un apporto pluridisciplinare proveniente dalle diverse strutture.

E' questo uno degli aspetti fondamentali rispetto al ruolo esercitato dal Dipartimento di Prevenzione, nel favorire l'azione sinergica e congiunta per giungere poi ad un unico prodotto conclusivo capace di garantire una reale efficacia preventiva. Da tali considerazioni nasce la proposta di innovazione strutturale dei tre Dipartimenti di prevenzione che, accanto alle strutture storiche, ne prevede delle altre di nuova concezione capaci di rispondere ai nuovi bisogni di salute inseriti nelle due Aree di Promozione della Salute e di Sanità Animale e articolati nelle Strutture Complesse appresso elencate:

- Igiene e Sanità Pubblica;
- Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- Promozione della Salute;
- Medicina Legale;
- Salute e Ambiente;
- Centro Donna;
- Sanità animale;
- Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- SSD Ufficio Sanzioni in materia Igienico sanitaria;
- SSD Anagrafe canina e randagismo

Nel corso dei prossimi 3 anni, con la costituzione dei 3 Dipartimenti di Prevenzione, dovranno essere unificate le procedure organizzative per l'attuazione del PRP sui territori di pertinenza territoriale, pur nell'ottica di una linea comune e omogenea regionale che dovrà essere costantemente monitorata dalla Direzione Generale e Sanitaria della ATS.

4. Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire

Nel livello di assistenza collettiva si è fatto proprio il concetto di rete di prevenzione espresso dal Piano di Prevenzione Regionale (PRP) 2014-2018 adottato con la deliberazione della Giunta Regionale n. 30/21 del 16.6.2015 e rimodulato e prorogato al 31/12/2019 con la delibera RAS n.33/9 del 26/06/2018, atteso, che la salute delle persone è largamente influenzata da fattori estranei al sistema sanitario quali i determinanti sociali, economici, comportamentali ed

ambientali. Tenuto conto che è ormai evidente che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente, è necessario costruire una cultura condivisa in un sistema di rete in cui la "salute" diviene preoccupazione globale del Paese e non solo del sistema sanitario. Nell'ambito della Prevenzione si propone di porre in essere gli strumenti organizzativi necessari per assicurare una costante analisi dei bisogni e della domanda di salute, anche inespressa, della popolazione, compresa la sorveglianza epidemiologica, strumento indispensabile per la verifica dell'efficacia di tutti gli interventi di prevenzione adottati.

La promozione della salute si realizza perciò sia in ambito individuale che collettivo, tramite interventi finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi, ad esempio promuovendo l'adozione di stili di vita e, a livello della collettività, migliorando i contesti e le condizioni di vita rilevanti ai fini della salute.

Le azioni da perseguire, vengono individuate, sulla base del contesto regionale, del profilo della salute e della continuità di quanto conseguito nel precedente PRP che nell'individuare quattro Aree tematiche (Macroaree): Medicina predittiva, Prevenzione universale, Prevenzione nella popolazione a rischio, Prevenzione delle complicanze e delle recidive, definiva una o più Linee di intervento generale che vengono oggi riproposte.

Un punto indiscutibile rispetto al percorso fino a oggi portato avanti è il ruolo del monitoraggio e della valutazione degli interventi che rappresenta ancora una componente irrinunciabile del Piano, con la duplice funzione di misurazione dell'impatto che il Piano produce negli esiti di salute sia nel sistema a livello regionale che locale in adempimento dei LEA previsti.

Il Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018, alla luce delle verifiche effettuate nell'ambito del percorso di monitoraggio, valutazione e certificazione e delle verifiche concernenti l'effettivo avanzamento della programmazione verso gli obiettivi concordati e risultati attesi, hanno previsto l'aggiornamento così come contenuto nella già citata deliberazione della Giunta Regionale n. 33/9 del 26/06/2018, che comunque lascia inalterato l'impianto complessivo iniziale, pur tenendo conto dei cambiamenti nel quadro normativo nazionale che hanno influenzato l'andamento del PRP, quale ad esempio l'introduzione dell'obbligo vaccinale di cui alla Legge 119/2017 e l'applicazione del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale.

Attraverso la rimodulazione del PRP si è pervenuti alla definizione di alcune azioni di sistema e di indirizzo in termini di riorganizzazione e sviluppo di alcune attività quali: i percorsi dello screening oncologico, delle malattie infettive, del registro tumori regionale, dei controlli Reach Clp, oltre che della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

I Macro obiettivi del Piano attuale, sono riassumibili in una serie di priorità di seguito elencate:

- Ridurre il carico di malattia mettendo le basi per sollevare il nostro sistema paese da un carico prevenibile di eventi morbosi e mortali, rafforzando il contributo da parte del servizio sanitario al sistema di welfare e rendendo questo più sostenibile, anche in relazione agli andamenti demografici tipici del nostro Paese.
- Investire sul benessere dei giovani. È una scelta dal forte contenuto formativo e di empowerment che si rivolge, in un approccio il più possibile olistico, a quella che sarà la classe attiva (lavorativa e dirigente) nella società del prossimo futuro, e intende promuovere una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita

sani e di comportamenti di rifiuto nei confronti di qualunque forma di dipendenza in una logica di ricerca di un benessere psicofisico e affettivo.

- Rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive investendo in un patrimonio culturale di grande rilevanza sociale e che nel corso degli anni, anche in relazione agli atti di pianificazione nazionale e ai conseguenti sforzi attuati dalle istituzioni e dai professionisti del sistema sanitario, ha portato il nostro Paese a considerare come bene comune la pratica di interventi preventivi quali quelli a salvaguardia della salute dei lavoratori, quelli relativi alla prevenzione oncologica e alle vaccinazioni.
- Mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili. Questa scelta si implementa sia come lotta alle disuguaglianze sia come messa a sistema di interventi (magari già offerti in modo diseguale) per la prevenzione di disabilità.
- Considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente.

Le priorità così individuate risultano connotate dalla sostenibilità nel tempo e le azioni programmate hanno la caratteristica di poter essere integrate con facilità nell'attività ordinaria del Servizio Sanitario Regionale. Quindi, nell'ottica della sostenibilità, dovrà essere ottimizzato l'aspetto organizzativo poiché l'organizzazione sanitaria è un determinante della qualità e dell'efficacia degli interventi.

In quest'ambito, pertanto, l'intento dell'Azienda Tutela della Salute è di caratterizzare la propria attività dedicando un ruolo di rilievo alle campagne di screening per la prevenzione dei tumori; alla promozione di progetti riguardanti l'educazione alimentare e la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare; alla promozione di una azione di prevenzione per la tutela dell'ambiente e della sicurezza nei posti di lavoro nei comparti edile, chimico, agricolo e portuale-marittimo; al potenziamento del servizio veterinario e del servizio di medicina legale.

L'obiettivo generale nell'ambito della Prevenzione e Promozione della Salute del presente piano triennale, è dunque quello di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbidità, mortalità e disabilità dovuto alle malattie non trasmissibili attraverso la collaborazione e la cooperazione multisettoriale a tutti i livelli, regionale, nazionale e mondiale (Piano di azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili per il periodo 2013-2020- OMS), basandosi su quanto è già stato realizzato attraverso l'attuazione del piano d'azione 2008-2013 e su quanto contenuto nel documento: Salute 2020: Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere. Quest'ultimo documento rappresenta un riferimento fondamentale nella scelta delle strategie di politica sanitaria, descrive in modo dettagliato il bisogno di rafforzare i ruoli dei servizi di sanità pubblica e del sistema sanitario ed è frutto di un lavoro congiunto realizzato da 53 Paesi della Regione Europea. Il documento contiene la scelta condivisa di un nuovo orientamento europeo basato sull'adozione di un nuovo modello di politica europea per la salute basato su valori ed evidenze e, così come riportato testualmente ha come obiettivo il miglioramento della salute per tutti e la riduzione delle disuguaglianze, attraverso una migliore leadership e governance per la salute. Esso si focalizza sui principali problemi di salute odierni. Individua quattro ambiti prioritari di azione politica ed è innovativo nelle modalità di risposta di tutti i livelli e settori del governo e della

società. Mette in rilievo la necessità di sviluppare risorse e resilienza all'interno delle comunità, di potenziare *l'empowerment* e di creare ambienti favorevoli.

Il Dipartimento di Prevenzione, nel mantenere i compiti e le funzioni per i quali è stato creato con i decreti legislativi 502/92 e 517/93, di fatto accoglie in sé anche l'esigenza di adeguare l'offerta al costante mutamento della domanda di salute individuando sia nuovi ambiti di interesse che una più ampia collocazione in settori già esistenti ma in evidente crescita ed espansione operativa. Sono quelle che si intende denominare **Aree Emergenti** e sulle quali sarà necessario incidere con strategie organizzative ben precise e coerenti con l'impegno nell'applicazione dei nuovi LEA di cui al DPCM 12 gennaio 2017 (G.U. n° 65 del 18.3.2017, S.O. n° 15), capo II Art. 2: area prevenzione collettiva e sanità pubblica, che hanno confermato l'orientamento strategico secondo il quale la promozione della salute e la prevenzione delle malattie croniche è diventata una priorità per la sanità pubblica.

SCREENING ONCOLOGICI.

Le strategie da utilizzare per gli screening oncologici devono tener conto dei principi generali basati sull'evidenza scientifica, sull'empowerment, sull'equità e sulla multi-settorialità.

Per raggiungere alti tassi di partecipazione è importante rendere più accessibile/accettabile il test di screening e mettere in atto interventi rivolti:

- ai soggetti target (lettera di invito, solleciti, chiamate telefoniche);
- alla popolazione (campagne di educazione sanitaria, campagne informative);
- agli operatori sanitari (formazione sulle linee guida di riferimento, solleciti ai medici nel favorire la partecipazione dei propri assistiti ai programmi);
- all'organizzazione dell'offerta;
- alla popolazione straniera.

Al fine di poter individuare gli strumenti utili al superamento delle criticità che determinano a tutt'oggi il mancato raggiungimento degli obiettivi è necessario monitorare gli aspetti relativi ai modelli organizzativi; percorsi specifici degli screening; volumi di attività garantiti dalle singole ASSL. Nell'ambito delle otto ASSL è a tutt'oggi presente una notevole disomogeneità della collocazione dei Centri Screening nelle diverse ASSL, una buona parte di essi infatti sono inseriti nel Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, altri nei Servizi di Promozione della Salute, altri ancora in Staff alla Direzione Aziendale. Con la creazione dei tre Dipartimenti di Prevenzione si arriverà ad una dislocazione omogenea con una migliore possibilità di coordinamento delle azioni in tutto l'ambito regionale e appare evidente quanto sia necessario dotare tale organismo di un funzionale modello di gestione composto da personale adeguatamente formato e portatore di esperienza relativamente al delicato compito di orchestrazione di un intervento di massa e nel contempo di presa in carico del singolo soggetto nella singola specificità. Negli anni, stante la recente attivazione degli screening, si è riusciti a comporre un'interessante gruppo di Professionisti i quali hanno avuto modo di sperimentare tale attività andando a costituire un capitale fondamentale che è doveroso salvaguardare per la buona riuscita degli screening stessi.

Per quanto riguarda i percorsi dei diversi screening essi appaiono pressoché sovrapponibili in tutto il territorio regionale e tale omogeneità rappresenta un elemento assai favorevole per il superamento di alcune importanti problematiche presenti. Entrambi gli screening presentano

peculiarità specifiche per le quali è necessario predisporre attente valutazioni organizzative, è opportuno comunque evidenziare la importante riorganizzazione richiesta nell'ambito dello screening del cervicocarcinoma con l'introduzione del test papilloma virus, per le quali sono state predisposte specifiche linee di indirizzo nel D.G.R. n.56/17 del 20/12/2017 recante "Linee d'indirizzo per la riconversione del programma di screening del cervicocarcinoma con l'introduzione del test papilloma virus umano (HPV) DNA, in attuazione dell'Azione P – 1.4.3 del Piano Regionale di Prevenzione (P.R.P.) 2014/2018". In particolare poiché viene individuato nel Centro Donna il laboratorio unico regionale diviene fondamentale costruire nuove procedure per l'invio dei campioni al laboratorio unico regionale la programmazione concordata e coordinata dell'invio dei campioni tra i Centri Screening ed il Laboratorio Unico; la creazione, in ciascuna ASL, dei punti raccolta; la definizione di una procedura uniforme per il trasporto in sicurezza dei campioni. Per lo screening del colon retto si innovano le procedure di raccolta e invio dei campioni per la ricerca del sangue occulto in capo alle farmacie che, sulla base del recente accordo con l'Assessorato alla sanità ne curerà il processo.

Lo screening della cervice uterina è dedicato alle donne, comprese nella fascia di età 25-64 anni, invitate dal Centro Screening ad effettuare il PAP Test con periodicità triennale.

Le Linee guida italiane indicano come valore accettabile almeno 15.000 letture/anno per centro, considerando ottimali 25.000 letture/anno, di conseguenza in termini organizzativi sarà necessaria una centralizzazione della lettura della citologia in centri di grandi dimensioni, anche in considerazione della prossima introduzione dell'HPV-DNA test come test primario, che ridurrà sensibilmente il fabbisogno di pap-test primari nella sola fascia d'età 25-29 anni. A tutt'oggi la diagnosi precoce del carcinoma della cervice, nella Regione Sardegna, si fonda sull'esecuzione del pap test e per tale motivo la figura del cito-lettore, nella nostra Regione storicamente individuata nel biologo, risulta essere di fondamentale importanza per la realizzazione di tale programma.

L'attuale carenza delle figure professionali deputate alla lettura dei pap-test è motivo di notevoli criticità di attuazione di questo screening nella maggior parte delle Aree, non consentendo il raggiungimento dei livelli di estensione e adesione auspicabili ed individuati sia dal PRP 2014-2018 che dal Piano delle performance ATS. In particolare si registra l'assenza di cito-lettori che svolgono attività di screening

Lo screening del Colon-Retto si rivolge ad una popolazione bersaglio, uomini e donne tra 50 e 69 anni iscritti all'anagrafica sanitaria della ATS, invitata ad eseguire il test del sangue occulto fecale con cadenza biennale.

Lo screening della mammella si rivolge ad una popolazione target di donne in età compresa tra i 50 e i 69 anni, iscritte all'anagrafica sanitaria della ATS, invitate ad effettuare la mammografia con frequenza biennale.

SALUTE E AMBIENTE

La relazione tra la salute dell'uomo e l'ambiente in cui vive, da tempo, è al centro dell'attenzione degli Organismi politici e scientifici internazionali.

L'Europa ha preso consapevolezza della rilevanza di questo rapporto e, con propri atti, ha emanato direttive specifiche agli Stati Membri. Questi ultimi, già da tempo, hanno posto in essere processi

di attuazione delle linee di indirizzo europee alle quali l'Italia si è adeguata disponendo apposite misure da adottarsi da parte delle Regioni.

La Regione Sardegna ha provveduto da qualche anno a porre in essere delle procedure che hanno dato vita ad una funzione complessa e diversificata che opportunamente è stata denominata "Salute e Ambiente".

La Struttura Salute e Ambiente all'interno dell'ATS nasce dalla volontà di attivare iniziative specifiche di prevenzione e di tutela della salute della popolazione in relazione ai fattori di rischio ambientali; tali iniziative non possono prescindere dall'approfondimento delle conoscenze tecnico-scientifiche in materia di interazione ambiente e salute.

La Struttura pertanto assume, nel Dipartimento, un ruolo centrale per le azioni strategiche e programmatiche da mettere in campo per individuare gli impatti ambientali responsabili di effetti sanitari e per la valutazione della correlazione tra le esposizioni ambientali e gli effetti sulla popolazione. Nel rispetto di quanto disposto nel DPCM 12/01/2017 (LEA), le attività affidate alla Struttura saranno erogate in forma integrata tra la ATS e l'Agenzia Regionale per l'Ambiente della Sardegna, nella convinzione che la collaborazione tra il settore sanitario e quello ambientale sia fondamentale per proteggere la salute dell'uomo dai rischi derivanti da un ambiente insalubre.

La Struttura è chiamata a garantire le seguenti attività:

- Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica
- Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato
- Tutela della popolazione dal rischio "amianto"
- Tutela della collettività dal rischio radon
- Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)

Quest'ultima, occorre rilevare, viene assunta come obiettivo strategico ATS per la realizzazione degli adempimenti previsti dai Regolamenti (CE) n. 1907/2006 (REACH) e n.1272/2008 (CLP) che prevedono l'attuazione dei Piani, Nazionale e Regionale, in relazione ai Controlli Ufficiali.

L'efficienza e l'efficacia delle iniziative messe in campo passa attraverso la contestuale individuazione di risorse umane e strumentali dedicate alle attività sopradescritte.

MEDICINA DELLO SPORT

Nell'assetto organizzativo nazionale del Servizio Sanitario, la medicina dello sport afferisce, ai sensi del Decreto Legislativo 28.07.2000 n. 254, art. 8, lettera s) e della Legge 14.12.2000, n. 376, art 5, al Dipartimento di Prevenzione delle ASL.

Attualmente le attività di Medicina dello sport non sono uniformi tra le diverse ASSL della Sardegna e talvolta all'interno di una stessa ASSL variano in ambito distrettuale.

Solo tre ASSL: Carbonia, Sanluri e Sassari, sono dotate di personale medico dipendente, le altre cinque ASSL usufruiscono delle prestazioni di specialisti ambulatoriali che eseguono solo visite mediche finalizzate al rilascio di certificazioni e due di queste, Cagliari e Sassari, hanno convenzionato strutture private. Le criticità più marcate si registrano presso la ASSL di Cagliari, anche per l'elevato numero di abitanti residenti e le conseguenti richieste di prestazioni.

Le attività di promozione e prescrizione dell'esercizio fisico previste nei LEA ,e altresì rientranti tra le azioni del PRP della Sardegna 2014-2018 (Azione P 1.3.3-Sviluppo di programmi di promozione e prescrizione dell'esercizio fisico in persone con patologie croniche), necessitano di una struttura organizzativa, non presente attualmente nelle ASL, attraverso la quale prescrivere e somministrare alla popolazione con malattie croniche non trasmissibili la pratica terapeutica e preventiva dell'esercizio fisico, al fine di migliorare la condizione fisica e il benessere psico-fisico, ponendo attenzione ai determinanti ambientali (sociali e urbanistici) e alle disuguaglianze sociali. La tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche e non agonistiche richiede un particolare impegno nell'obiettivo di uniformare le procedure di accesso alle prestazioni di Medicina dello sport e le modalità di svolgimento degli accertamenti sanitari; uniformare le tariffe per le prestazioni non in regime di LEA; raccogliere i dati di attività relativi alle certificazioni di idoneità agonistica svolte dalle strutture pubbliche aziendali e dai centri privati autorizzati e/o accreditati. Considerati inoltre i numerosi compiti affidati a questa area emergente della sanità sia nell'ambito dell'educazione sanitaria della popolazione quale mezzo di promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica che nella valutazione clinica dei soggetti "a rischio" per la prescrizione di attività fisica e sportiva appropriata quali cardiopatici, vasculopatici, diabetici, broncopneumopatici cronici e portatori di altre patologie croniche invalidanti, la medicina dello sport può essere considerato a pieno titolo un utile presidio terapeutico. Come tale la prescrizione dell'attività fisica e il counseling circa lo stile di vita attivo rappresenteranno uno degli aspetti più innovativi di questa disciplina.

MIGLIORAMENTO DELL'ATTIVITÀ FISICA E RIDUZIONE DELL'OBESITÀ

Le linee guida della Società Americana di Oncologia Medica raccomandano ai soggetti lungo sopravviventi da cancro la pratica, almeno moderata, di una attività fisica al fine di mantenere un peso corporeo ideale, riducendo pertanto il rischio di ricaduta. Dai dati di letteratura emerge chiaramente che la prevenzione delle comorbidità associate all'obesità (in particolare diabete, malattie cardiovascolari ed ipertensione) può determinare l'esito delle cure oncologiche (diminuzione delle tossicità correlate ai trattamenti), oltre che la probabilità di ricaduta ed i tassi di mortalità sia cancro-specifici che non. Le attività di promozione e prescrizione dell'esercizio fisico previste nei LEA ,e altresì rientranti tra le azioni del PRP della Sardegna 2014-2018 (Azione P 1.3.3-Sviluppo di programmi di promozione e prescrizione dell'esercizio fisico in persone con patologie croniche), necessitano di una struttura organizzativa attraverso la quale prescrivere e somministrare alla popolazione con malattie croniche non trasmissibili la pratica terapeutica e preventiva dell'esercizio fisico, al fine di migliorare la condizione fisica e il benessere psico-fisico, ponendo attenzione ai determinanti ambientali (sociali e urbanistici) e alle disuguaglianze sociali. La tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche e non agonistiche richiede un particolare impegno nell'obiettivo di uniformare le procedure di accesso alle prestazioni di Medicina dello sport e le modalità di svolgimento degli accertamenti sanitari; uniformare le tariffe per le prestazioni non in regime di LEA; raccogliere i dati di attività relativi alle certificazioni di idoneità agonistica svolte dalle strutture pubbliche aziendali e dai centri privati autorizzati e/o accreditati. Considerati inoltre i numerosi compiti affidati a questa area emergente della sanità sia nell'ambito dell'educazione sanitaria della popolazione quale mezzo di promozione, mantenimento e recupero

della salute fisica e psichica che nella valutazione clinica dei soggetti "a rischio" per la prescrizione di attività fisica e sportiva appropriata quali cardiopatici, vasculopatici, diabetici, broncopneumopatici cronici e portatori di altre patologie croniche invalidanti, la medicina dello sport può essere considerata a pieno titolo un utile presidio preventivo e terapeutico. Come tale la prescrizione dell'attività fisica e il counseling circa lo stile di vita attivo rappresenteranno uno degli aspetti più innovativi di questa disciplina.

VACCINAZIONI

Sebbene le vaccinazioni rappresentino una delle attività storiche nell'ambito della Sanità Pubblica, di fatto la recente normativa, Legge 119/2017 e successive modifiche ed integrazioni, nel prevedere l'assoluta obbligatorietà ha determinato una importante rivisitazione organizzativa e gestionale del problema con un ampio coinvolgimento di diversi soggetti non solo in ambito sanitario ma anche scolastico e lavorativo.

Del resto la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive rappresentano un'azione imprescindibile della Sanità Pubblica, dove le vaccinazioni rappresentano una delle maggiori conquiste della medicina preventiva, grazie alle quali ogni anno oltre ai milioni di vite salvate si evitano gravi malattie con un'importante ricaduta sulla riduzione della disabilità ad esse attribuibili. Obiettivo delle vaccinazioni è la protezione collettiva prima ancora che solo individuale. Ad oggi a fronte della scomparsa o del contenimento di gravi malattie, la percezione dei rischi legati a queste malattie diminuisce mentre, paradossalmente, cresce la percezione dei potenziali rischi residui legati alla somministrazione dei vaccini, che ha innescato un clima di diffidenza nei confronti della vaccinazione, con conseguente riduzione dell'adesione ai programmi vaccinali, alimentato dalla disinformazione.

Le vaccinazioni, gestite a livello regionale dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle ASSL, vengono effettuate in modo capillare negli ambulatori presenti nella maggior parte dei Comuni sardi.

Nella primavera 2018 sono state pubblicate le coperture vaccinali al 31 dicembre 2017, le quali evidenziano il positivo effetto esercitato dal regime dell'obbligo per quanto attiene ai recuperi delle diverse vaccinazioni, nei diversi contesti regionali e per ciascuna fascia di età. Nella Circolare trasmessa dal Ministero della Salute lo scorso agosto, si pone un accento in merito alle coperture per le vaccinazioni raccomandate: che seppur in netto miglioramento, alla data attuale risultano essere ancora inadeguate.

Come risulta da *VACCINARSINSARDEGNA* le coperture vaccinali tutte e più specificatamente quelle relative alle vaccinazioni raccomandate, rappresentano l'indicatore per eccellenza delle strategie vaccinali in quanto forniscono informazioni in merito alla loro reale implementazione sul territorio, all'adesione consapevole dei cittadini ai programmi di immunizzazione e in ultimo, ma non per importanza, all'efficienza del sistema vaccinale. Sebbene la vaccinazione sia considerata in maniera univoca e indiscussa la più straordinaria scoperta in materia di prevenzione, dal 2013 al 2016 le coperture vaccinali hanno evidenziato un importante decremento, raggiungendo valori percentuali vertiginosamente inferiori all'auspicabile 95% di copertura raccomandato dall'OMS. Secondo la circolare ministeriale n° 24641 del 14/08/2018, concernente le indicazioni operative

in tema di vaccinazioni raccomandate, i dati di copertura vaccinale al 31 Dicembre 2017, per le vaccinazioni raccomandate hanno evidenziato:

- un aumento delle coperture per le vaccinazioni anti-pneumococcica (88.4% nel 2016 vs 90.90% nel 2017) e anti-meningococcica C (80.7% nel 2016 vs 83.06% nel 2017);
- una copertura vaccinale del 38,59% per l'anti-meningococcica B e del 14,34% per l'antirotavirus;
- una copertura vaccinale registrata per anti-HPV nelle ragazze dell'ultima coorte (2005 - target primario dell'intervento vaccinale), più bassa rispetto alle coorti precedenti.

A tal proposito è interessante evidenziare anche le coperture anti-HPV nei ragazzi: i dati registrati mostrano infatti che non tutte le regioni hanno avviato il programma di offerta attiva e che la copertura anche nelle regioni che lo hanno fatto si dimostra molto lontana dagli obiettivi previsti dal Piano nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019.

Tra le principali vaccinazioni raccomandate, la vaccinazione HPV è certamente quella maggiormente in sofferenza con un *trend* che si dimostra in continua e preoccupante diminuzione. Sulla base di quanto evidenziato, e rispetto alla necessità di tutelare non solo direttamente la salute dei cittadini ma soprattutto di fronte all'esigenza di salvaguardare i soggetti più fragili facenti parte delle categorie a maggior rischio di infezione (i quali costituiscono una quota importante della popolazione pediatrica e non solo), il Ministero della Salute ritiene opportuno emanare alcune raccomandazioni, enunciate nella circolare ministeriale in allegato, quali: l'adesione costante ai programmi di immunizzazione anche per le vaccinazioni non obbligatorie e l'attivazione dell'offerta vaccinale gratuita secondo quanto sancito dal PNPV; l'implementazione di azioni specifiche per i soggetti identificati tra le categorie a rischio e la promozione della vaccinazione *target* specifica; in ultimo, la necessità di registrare un sostanziale incremento delle coperture vaccinali tra gli Operatori Sanitari per la protezione del singolo e la tutela del paziente. Con il patrocinio dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, e dell'Azienda Tutela della Salute, e con la collaborazione delle Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva UNISS e UNICA, insieme a tutte le principali Associazioni che operano sul territorio regionale, è in via di attuazione la Campagna di Comunicazione Vaccinale 2018-2019, rivolta a tutti i cittadini di tutte le fasce di età, con l'obiettivo di sensibilizzare la popolazione tutta verso un tema fondamentale nel panorama della Sanità pubblica attuale.

Riveste inoltre particolare importanza l'attivazione dell'Anagrafe vaccinale informatizzata che consentirà di costruire l'archivio delle vaccinazioni erogate sui diversi target previsti insieme alla possibilità di una risposta rapida ed in tempo reale delle certificazioni richieste dalla normativa scolastica.

Per quanto riguarda la rilevazione Vaccinazioni anti-influenzali l'obiettivo è quello di raggiungere una copertura vaccinale compresa tra un minimo del 75% ad un valore auspicabile del 95% nella popolazione ultra-sessantacinquenne e a rischio per patologie o per attività a valenza sociale.

La base legislativa delle vaccinazioni negli operatori sanitari è definita nel D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81, articolo 279, che pone in capo al Datore di lavoro l'obbligo di adottare, su conforme parere del Medico competente (MC), misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, tra cui *la messa a*

disposizione di vaccini efficaci per i lavoratori non immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del MC. Tuttavia in Italia, non esistendo obbligo normativo di vaccinazione degli OS (eccetto casi particolari), le vaccinazioni sono raccomandate dal PNPV 2017-2019, con indicazioni Regionali. Le vaccinazioni raccomandate a tutti gli operatori sanitari e agli studenti dei corsi di laurea e di diploma dell'area sanitaria sono: antiepatite B, anti-morbillo, parotite, rosolia, anti-varicella, anti-influenzale, anti-tubercolare, anti-pertosse.

Numerosi sono i vantaggi delle vaccinazioni nel personale sanitario: la protezione del singolo lavoratore, della collettività e protezione del SSN, con il contenimento del rischio di infezioni nosocomiali, limitazione delle assenze e conseguente limitazione dei costi. Inoltre, la diminuzione dell'immunità nei confronti di alcune malattie infettive, conseguenza del calo delle Cv nella popolazione, e lo spostamento verso l'età più adulta dell'infezione primaria, pone l'OS al centro di una spirale di potenziale diffusione di infezioni che coinvolge tutti i soggetti frequentatori degli ambienti ospedalieri o ambulatoriali distrettuali oltre che i Pazienti, ed in particolare quelli con patologie immunitarie che potrebbero avere un danno, talora fatale, a seguito di una sovra infezione.

Con la recente introduzione della Legge 119/2017 e successive modifiche ed integrazioni (testo coordinato del Decreto n. 73 con le modifiche apportate dalla L. 119) gli operatori sanitari e socio-sanitari presentano alle aziende sanitarie nelle quali prestano servizio una dichiarazione, resa ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, comprovante la propria situazione vaccinale. Le aziende sanitarie locali territorialmente competenti sono tenute a restituire, entro il 10 giugno, gli elenchi degli operatori sanitari e socio-sanitari completandoli con l'indicazione dei soggetti che risultano non in regola con gli obblighi vaccinali, che non ricadono nelle condizioni di esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni e che non abbiano presentato formale richiesta di vaccinazione all'azienda sanitaria locale competente.

La legge 119 introduce inoltre l'obbligatorietà vaccinale per l'accesso a scuola per i minori di età compresa tra 0-16 anni e per i minori stranieri non accompagnati, in base alle specifiche indicazioni del calendario vaccinale relativo a ciascuna coorte di nascita.

Il Ministero della Salute, sulla base della verifica dei dati epidemiologici e delle coperture vaccinali eventualmente raggiunte, decorsi tre anni, dalla data di entrata in vigore della legge, potrà disporre la cessazione della stessa obbligatorietà. La legge sull'obbligatorietà vaccinale si è resa necessaria a causa della riduzione delle coperture delle vaccinazioni arrivate sotto il valore soglia del 95% per raggiungere la cosiddetta immunità di gregge, necessaria per la tutela dei soggetti fragili, che a causa delle loro condizioni di salute, non possono essere vaccinati. Oltre alle vaccinazioni obbligatorie la legge 119 prevede l'introduzione di quattro vaccini fortemente raccomandati e gratuiti a seconda della coorte di età e secondo il PNPV 2017-2019: antimeningococco B, anti-meningococco C, anti-rotavirus, anti-pneumococco.

ASSISTENZA SANITARIA AI MIGRANTI

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria ai Migranti, la progressione del fenomeno in termini quali/quantitativi ha portato alla consapevolezza Istituzionale della necessità di creazione di un'area specificamente dedicata e sempre più strutturata all'interno del Sistema Sanitario, in

grado di dare risposte rapide ed efficaci, al passo con i tempi, con l'evolversi del fenomeno migratorio e della conseguente domanda di salute in un'ottica di sanità pubblica assolutamente innovativa.

L'esperienza maturata nel corso degli anni, nell'ambito della assistenza sanitaria ai Migranti, offre diversi spunti di riflessione sulla necessità che la predisposizione dell'offerta di salute, nelle sue articolazioni, sia sempre accompagnata non solo da una lettura costante della realtà che caratterizza il territorio ma anche da una visione ampia, lunga e "globale" dei fenomeni sociali e dei bisogni di salute ad essi collegati. Il rapporto tra fenomeno migratorio ed impatto sanitario richiede una revisione complessiva dei protocolli scientifici e delle metodologie utilizzate, pone altresì il sistema di fronte ad una vera e propria verifica sulla tenuta dei propri modelli organizzativi e, nel contempo, orienta verso nuovi orizzonti. L'impegno richiesto nell'ambito dell'assistenza sanitaria ai Migranti consente di sperimentare concretamente quei principi propri di un bagaglio culturale proiettato verso una visione olistica dell'individuo.

Di fatto l'importanza della considerazione dell'individuo in tutte le sue componenti, non solo fisica, ma anche psichica, sociale, culturale, affettiva e religiosa, trovano nel rapporto con il Migrante e nella sua domanda di salute una "palestra" esperienziale di grande crescita per il Sistema Sanitario e gli Operatori coinvolti.

Difatti la progressiva evoluzione del fenomeno Migratorio nella sua connotazione ed origine ha dato luogo alla comparsa di una serie di elementi che hanno la capacità di incidere profondamente sugli assetti sociali, sulla cultura locale e sulla salute della collettività. Peraltro tale fenomeno è andato sviluppandosi proprio in un momento storico nel quale la nostra realtà vive le conseguenze di una grave criticità socio-economica. Dunque il fenomeno migratorio da un lato e la grave crisi economica della nostra società dall'altra, sono poste inesorabilmente a confronto e, sebbene l'una sia indipendente dall'altra, si creano inevitabilmente le basi per gravi e importanti reattività sociali che possono esitare in fenomeni di intolleranza razziale.

Quanto accade oggi, in particolare nella realtà della nostra Regione, è assolutamente suggestivo e chiarificatore di importanti principi di governo della salute pubblica, laddove le differenze sociali tra popolazione locale e popolazione immigrata si riducono drasticamente, livellando entrambi verso il basso con gravi ripercussioni non solo sanitarie ma anche sociali. Poiché la fragilità sociale accompagna, o addirittura è in grado di determinare, una condizione di fragilità sanitaria che si accentua progressivamente in relazione alle precarie condizioni di vita, emerge con forza la necessità di far seguire all'osservazione del grave fenomeno di deprivazione, specifiche azioni di sanità pubblica che, per loro caratteristica, richiedono anche una forte interazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

L'esigenza di garantire l'accesso ai servizi offerti, attraverso l'orientamento dei Migranti da una parte e degli Operatori Sanitari dall'altra, richiede la creazione di punti di riferimento capaci di orientare i Migranti alla corretta fruizione dei Servizi Sanitari, (Centri di Orientamento per la fruizione dei Servizi Sanitari per gli Immigrati).

Negli ultimi tre anni la Regione Sardegna, è divenuta terra di approdo per gli sbarchi programmati. A tutt'oggi con gli sbarchi programmati sono stati ricevuti oltre 18.000 migranti, con la necessità di una organizzazione dell'accoglienza capace di garantire visite immediate subito dopo lo sbarco,

per ogni singolo migrante al fine di intercettare eventuali problemi di salute per i quali fosse necessario un intervento immediato o un successivo monitoraggio presso i Centri di accoglienza ai quali vengono destinati.

Quanto sopra descritto richiede un grande impegno organizzativo e nel contempo anche una particolare attenzione su alcuni argomenti, tra i quali emerge la problematica relativa all'identificazione dei Minori Stranieri Non Accompagnati, per i quali la scienza medica è chiamata ad esprimersi con particolare fermezza e rigore morale.

L'assistenza sanitaria ai Migranti è sicuramente una delle sfide più attuali del momento, l'impatto che essa può avere nella società è sicuramente importante e merita grande attenzione. La predisposizione dell'offerta sanitaria, essendo tale problematica di recente formulazione anche in campo nazionale, non ha modelli di riferimento e la stessa normativa sull'argomento necessita di continui aggiornamenti. Si è dunque chiamati ad utilizzare tutti gli strumenti in nostro possesso e nel contempo ad essere propositivi, avendo il coraggio di essere innovativi e con una visione ampia per la realtà attuale ed umile per quella futura. La collocazione di questa attività, all'interno del Dipartimento di Prevenzione, rappresenta una condizione assolutamente innovativa in campo nazionale e di ampio respiro, rispetto alla sua connotazione di carattere non esclusivamente assistenziale, ma con una visione ben più ampia di sanità pubblica e promozione della salute.

MALATTIE INFETTIVE EMERGENTI E RIEMERGENTI

L'Istituto Superiore di Sanità Cnesps e il Ministero Della Salute scrivono:

"Nel 2016 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato che il virus Zika e le patologie ad esso correlate (microcefalia, sindrome di Guillain Barré) costituiscono un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale. Nello stesso anno la febbre gialla ha causato un'epidemia in Angola e Repubblica Democratica del Congo di dimensioni mai precedentemente verificatesi. Il morbo di Hansen, quasi completamente eliminato dall'Italia, con l'intensificarsi dei fenomeni migratori ha modificato completamente le caratteristiche epidemiologiche. Nell'Unione Europea, i casi di malaria, sebbene generalmente d'importazione, non risentono della diminuzione che si è verificata a livello mondiale. L'infezione da HIV/AIDS continua a rappresentare un grave problema di sanità pubblica a livello globale. Negli ultimi anni il numero di nuove infezioni è rimasto stabile, ed emergono nuove problematiche. Le malattie sessualmente trasmesse (IST) costituiscono un gruppo di malattie infettive molto diffuse che interessano milioni di individui ogni anno in tutto il mondo. L'incidenza della tubercolosi in Italia negli ultimi anni è stata inferiore a 10 casi di malattia/100.000 abitanti. Acquista sempre maggior importanza la sorveglianza epidemiologica per monitorare i fenomeni e definire la migliore risposta a livello nazionale ed internazionale. Le cause dell'emergere o riemergere dei microrganismi possono essere numerose: mutazioni genetiche, cambiamenti nel serbatoio dell'infezione, nei vettori competenti, nel comportamento dell'uomo (come la velocità degli spostamenti aerei e l'urbanizzazione) e nell'ambiente. In aggiunta, tutti questi fattori possono interagire insieme e creare le condizioni perché un microrganismo possa evolvere acquistando così la capacità di raggiungere l'ospite e di adattarsi e diffondersi molto più facilmente nell'uomo."

È evidente quanto sia importante considerare e rivalutare la problematica delle malattie infettive non solo alla luce delle considerazioni su esposte, ma anche sulla base dei cambiamenti climatici in un contesto nel quale, la Regione Sardegna, vive una deprivazione sociale che espone la popolazione ad una maggiore suscettibilità nei confronti dei fattori di rischio capaci di favorire il riemergere di patologie dimenticate ed emergere di nuove come sopra ricordato. Da ciò ne deriva la necessità di implementare tutti gli strumenti utili alla prevenzione e contenimento di tali patologie, attraverso una migliore comunicazione del rischio e, come lo stesso ISS raccomanda, diviene sempre più importante porre particolare attenzione al regolamento sanitario internazionale e alle reti di sorveglianza e allerta nazionali e internazionali. Diviene altresì importante ampliare le conoscenze sull'epidemiologia delle malattie infettive; sviluppare una migliore conoscenza sul rapporto tra diffusione delle malattie infettive e modificazioni climatiche; incrementare le conoscenze sulle modalità di controllo della diffusione delle malattie infettive e approfondire i sistemi di sorveglianza e di allerta rapida. Il PRP 2014/2018 dedica il Macro-obiettivo 9 e relativi Programmi al tema in argomento sempre più attuale ed in preoccupante evoluzione.

REGISTRO TUMORI

Con la legge regionale 7 novembre 2012, n. 21 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria e modifica di disposizioni legislative sulla sanità) La Regione Sardegna ha istituito formalmente undici registri di patologia, fra cui il registro dei tumori.

Tale norma prevede che il registro tumori abbia il compito di raccogliere, su base aziendale, dati anagrafici e sanitari riferiti allo stato di salute attuale e pregresso delle persone affette da neoplasia e dei loro familiari per finalità di studio e ricerca e per una corretta stima epidemiologica ed economica della patologia. In particolare consente la quantificazione dell'incidenza e prevalenza delle patologie oncologiche e la loro distribuzione temporale in una determinata area. È riconosciuto universalmente quale strumento ottimale per la programmazione degli interventi di sanità pubblica nell'ambito della prevenzione, diagnosi e cura delle patologie neoplastiche e per la conseguente organizzazione, controllo e valutazione dei servizi che tali interventi devono realizzare.

La Regione Sardegna, in tale ambito, ha ritenuto di dover creare un modello di registro federato, costituito da tre Registri Tumori Locali corrispondenti così suddivisi: Registro Tumori della Sardegna Settentrionale di Sassari con competenza per i territori delle ASL di Sassari e Olbia, Registro Tumori della Sardegna centrale di Nuoro per i territori delle ASL di Nuoro, Lanusei e Oristano, Registro Tumori della Sardegna meridionale di Cagliari con competenza per i territori delle ASL di Cagliari, Sanluri e Carbonia; i tre registri tumori locali devono operare sotto il coordinamento di una specifica struttura unitaria denominata "Coordinamento regionale del registro tumori"

In attuazione di quanto rappresentato, la Giunta Regionale, con delibera n. 1/11 del 12 gennaio 2016, ha approvato il regolamento contenente le norme per il funzionamento del Registro tumori della Regione Sardegna e il relativo disciplinare tecnico inerente alle misure di sicurezza; il garante per la protezione dei dati personali in data 25.02.2016 ha espresso parere favorevole sul citato

regolamento e sul disciplinare tecnico allegato. In coerenza l'atto aziendale ha previsto la SC Centro Epidemiologico e Registro tumori

ALIMENTAZIONE E NUTRIZIONE, SORVEGLIANZA ACQUE DESTINATE AL CONSUMO UMANO E CORRETTO USO DEI PRODOTTI FITOSANITARI

Alimentazione e nutrizione

I più recenti e importanti documenti di programmazione sanitaria (Piano Sanitario Nazionale, programma "Guadagnare Salute", Patto della Salute, Piano Regionale Sardegna della prevenzione 2014/2018) sottolineano la fondamentale importanza degli interventi di prevenzione nei confronti delle malattie legate alla contaminazione degli alimenti e alla scorretta alimentazione, affermando che dedicare maggiori risorse a tale settore di attività contribuisce significativamente a ridurre la mortalità e la morbosità di patologie croniche di maggiore rilevanza sociale, prolungando e migliorando la qualità della vita e riducendo contestualmente i costi dell'assistenza sanitaria.

Le condizioni di sovrappeso, obesità legati a scorretti stili di vita possono, com'è noto, favorire l'insorgenza di patologie cronico-degenerative non trasmissibili quali malattie cardiovascolari, diabete di tipo II e alcuni tipi di tumore.

Relativamente alle malattie cardiovascolari, che rappresentano il 42% di tutti i decessi, alcuni fattori di rischio, come anomalie lipidiche nel sangue (in particolare colesterolo LDL), ipertensione arteriosa, iperglicemia sono direttamente collegati alla alimentazione non corretta e alla sedentarietà e pertanto modificabili.

Per quanto riguarda i tumori, è dimostrato che un aumentato apporto di fibre (tipico di chi si nutre con abbondanti quantità di vegetali) è un fattore protettivo sia nei confronti del cancro del colon sia di quello del seno (specie prima della menopausa, ma in parte anche dopo l'arresto del ciclo ormonale).

In Italia dai rapporti di Sorveglianza "OKKIO alla Salute" emerge che il problema sovrappeso e obesità è in continuo aumento. L'OMS e i progetti ministeriali "Guadagnare Salute" raccomandano un approccio multisettoriale alla corretta alimentazione e alla prevenzione, basato sull'incremento del consumo di frutta e verdura e la riduzione dell'apporto di grassi, zuccheri semplici e sale oltre all'incremento dell'attività fisica.

Un sistema evoluto di ristorazione collettiva sia essa destinata alle scuole, sia alle strutture ospedaliere ed assistenziali deve perseguire diversi obiettivi trasversali: promozione di abitudini alimentari corrette, sicurezza e conformità alle norme, adeguatezza rispetto ai bisogni in termini oltreché di caratteristiche nutrizionali e caloriche anche di gradimento sensoriale, rispetto dei tempi e modalità di servizio, comfort e accessibilità, congruo rapporto qualità-prezzo, soddisfazione dell'utenza. In sostanza l'obiettivo globale deve essere quello di fornire un pasto appropriato in un contesto adeguato secondo una visione sistemica della qualità.

Gli interventi nutrizionali sulla ristorazione collettiva vengono condotti tenendo conto della L.R. n° 23 del 23/12/2005, della Deliberazione di giunta Regionale 28/11 del 19/6/2009 (Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture e dei servizi educativi per la prima infanzia), delle indicazioni delle Linee guida nazionali per la ristorazione scolastica approvate dalla conferenza

Stato Regioni il 30/4/2010, delle Linee di indirizzo nazionali per la ristorazione ospedaliera e assistenziale approvate il 17/12/2010 e dei LARN.

Altra tematica, che va perseguita come obiettivo di salute, è rappresentato dall'offerta di alimenti sicuri a soggetti con intolleranze e/o allergie alimentari anche attraverso la verifica della corretta etichettatura degli alimenti. Dalla relazione annuale al Parlamento sulla celiachia anno 2013 la Sardegna è risultata la regione con la prevalenza più alta di celiaci (0,38); i soggetti con diagnosi certa di celiachia sono 6256 (3,8% della popolazione celiaca italiana). Una stretta osservanza della dieta priva di glutine è obbligatoria per gli individui celiaci al fine di ottenere la remissione dei segni e sintomi, ma soprattutto per prevenire lo sviluppo delle sue complicanze. È infatti noto che la prolungata esposizione al glutine aumenta il rischio di patologie autoimmuni (soprattutto tiroiditi con conseguente ipo/ipertiroidismo, diabete mellito di tipo insulino - dipendente, epatiti, pancreatiti, psoriasi) e neoplastiche (soprattutto linfoma intestinale ed adenocarcinoma dell'intestino tenue).

Sorveglianza sul corretto utilizzo dei prodotti fitosanitari

Il sempre maggiore impiego sia nel settore agricolo che extra agricolo dei prodotti fitosanitari assume particolare rilevanza sanitaria in relazione ai danni che, per eccessiva e perdurante esposizione a tali prodotti, possono derivare per la salute di tutti coloro che diversi livelli li utilizzano. Bisogna ricordare quanto un uso scorretto di tali prodotti possa costituire un non trascurabile rischio di contaminazione sia delle derrate alimentari destinate al consumo umano ed animale, che dell'ambiente, in modo specifico del patrimonio idrogeologico. La Regione Sardegna ha predisposto per il quadriennio 2015-2018 il Piano Regionale di controllo ufficiale sulle matrici alimentari, sul commercio e sull'impiego dei prodotti fitosanitari (PRCIF), in armonia con le indicazioni fornite con il Programma Comunitario per il triennio 2015-2017, destinati a garantire il rispetto dei livelli massimi di residui di antiparassitari sugli alimenti di origine animale e vegetale, nonché a valutare l'esposizione dei consumatori. Il Piano tiene conto delle disposizioni previste nel Decreto 22 gennaio 2014 di Adozione del Piano di azione nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari, ai sensi dell'articolo 6 del decreto legislativo 14 agosto 2012, n. 150 recante: «Attuazione della direttiva 2009/128/CE che istituisce un quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'utilizzo sostenibile dei pesticidi» e si integra nel più ampio Piano Nazionale della Prevenzione (PNP). Il Piano ha valenza fino al 2018 e potrà essere modificato e/o integrato sulla base dei risultati annuali raggiunti, delle valutazioni derivanti dalle problematiche che si dovessero evidenziare, nonché a seguito delle modifiche del quadro normativo. Rientra tra gli obiettivi prioritari dell'ATS rendere più efficaci, efficienti ed uniformi le attività di prevenzione e controllo sui PFS nell'intero territorio, nel rispetto delle linee di indirizzo e disposizioni regionali, attraverso una serie di progetti ed azioni che si svilupperanno a partire dall'implementazione dell'anagrafe delle aziende agricole effettivamente esistenti nei territori delle ASSL. La disponibilità di un'anagrafica aggiornata è infatti un elemento di base fondamentale per garantire un'adeguata programmazione e potenziamento dei controlli sull'impiego dei prodotti fitosanitari, molto tossici, tossici e nocivi e sui residui negli alimenti; la frequenza deve essere correlata al numero e tipologia delle aziende agricole presenti sul territorio, all'importanza in termini di volumi produttivi delle diverse colture agricole e alla quantità di prodotti fitosanitari venduti nel territorio.

Sorveglianza acque potabili

L'acqua destinata al consumo umano deve considerarsi l'alimento e quindi la sua qualità e il valore nutrizionale devono essere salvaguardati in quanto essendo ingerita contribuisce al rischio complessivo al quale si espongono i consumatori attraverso l'ingestione di sostanza tra cui contaminanti chimici e microbiologici.

Il processo di sorveglianza delle acque potabili è peraltro un LEA (E13). Tale attività assume particolare rilevanza e attualità anche nella nostra regione ove, anche alla luce delle emergenze idriche esistenti in alcune realtà territoriali, si impone di potenziare e migliorare il sistema dei controlli, nonché di renderli omogenei in tutto il territorio regionale. L'aggiornamento delle strategie di controllo della qualità dell'acqua, in particolare nel campo dell'analisi dei rischi, indica la necessità di modificare gli attuali criteri e metodi che presiedono alla garanzia della qualità, passando da un approccio retrospettivo volto alla verifica del rispetto dei valori di parametro sulle acque in distribuzione, a un approccio preventivo; infatti, una valutazione globale e un approccio alla gestione del rischio che includa tutte le fasi della distribuzione dell'acqua, dalla captazione al consumatore finale, sono i mezzi più efficaci per assicurare la salubrità dell'acqua potabile. Inoltre, devono essere adottati criteri operativi uniformi, che permettano di superare alcune criticità esistenti.

La metodologia deve essere quella della progettazione per obiettivi, curando la pianificazione, programmazione, esecuzione e verifica degli interventi con indicatori di efficienza ed efficacia per garantire un elevato livello di qualità degli interventi (Piano ARIS di cui alla Determinazione 930 del 31.8.2015

CONTROLLO UFFICIALE DEGLI ALIMENTI

Il già avviato percorso di programmazione integrata del controllo Ufficiale degli Alimenti, sulla base di quanto previsto dal Regolamento (CE) 883/2004/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 24 Aprile 2004, relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali, risulta oggi, sicuramente uno degli ambiti prioritari di intervento su cui concentrare tale azione.

Al riguardo, il Gruppo di Progetto, che verrà appositamente costituito, come previsto dal nuovo atto aziendale, dovrà individuare le modalità operative che consentano la pianificazione integrata dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare, secondo un percorso di monitoraggio e controllo delle attività delle strutture complesse che afferiscono ai 3 Dipartimenti di Prevenzione Territoriale.

Con la nuova organizzazione tale percorso dovrà essere accompagnato dall'avvio dell'attuazione dell'autocontrollo dei processi interni al fine di individuare idonee azioni correttive che consentano di migliorare l'efficacia del sistema, tenendo conto di norme, risorse, atti, protocolli, accordi interni, unità di staff, sistema di budgeting e di controllo in possesso della macrostruttura dipartimentale.

La nuova articolazione dovrà valorizzare le corrette prassi operative prevedendo che le attività vengano standardizzate e omologate, sulla base dei principi generali previsti dalla norma e dal Piano di prevenzione, tenendo conto che il legislatore ha voluto sottolineare che il nostro Paese è tenuto a rispettare l'assetto operativo introdotto in materia di sicurezza degli alimenti e controlli sanitari ufficiali dalle norme già citate (Reg. 882/2004 – 178/2002- 852/2004 – 854/2004 e direttiva 2004/41), che nel contempo necessitano della individuazione di competenze e responsabilità da definirsi anche a livello locale con la applicazione del cosiddetto "pacchetto igiene", che riguarda appunto la sicurezza alimentare nel suo complesso.

I risultati raggiunti dall'Italia in materia di garanzie per i propri cittadini e di sostegno alle produzioni agroalimentari che concorrono significativamente al PIL richiedono un'adeguata valorizzazione e potenziamento delle attività dei dipartimenti di prevenzione ed il superamento di alcune fragilità che stanno pesando in maniera significativa sull'ulteriore promozione del Sistema Italia in campo europeo ed internazionale.

MEDICINA LEGALE

L'ATS Sardegna riconosce un ruolo strategico alle attività concernenti la Disciplina della Medicina Legale.

Infatti, nei tre Dipartimenti di Prevenzione previsti che costituiscono l' "Area dell'assistenza collettiva", per l'espletamento delle funzioni mediche, sono specificamente previste n. 3 Strutture Complesse di Medicina Legale alle quali viene riconosciuta una propria identità in una logica quanto avanzata evoluzione di una storica collocazione delle funzioni medico-legali nei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica nelle attività c.d. di primo livello (certificazioni, invalidità civile e accertamenti affini).

Scelta, quindi, strategica e necessaria, per le sempre maggiori applicazioni che la Medicina Legale trova in ambito pubblico e per le finalità pubbliche, riconosciute *ad abundantiam* anche dalla recente legislazione nazionale (Legge n. 24/2017, in materia della sicurezza delle cure e della responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie; Decreto LEA 2017).

L'ulteriore evoluzione nel riconoscimento del ruolo cardine e strategico della Medicina Legale, già statuito per il Sistema Sanitario Nazionale con la Legge n. 833/1978 art. 14 lett. Q ed ora introdotto a pieno titolo nel Sistema Sanitario Regionale con l'istituzione delle tre Strutture Complesse, permette di individuare tutto il campo di attività correlate alla Disciplina in ambito pubblico, come saranno delineate nella tabella seguente.

Preliminarmente va illustrato il motivo profondo di tale riconoscimento, che sta nella peculiarità dell'approccio medico-legale e delle garanzie che offre alla medicina pubblica e di comunità.

Presupposti dell'approccio – in ogni ambito operativo e, a maggior ragione, nel pubblico – sono l' "autonomia culturale" e la "terzietà" nell'applicazione delle regole della Disciplina medico-legale, (sapere medico applicato al diritto), alla luce di principi di equità e di rispetto del pubblico interesse, in quanto come è noto, ogni giudizio medico legale presenta risvolti "patrimoniali", in termini erariali, di sicurezza sociale e, più in generale, di corretta allocazione delle risorse.

Tutto ciò per fornire ai molteplici committenti – autorità giudiziaria, istituzioni sanitarie, enti pubblici, datori di lavoro, personale sanitario e, non meno importanti, i singoli cittadini e gli altri portatori di legittimi interessi – la garanzia di *"professionalità"* tecnica e scientifica e, conseguentemente, prestazioni e accertamenti erogati con *"qualità"*, *"trasparenza/riservatezza"*, *"appropriatezza clinica e organizzativa"*.

Infatti, l'attività valutativa medico-legale non deve estraniarsi dalla tutela della salute (anzi concorre a rafforzarla, proprio con l'operare nei limiti di legge e nel rispetto dei principi di giustizia e di equità) e non è attuabile in una mera ottica difensivistica o, al contrario, accusatoria.

La *"terzietà"* della Disciplina medico-legale si deve esercitare nei confronti di tutti gli interessi legittimi e configgenti in gioco – sia pubblici, che privati – sempre al fine della tutela della salute dei singoli pazienti e della comunità intera. Ciò, in particolare, con riferimento:

- alla gestione del rischio clinico ed alla verifica delle c.d. *"buone pratiche"*;
- agli ambiti della responsabilità professionale;
- alle problematiche del riconoscimento dei benefici previdenziali (con la necessità di bilanciare spinte politico-sociali e amministrative opposte, che rischiano di trasformare l'accertamento medico-legale in una forma – come scrisse il Cembrani – o di *"ammortizzatore sociale"* o di *"contenitore della spesa pubblica"*);
- alle attività di formazione del personale sanitario.

Un particolare accenno va fatto, infine, per quanto riguarda la gestione del contenzioso, che ha registrato in questi anni un incremento esponenziale delle controversie.

Tra le prestazioni che la Medicina Legale deve garantire, la *"Collaborazione con le Aree Legali"*, per il contenzioso in materia di responsabilità professionale sanitaria, è di estrema rilevanza. Tale *"collaborazione"* si focalizza, in particolare, negli ambiti previsti dal Codice di Procedura Civile, con specifico riferimento al ruolo di *"Consulente Tecnico di Parte"* ex art. 201.

Va detto, che, per il risarcimento di un danno da responsabilità sanitaria, l'attuale quadro normativo non prevede più solo la tipica azione legale diretta davanti alla Magistratura Civile ma il promotore deve – in via preliminare – chiedere un *"Accertamento Tecnico Preventivo"* per comporre la lite o dar corso al procedimento di mediazione civile (solo esperita negativamente tale fase preventiva, il proponente potrà attivare la causa civile nella sua forma tipica).

Tale altra facoltà prevista per i danti causa comporta la necessità di un intervento più che tempestivo da parte della Struttura di Medicina Legale, in modo da fornire ai legali patrocinanti l'Azienda sanitaria tutti gli elementi utili per un'efficiente costituzione in giudizio (in termini di corretta efficienza ed efficacia della prestazione medico-legale, si deve tener conto della necessità di scongiurare incongrui esborsi – per transazione stragiudiziale o per soccombenza dopo processo – connessi alla mancata costituzione in giudizio o all'insufficiente resistenza, configurando al limite anche fattispecie di danno erariale).

PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Il Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SpreSAL), ha funzioni di vigilanza, controllo, informazione, formazione ed assistenza, per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e per la promozione della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro.

L'attività dei servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro della regione Sardegna, anche nel triennio 2018-2020, dovrà garantire, oltretutto tutte le prestazioni di competenza richieste da utenti secondo modalità e tempi definiti e noti, tutte le prestazioni, attività necessarie per garantire: l'attuazione dei Programmi definiti quali Livelli essenziali di assistenza nel DPCM del 13 gennaio 2017, "Prevenzione collettiva e sanità pubblica".

I Servizi SPreSAL dovranno garantire annualmente quanto previsto nel Piano operativo integrato di vigilanza e prevenzione, definito dall'Ufficio operativo e approvato dal Comitato regionale di Coordinamento ex art. 2 D.P.C.M. 21 dicembre 2007,

Specificatamente i servizi SPreSAL realizzeranno le attività di vigilanza nelle aziende dei vari settori, secondo criteri di efficacia, privilegiando i profili sostanziali di sicurezza e salute anche nel rispetto degli indirizzi nazionali e tenendo conto di quanto stabilito nelle Linee guida, orientando tale attività di controllo e prevenzione principalmente nei settori a maggior rischio. E più specificatamente nel settore Agricoltura in cui potranno essere realizzate attività anche in modalità congiunta con ITL, INAIL, VVF e INPS, associando la vigilanza sulla prevenzione degli infortuni e sicurezza del lavoro con il controllo della regolarità dei rapporti di lavoro (tutela previdenziale e assicurativa, lavoro nero, occupazione abusiva di stranieri). Gli SPreSAL rafforzeranno trasversalità e integrazioni, oltre che con le suddette istituzioni e con il partenariato economico sociale, anche all'interno del sistema organizzativo dei Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione delle ASSL che perseguono obiettivi comuni di prevenzione e di vigilanza. In particolare svilupperanno interventi in modalità coordinata o congiunta con i Servizi SIAN e si raccorderanno con i Servizi Veterinari nell'attività di vigilanza e controllo dei rischi negli allevamenti. Una maggiore attenzione dovrà essere rivolta nei prossimi anni ai lavoratori stranieri immigrati, spesso occupati nelle aziende zootecniche.

Dovrà proseguire l'attività di vigilanza nel comparto Edilizia, prioritariamente con controlli "a vista" su tutte le situazioni a rischio grave, "sotto il minimo etico di sicurezza", e mediante la selezione dei cantieri notificati da sottoporre a controllo secondo criteri per la valutazione della priorità di intervento condivisi, formalizzati nelle Linee di indirizzo per ottimizzare e uniformare a livello regionale, l'attività di vigilanza nel settore edile". La vigilanza in tale comparto, continuerà a essere effettuata in forma coordinata con altri Enti, attraverso un'efficace ed efficiente funzionamento degli Organismi Provinciali.

L'attività di vigilanza nelle aziende degli altri comparti, sino a raggiungere il 5% delle unità locali presenti nel territorio continuerà ad essere effettuata nei comparti secondo quanto indicato nei Flussi informativi INAIL-Regioni sezione LEA.

Si provvederà, a livello di ciascuno SPreSAL, alla diffusione delle "buone pratiche" e alla promozione di soluzioni tecnologiche innovative e preventive, efficaci e condivise, anche attraverso opuscoli informativi per il miglioramento della sicurezza nei cantieri e nelle aziende, incontri con enti bilaterali/organismi paritetici, parti sociali, ordini professionali, altre Istituzioni.

Sarà data attuazione alle attività di competenza previste nel Piano Regionale Amianto adottato con DGR a dicembre 2015, per la minimizzazione del rischio amianto (esami piani di lavoro e controllo delle bonifiche di materiali contenenti amianto, aggiornamento censimento-mappatura dei siti con amianto, sorveglianza sanitari degli ex esposti ad amianto). A decorrere da gennaio 2018, sarà dato avvio all'applicazione in maniera uniforme su tutto il territorio regionale, del nuovo Protocollo approvato con DGR 13.6.2017: "Protocollo operativo per l'informazione e l'assistenza ai soggetti che ritengono di aver avuto una pregressa esposizione lavorativa ad amianto e per la sorveglianza sanitaria di coloro che vengono valutati come ex esposti". Saranno attivati e sostenuti i due centri regionali, per la lettura e classificazione in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, degli accertamenti radiologici secondo metodo e tempi standardizzati, da parte di specialisti qualificati. Nel triennio, verrà rafforzato:

- l'utilizzo del Sistema di Sorveglianza Nazionale degli Infortuni Mortali e Gravi "Infor.Mo." a seguito dell'attività di indagine sugli infortuni sul lavoro, per l'analisi e registrazione delle modalità di accadimento degli infortuni e l'individuazione delle cause,
- l'utilizzo del Sistema di Sorveglianza Nazionale sulle Malattie Professionali "MalProf", a seguito delle inchieste sulle denunce di malattie professionali, con il potenziamento dell'alimentazione del SSN, per l'individuazione del nesso causale fra attività lavorativa e patologia da lavoro, e per l'adozione di specifiche misure di prevenzione,
- il flusso informativo dei dati relativi alle attività di vigilanza e prevenzione svolte dagli SPreSAL, con l'implementazione, di registrazione e comunicazione dell'attività svolta e sarà favorito l'utilizzo della piattaforma informatica web predisposta per la trasmissione delle informazioni relative ai dati collettivi aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria, ai sensi dell'art. 40 del D.Lgs. n. 81/2008.

Proseguiranno e saranno ulteriormente implementate, le attività informative e di assistenza nei diversi comparti produttivi, sia mediante la piena operatività degli Sportelli Informativi per la Sicurezza attivi in ciascuno SPreSAL per tutte le tematiche di sicurezza e salute sul lavoro, sia mediante il potenziamento degli interventi finalizzati all'assistenza/in-formazione (incontri, seminari, organizzati dagli SPreSAL e promossi con la collaborazione delle Parti sociali), nei confronti di lavoratori dipendenti, lavoratori autonomi, imprese, RSPP, RLS, tecnici/professionisti, medici competenti e specialisti, al fine di sensibilizzare, guidare e coinvolgere gli stessi per la corretta applicazione della legislazione vigente e soprattutto delle procedure di salute e sicurezza in riferimento ai rischi presenti nei diversi comparti.

I momenti formativi potranno essere organizzati in forma congiunta dal personale ispettivo degli SPreSAL e degli altri Organi di Vigilanza, che consentano di coniugare l'aggiornamento professionale con la conoscenza delle rispettive modalità operative.

SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

L'ATS della Regione Sardegna in accordo con gli obiettivi nazionali e regionali descritti nei rispettivi Piani Sanitari e nei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei

Ministri 12 gennaio 2017, persegue una politica di coordinamento tra i diversi Servizi e altre istituzioni nell'ambito del miglioramento e potenziamento della Sicurezza Alimentare.

Gli obiettivi strategici ricalcano quelli individuati dal Piano Regionale di cui alla Deliberazione G.R. n. 18/15 del 21.04.2015 (PRIC) come la tutela del consumatore e della leale concorrenza mediante il mantenimento di un elevato livello di protezione della salute umana, della salute degli animali, della difesa delle produzioni agro-alimentari e della lotta alle frodi e alla contraffazione.

La riduzione dei rischi per il consumatore e il miglioramento delle produzioni zootecniche e degli alimenti si attuano attraverso l'attività di controllo dei Servizi Dipartimentali ai sensi del Reg. CE 882/2004 (dal 14/12/2019 verrà sostituito dal Reg.UE 625/2017) prevedendo la categorizzazione del rischio connesso alle diverse filiere produttive al fine di garantire l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza, la qualità e la coerenza dei controlli ufficiali.

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

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

In coerenza con gli obiettivi della strategia regionale e aziendale di Sicurezza Alimentare i Servizi afferenti al Dipartimento attuano il Piano Annuale dei Controlli individuando azioni e modalità operative al fine di assicurare un elevato livello di salute pubblica come anche previsto nella Deliberazione del Direttore Generale n. 288 del 08/05/2017 sul "Approvazione Piano della Performance 2017/2019 dell'ATS Sardegna ai sensi dell'art.10, comma 1 lettera a) del Decreto Lgs 150/2009.

I piani di attività prevedono verifiche sui criteri di sicurezza e sul processo produttivo degli alimenti e dei la ricerca dei residui dannosi per garantire la salute dei consumatori.

L'attività di controllo espletate dal SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione), SIAOA (Servizio Igiene Alimenti di Origine Animale), SIAPZ (Servizio Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche), e SSA (Sanità Animale) vengono attuate in maniera integrata al fine di perseguire l'obiettivo di trasparenza e lealtà commerciali.

La tutela della salute degli animali che producono alimenti viene indirizzata sul principale obiettivo di produrre derrate alimentari con minori rischi per i consumatori e minore impatto sull'ambiente. I controlli sono indirizzati alla sorveglianza su malattie zoonosiche, quali la tubercolosi, la brucellosi, le malattie neurologiche trasmissibili, le salmonellosi, trasmesse con gli alimenti derivati dalle produzioni animali e su tutte le patologie che riguardano sia gli animali che la salute ed il benessere dei soggetti allevati.

Le attività di intervento veterinario consentono nel lungo periodo di:

- implementare i dati epidemiologici, con stima degli indicatori di incidenza e prevalenza;

- dare esecuzione ai piani di valutazione delle buone pratiche aziendali in allevamento;
- disporre di sistemi rapidi di tracciabilità degli animali e degli alimenti di origine animale, dall'allevamento al consumatore finale.

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

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

Di seguito i piani di attività previsti per il triennio:

1. Implementare le anagrafiche degli OSA ai fini della corretta programmazione dei controlli ufficiali.

Le UU.OO. di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche, di Igiene degli Alimenti di Origine Animale e di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione delle ASL della Sardegna, successivamente alla entrata in vigore dei Regolamenti CE 852 e 853/04 hanno provveduto a documentare l'avvenuto riconoscimento/registrazione degli Operatori del Settore degli Alimenti (OSA) inserendo i dati anagrafici delle ditte e delle attività da queste effettuate, in documenti informatici o cartacei di autonoma progettazione e realizzazione. Solo dopo l'avvio delle attività del sistema informativo regionale SISaR, ha avuto avvio l'attività di caricamento dei dati degli OSA nello stesso sistema; in questa fase, causa la mancanza di precise linee guida operative, è possibile che le attività relative ad alcuni OSA siano state caricate nel sistema informativo in modo errato od incompleto.

Il Piano regionale di Programmazione e Coordinamento degli interventi in materia di Controllo Ufficiale degli alimenti, anni 2015-2018, con l'allegato 13 ha adottato l'anagrafica Master List tenendo in considerazione le indicazioni riportate nella nota del Ministero della Salute DGSAF 9875-P del 15/05/2013.

L'attività di inserimento degli OSA in anagrafica e di allineamento degli stessi alla codifica della Master List non è ancora a regime sull'intero territorio regionale ed è, inoltre, richiesta una rivisitazione dei dati relativi agli operatori già presenti nel sistema, oltre al completamento dell'inserimento di tutti gli operatori, ad oggi non ancora registrati.

Pertanto l'ATS Sardegna intende adeguare e standardizzare le anagrafiche delle attività soggette a registrazione/riconoscimento ai sensi dei Regolamenti CE 852 e 853/04, in conformità alla Master List, nel sistema SISAR.

La realizzazione di tale attività sarà strumentale ai fini della categorizzazione del rischio, della programmazione e della rendicontazione delle attività di Controllo Ufficiale, eseguite in materia di sicurezza alimentare, dal personale delle UU.OO. di SIAPZ e di SIAOA e SIAN.

2. Garantire copertura e qualità dei flussi informativi in tema di sanità animale e alimenti

La capacità di rendere disponibili i dati di attività prodotti al fine di costruire informazioni è un elemento distintivo delle aziende più avanzate. Gestire adeguatamente i flussi informativi richiede però una serie di interventi sia sul piano tecnologico che sul piano organizzativo e procedurale. La necessità di avere questa conoscenza risponde inoltre ad una esigenza nazionale di adempimento di alcune informazioni che oggi le strutture Sanitarie sono obbligate a fornire ad Enti Nazionali e Regionali. Peraltro lo scenario nazionale e regionale oggi si sta progressivamente orientando verso la linea di una condivisione integrata delle informazioni tra più livelli: le ASL, la Regione ed il Ministero della Salute. I flussi di dati, che sono le sintesi delle attività di ogni area individuata all'interno di un'azienda sanitaria, non sono solo patrimonio informativo aziendale, ma devono unirsi con altri dati territoriali, regionali e nazionali per la produzione di un'informazione integrata. È stata rilevata a livello nazionale la necessità di realizzare una efficace ed efficiente rete di sorveglianza epidemiologica, cioè un sistema di raccolta, elaborazione e condivisione di informazioni di carattere epidemiologico sui livelli sanitari delle produzioni e dei rischi per l'uomo essenziali per assumere le decisioni di carattere tecnico e politico e per garantire la corretta informazione al consumatore sulla sicurezza alimentare. Il tutto nel rispetto della diversità e della complessità delle competenze e nella garanzia della loro diffusione a tutti gli attori del sistema. Il portale dei Sistemi Informativi Veterinari nasce, per volere del Ministero della Salute, con lo scopo di raccogliere e presentare i dati, sanitari e non, utili al governo del sistema nazionale della Sanità Animale e Sicurezza Alimentare, con particolare attenzione alla definizione dei rischi sanitari lungo l'intera catena produttiva, dalla produzione degli alimenti per gli animali sino alla messa in commercio degli alimenti per il consumo umano. Il portale costituisce il punto di accesso unico per i soggetti istituzionali, le aziende e gli operatori del settore, che lo alimentano e lo utilizzano a vario titolo mediante le specifiche funzionalità dei diversi sottosistemi che ad esso afferiscono. Nell'area riservata, accessibile dopo l'autenticazione, sono resi disponibili gli applicativi per la gestione delle Anagrafi Zootecniche Nazionali, per la gestione delle attività di controllo ed autocontrollo negli allevamenti e nelle altre strutture di interesse veterinario e le applicazioni per le allerte e le rendicontazioni periodiche. È opportuno sottolineare come i sistemi informativi assolvano a una duplice funzione:

- supportare i processi (amministrativi e sanitari) aumentandone il più possibile efficienza e qualità;
- registrare i dati fondamentali relativi ai processi stessi.

Attualmente nella nostra regione non tutti i sottoinsiemi di attività presenti nel portale sono alimentati regolarmente e pertanto non è possibile utilizzare appieno la loro potenzialità di integrazione. L'analisi effettuata dal Ministero e dalla Regione ha evidenziato criticità e richiesto soluzioni organizzative. Queste criticità sono in gran parte dovute alle differenti soluzioni organizzative adottate in questi anni nelle varie ex 8 Asl, che hanno espresso diverse potenzialità tecnologiche e/o gestionali, con una generale sottostima di risorse umane e tecnologiche dedicate a questo progetto, tranne nella ex Asl di Sassari dove già dal 2008 è stato scelto un modello, rivelatosi virtuoso, di esternalizzazione del servizio sportello anagrafe zootecnica e sanitaria con

una distribuzione capillare sul territorio di tali postazioni al servizio degli allevatori che per oltre il 90% hanno delegato la Asl e dei veterinari, con attività di data entry, di front-office, consulenza tecnica, ordini marchi auricolari, registrazione eventi (nascite, morti, vendite...), qualifiche sanitarie, attività sanitarie, registrazione censimenti, aggiornamento registri di stalla informatici, rilascio certificazioni per consistenza, predisposizione certificazioni per la movimentazione degli animali (es.mod.4 ect...). In alcune realtà infatti è stata finora inadeguata l'implementazione regolare dei sistemi in gran parte per carenza di personale dedicato e/o inadeguatezza delle reti informatiche. In altre l'aggiornamento delle anagrafiche e/o l'inserimento dei dati sanitari è garantita in maniera diffusa nel territorio attraverso ditte esterne che erogano il servizio di sportello dell'anagrafe zootecnica. Con l'istituzione dell'ATS emerge pertanto la necessità di elaborare un progetto unico, che individui tempi e modalità di raccolta dei dati di attività prodotti, oltre che individuare le risorse umane necessarie, anche attraverso esternalizzazione dello stesso, teso a consentire il puntuale inserimento dei dati di attività nel Portale del Sistema Informativo Nazionale. Tutto ciò con diversi obiettivi, intanto ad evitare contenziosi legali e richieste di risarcimento danni da parte degli allevatori, per eventuali perdite di premi comunitari, evitare decurtazioni e penalizzazioni allo Stato membro e alla Regione Sardegna da parte sia della DG Agri che della DG Sanco della CE per i co-finanziamenti. La stessa CE ha di recente richiesto uno sforzo sempre maggiore da parte della Regione Sardegna e dei Servizi Veterinari territoriali per adottare sistemi informativi e implementarli puntualmente specie per l'annosa problematica relativa al virus della Peste Suina Africana ASF, e anche nella recente riunione dell'Unità di Progetto sia il Ministero della Salute che il Centro di Referenza Nazionale di Perugia hanno sottolineato tale esigenza con un progetto complessivo regionale.

Ciò premesso, in linea ed in ottemperanza con quanto richiesto dal Ministero della Salute in merito alla copertura e qualità dei flussi informativi previsti da norme comunitarie e nazionali in tema di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, l'ATS si pone l'obiettivo di mappare i flussi di attività prodotti, valutarne la qualità, renderli integrabili e interagibili implementando puntualmente i Sistemi informativi nazionali e/regionali esistenti. Tale attività consentirà nel contempo al livello locale di operare consentendo economie di risorse sia strutturali che finanziarie.

L'obiettivo prefissato dall'ATS viene raggiunto attraverso le seguenti attività programmate:

- Verifica degli eventuali scostamenti nella tempistica di trasmissione del flusso e/o nella completezza e/o qualità del dato richiesto rispetto al piano di riferimento Individuazione degli elementi di integrazione tra i vari flussi e implementazione puntuale dei dati nei Sistemi Nazionali disponibili finalizzata allo sviluppo di un coerente ed integrato Sistema Informativo della Sanità.
- Sviluppo di un progetto per tutta l'ATS che individui interventi di tipo strutturale – tecnologico e di risorse umane per il raggiungimento dell'obiettivo.
- Individuazione e approvazione di apposita tariffazione a carico degli allevatori che possa mitigare l'impegno economico-finanziario di ATS, a questo proposito è allo studio da tempo una proposta presso l'Assessorato alla Sanità. Anche la recente dotazione finanziaria con assegnazione di fondi alle singole ASSL andrà riportata all'interno di questo progetto.

3. Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali e la sorveglianza delle zoonosi.

La salute degli animali ha un impatto diretto sulla salute pubblica, sia perché alcune malattie animali sono trasmissibili all'uomo, sia per problemi di sicurezza alimentare. La buona salute degli animali è anche un requisito basilare per il settore alimentare dell'UE che pertanto, da molti anni attua una vasta gamma di misure per proteggere la salute degli animali. Se le misure esistenti non funzionano correttamente, affrontare le emergenze e le patologie può comportare costi significativi per la perdita dei mercati interni e di esportazione, costi per la lotta contro le malattie per i bilanci dell'UE e degli Stati membri, nonché costi per i sistemi sanitari degli Stati membri per la cura delle malattie zoonotiche (patologie trasmissibili agli esseri umani). L'attività di sorveglianza sulle popolazioni animali, svolta anche nell'ambito dei piani di eradicazione e che ha riguardato patologie importanti ha permesso di valutare l'andamento epidemiologico delle singole malattie e, quindi, di analizzare e valutare il rischio sanitario sull'intero territorio nazionale soddisfacendo anche al debito informativo nei confronti degli organismi internazionali (OIE, EU, EFSA). L'UE finanzia i programmi veterinari degli Stati membri per le attività di sorveglianza, monitoraggio ed eradicazione di malattie animali e zoonosi con l'obiettivo di debellare progressivamente le malattie animali ed attuare misure di sorveglianza delle malattie negli Stati membri e nell'UE nel suo complesso, assicurare un livello elevato di salute degli animali, di salute pubblica e di protezione dei consumatori, incoraggiare il miglioramento della produttività del settore zootecnico e contribuire alla sostenibilità economica dei settori direttamente o indirettamente colpiti da una epidemia animale. Con la definizione "One Health" si riconosce che la salute degli esseri umani è legata alla salute degli animali e dell'ambiente.

Un concetto ed un approccio che sta rapidamente diventando essenziale e strategico e che ha innescato un movimento internazionale basato su collaborazioni intersettoriali, formalmente riconosciuto da: Commissione Europea, Dipartimento di Stato degli Stati Uniti, CDC, Banca Mondiale, OMS, FAO, Organizzazione Mondiale per la Salute Animale (OIE), Istituti di ricerca di tutto il mondo, ONG e altri enti e livelli decisionali sulle politiche sanitarie. "One Health" identifica un concetto olistico di salute delle persone, degli animali, degli ambienti di vita e lavoro e degli ecosistemi. Promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare collaborativo per affrontare i rischi potenziali o attivi che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente di vita e lavoro, popolazioni animali ed ecosistemi. Indipendentemente da quale definizione di "One Health" venga utilizzata nei diversi continenti, il fattore comune è la interazione di tutte le professionalità e i saperi che hanno un impatto diretto o indiretto sulla salute.

Per migliorare l'efficacia dell'approccio «One Health» occorre stabilire un migliore equilibrio e una sistematica interazione tra i gruppi professionali con una maggiore efficienza delle reti esistenti, in particolare tra medici e veterinari di sanità pubblica, medici di famiglia, farmacisti, epidemiologi, operatori ambientali e del settore faunistico, sociologi, economisti, giuristi, legislatori, decisori istituzionali ed esperti dello sviluppo sostenibile.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) richiama le attività volte a garantire la “sicurezza alimentare e la sanità veterinaria”, che presidiano l’igiene e la sicurezza degli alimenti, dei mangimi, la salute e il benessere animale, e che promuovono la sicurezza nutrizionale.

Tra queste attività si sottolinea la prevenzione e gestione di un ragguardevole elenco di malattie animali trasmissibili all’uomo, nonché di malattie che è necessario controllare per i danni che arrecano alle produzioni zootecniche, per i loro risvolti connessi all’ingresso di residui di farmaci nella catena alimentare e per i danni enormi che possono arrecare all’esportazione dei nostri prodotti alimentari. Alcune patologie animali possono diffondersi rapidamente se non sono rapidamente individuate e trattate efficacemente. Misure veterinarie efficaci contribuiscono a prevenire queste patologie altamente contagiose o comunque in grado di causare epidemie e ad evitare la necessità di adottare misure d’emergenza.

Nella Regione Sardegna sono in corso, nel presente, attività nei confronti di malattie presenti nel territorio regionale di importante significato strategico per la Regione e per l’Italia, come la Peste Suina Africana, la Tubercolosi Bovina, la Brucellosi, la Blue Tongue e la West Nile Disease.

L’esecuzione puntuale delle attività previste dai diversi Piani di eradicazione, lotta e/o sorveglianza delle malattie su menzionate al fine di eliminarle dal territorio e/o ridurne la prevalenza è necessariamente obiettivo prioritario dell’ATS.

Tubercolosi bovina e bufalina

La Tubercolosi bovina è una patologia con effetti socio economici e di salute pubblica di notevole rilevanza, essendo una malattia trasmissibile anche all’uomo. L’applicazione delle misure di controllo previste dai Piani nazionali hanno portato ad una notevole diminuzione di casi di malattia nell’intero territorio nazionale.

La Regione Sardegna ha ottenuto dalla Comunità Europea, con Decisione della Commissione N. 2009/342/CE del 23 aprile 2009 per la provincia di Oristano, e successivamente con Decisione della Commissione N. 2010/391/CE del 08 luglio 2010, per le Province di Cagliari, Medio Campidano, Ogliastra e Olbia-Tempio, il riconoscimento di territori ufficialmente indenni da Tubercolosi bovina/bufalina.

Le province di Sassari, Nuoro e Carbonia, pur avendo attualmente un elevato stato sanitario, poiché hanno registrato nell’ultimo decennio diversi casi di malattia, non hanno ancora i requisiti necessari per richiedere la qualifica di territori ufficialmente indenni previsti del Decreto legislativo 22 maggio 1999, n. 196.

Obiettivo primario è ricercare e rimuovere le fonti residue d’infezione tubercolare negli allevamenti bovini e bufalini, mantenere una prevalenza attesa della Tubercolosi non superiore allo 0,1% su base annua, valutata attraverso le informazioni registrate nel sistema informativo SANAN, fino al raggiungimento dei requisiti necessari a richiedere il riconoscimento della qualifica di territorio U.I. per la Regione Sardegna.

Brucellosi Bovina e Ovicaprina

Gli allevamenti bovini e ovicapri sardi, dopo anni di onerosi piani di controllo, hanno raggiunto un livello sanitario tra i più elevati in Europa. Con Decisione della Commissione N. 2003/467/CE

del 23 giugno 2003, è stata riconosciuta dalla Comunità Europea alla Sardegna la qualifica di Regione ufficialmente indenne da Brucellosi bovina/bufalina; con Decisione 2003/237/CE del 3 aprile 2003 la qualifica di Regione ufficialmente indenne da Brucellosi ovi-caprina.

Ciò consente, tenuto conto del quadro epidemiologico e dell'analisi del rischio, di attuare nei bovini programmi di sorveglianza e di controllo con cadenze diradate nel tempo beneficiando di un'ampia discrezionalità nella scelta dei protocolli operativi da adottare, o di effettuare sia nei bovini che negli ovicapri annualmente controlli su una percentuale di allevamenti estratti con modalità random.

Obiettivo primario è il mantenimento dello "status" di Regione ufficialmente indenne dalla Brucellosi Bovina e ovicaprina per la Regione Sardegna.

Peste suina africana

La peste suina africana è una malattia virale dei suini e dei cinghiali selvatici, solitamente letale. Non esistono vaccini né cure. È per questo che la malattia ha gravi conseguenze socio-economiche nei Paesi in cui è diffusa. Gli esseri umani non sono sensibili alla malattia. Nella regione Sardegna la malattia è endemica dal 1978 e condiziona in maniera ormai strutturale un comparto produttivo dell'agricoltura impedendo la partecipazione dei produttori sardi al libero scambio di animali vivi e dei prodotti da essi ottenuti. Le implicazioni socio-economiche dell'intera filiera suina, sia sarda sia nazionale necessitano di un forte coordinamento delle attività sanitarie e non sanitarie, in collaborazione anche con gli organi statali.

A partire dalla fine del 2014 la Regione Sardegna ha organizzato le strutture regionali coinvolte nella lotta alla PSA in una forma innovativa che consenta di affrontare in modo determinato e coordinato le problematiche sanitarie, economiche, sociali e ambientali che concorrono al perdurare della PSA in Sardegna. Con Deliberazione della Giunta regionale n. 47/3 del 25.11.2014 è stata istituita l'Unità di Progetto per l'eradicazione della Peste Suina Africana, il cui nucleo operativo è costituito da rappresentanti della Presidenza della Regione e degli Assessorati dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, dell'Agricoltura e Riforma Agro - Pastorale, o suo delegato, della Difesa dell'Ambiente, del Corpo Forestale e di Vigilanza Ambientale e dell'Ente Foreste.

Il Programma Straordinario 2015/2017 approvato dalla commissione Europea in data 15 gennaio 2015 ha come obiettivo l'eradicazione della Peste Suina Africana dal territorio Regionale. Con apposita Determina dell'Unità di Progetto (UDP) viene annualmente definito il programma di monitoraggio nelle aziende suine, che prevede un controllo ufficiale sugli allevamenti sulla base di mappe di rischio elaborate dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, con valutazione dello stato clinico degli animali, verifica della regolarità degli adempimenti previsti dal D.P.R. 317/ 1996 e dal D. Lvo 200/2010, prelievi ematici da sottoporre al test per la ricerca di anticorpi nei confronti della Peste Suina Africana. Inoltre è prevista la verifica dei requisiti di biosicurezza delle aziende e il rispetto delle norme sul benessere animale.

Sono previsti controlli su macellerie, ristoranti e aziende agrituristiche, e viene disciplinata anche la caccia al cinghiale.

Nel corso degli ultimi anni le azioni di contrasto attuate con rigore e determinazione hanno portato

ad un forte contenimento della malattia. Il virus è ancora presente nei pochi suini bradi rimasti ed in alcune popolazioni di cinghiali, mentre la presenza nei suini domestici è sempre più sporadica e i pochi focolai che si sono recentemente verificati sono stati tutti adeguatamente eradicati.

Ci si attende che la completa eliminazione del pascolo brado, programmata per i prossimi mesi, porterà ad una graduale auto estinzione della malattia anche nei cinghiali entro 1-3 anni, durante i quali non si può escludere che si verifichi qualche focolaio sporadico anche nei suini domestici, che non dovrebbe, comunque essere fonte di particolari preoccupazioni. Tutto questo, naturalmente, a condizione che le misure di controllo in atto proseguano con lo stesso rigore e determinazione degli ultimi anni.

In data 23 ottobre 2018 la giunta regionale ha approvato il nuovo Piano di eradicazione 2019-2021.

Blue Tongue

La febbre catarrale degli ovini, più comunemente conosciuta come Blue tongue (BT), è una malattia infettiva, non contagiosa, dei ruminanti trasmessa dagli insetti vettori. La normativa comunitaria prevede la delimitazione delle aree di restrizione tenendo conto dei fattori di ordine geografico, amministrativo, ecologico ed epidemiologico connessi con la Bluetongue (Direttiva CE 2000/75 del 20 novembre 2000). A causa della sua rapidità di diffusione, la conferma di infezione in un territorio riveste notevole impatto economico, per il potenziale danno conseguente alle forme cliniche (perdite di produttività, mortalità), ma soprattutto in quanto determina il blocco delle movimentazioni dei capi potenzialmente infetti verso aree libere da malattia. La malattia è presente in Sardegna dal 2000 e successivamente si è presentata, causata da sierotipi diversi, negli anni successivi estendendosi spesso con velocità e severità imprevedibili. Per questi motivi dal 2002 vengono effettuati piani di profilassi indiretta che inizialmente avevano come obiettivo l'eradicazione del virus, ma oramai puntano al controllo della malattia. Nel 2017, nonostante un Piano di vaccinazione nei confronti dei sierotipi 1 e 4 adottato dalla Regione Sardegna con il Decreto n. 4 del 09/03/2017 si è registrata la presenza di focolai di Blue Tongue da sierotipo 4 nel territorio regionale. Continua peraltro a segnalarsi presenza di circolazione virale del sierotipo 1 e del sierotipo 4 circolazione rilevata attraverso il Sistema Nazionale di Sorveglianza sierologica. A far data ottobre 2018 è stata segnalata la presenza di circolazione del sierotipo 3 nel territorio della Assl di Cagliari e Carbonia. Obiettivo prioritario regionale, in linea con il Dispositivo del Ministero della salute è il controllo della malattia proteggendo il patrimonio ovino dalla forma clinica e dai danni derivanti dalla circolazione del virus anche al fine di consentire le movimentazioni di tutte le specie recettive, oltre che limitare la diffusione dell'infezione da aree infette verso i restanti territori regionali e/o della penisola. Per questi motivi, al fine di controllare la malattia, sarà necessario nel prossimo triennio, proseguire l'attività di immunizzazione degli animali attraverso piani di profilassi indiretta, piani elaborati di volta in volta dall'Assessorato Regionale Igiene e Sanità, sentito il Ministero della salute, valutata la situazione epidemiologica, secondo strategie concordate con l'Osservatorio epidemiologico regionale (OEVR) e il Centro Nazionale di referenza di Teramo (CESME)

West Nile Disease

La West Nile Disease (WND) o Febbre del Nilo Occidentale è una zoonosi (malattia trasmissibile dagli animali all'uomo) causata da un virus. Il serbatoio naturale è rappresentato dagli uccelli selvatici (cornacchie, rapaci, uccelli migratori, etc.). Il virus è trasmesso da un animale all'altro (ed eventualmente all'uomo) tramite le zanzare (Culicidi) e può infettare uccelli, equini (raramente altri mammiferi) e uomo. Il virus è mantenuto dal ciclo di trasmissione zanzare-uccelli-zanzare, mentre il cavallo e l'uomo sono considerati ospiti "a fondo cieco" che possono trasmettere la malattia solo con modalità eccezionali (ad esempio trasfusioni di sangue). Il virus della WND è presente in tutta l'area del Mediterraneo, inclusa la Sardegna, in cui sono in vigore una serie di misure di sorveglianza, sulle zanzare, sugli animali e sull'uomo. È, infatti, importante conoscere con precisione la reale diffusione del virus al fine di identificare aree a rischio in cui intensificare le misure di controllo e prevenzione basate soprattutto sulla lotta agli insetti vettori, la vaccinazione nei cavalli, e, nell'uomo, la protezione individuale contro le punture di zanzare - anche con insetto-repellenti - e le misure di prevenzione relative al rischio correlato alle trasfusioni di sangue. Nelle aree a circolazione virale il sangue dei donatori è sottoposto a test di screening per WND. È inoltre prevista la sospensione delle donazioni di sangue per tutte le persone che hanno soggiornato almeno 24 ore nelle zone a rischio.

Dal 2016, la sorveglianza veterinaria (animale ed entomologica) essenziale per la stima del rischio, e quella dei casi umani, sono integrate in un unico Piano.

Obiettivi specifici del Piano integrato sono:

- Individuare il più precocemente possibile la circolazione virale sul territorio nazionale attraverso programmi di sorveglianza mirata riguardanti gli equidi, gli uccelli appartenenti a specie bersaglio, e gli insetti vettori per permettere una rapida valutazione del rischio finalizzata all'adozione di adeguate misure preventive in sanità pubblica.
- Attuare in maniera tempestiva, efficace e coordinata le misure preventive necessarie a ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione all'uomo, tramite un efficiente scambio delle informazioni tra tutti gli Enti interessati.
- Prevenire il rischio di trasmissione della malattia all'uomo sia attraverso le donazioni di sangue, emocomponenti, organi o tessuti sia attraverso la puntura delle zanzare durante il periodo di maggiore attività vettoriale.
- Governare in maniera coordinata le eventuali emergenze epidemiche.

Durante le attività di sorveglianza attiva e di sorveglianza passiva svolta nel 2018 sono stati confermati dal Centro di Referenza Nazionale CESME circa 30 positività al virus su specie sinantropiche come la ghiandaia e la cornacchia grigia, in volatili domestici, in equidi e in pool di zanzare. A causa di questa critica situazione epidemiologica e dei mutamenti climatici è opportuno, per il prossimo triennio, continuare la sorveglianza entomologica e quella passiva sulle specie bersaglio e/o sierologica, oltre alla verifica dei casi negli equidi e degli eventuali casi umani.

4. Consolidare il Sistema di AUDIT in Sardegna

L'Audit come tecniche di controllo prevista dal Regolamento n. 882 del 29/4/2004 (a far data dal 14/12/2019 verrà abrogato e sostituito dal Regolamento 2017/625) è definito come "un esame sistematico e indipendente per accertare se determinate attività e i risultati correlati siano conformi alle disposizioni previste, se tali disposizioni siano attuate in modo efficace e siano adeguate per raggiungere determinati obiettivi. L'Audit sarà quella forma di Controllo Ufficiale rispondente maggiormente alla esigenza/obbligo di garantire la Sicurezza Alimentare. Esso è un metodo innovativo che necessita, però di essere potenziato da parte dei Servizi preposti alla Sicurezza Alimentare

L'azione di potenziamento si esplica attraverso la crescita delle seguenti attività: formazione e addestramento del personale, verifica interna, sistema di rintracciabilità, sistema documentale. Si ritiene che l'attività di formazione di addestramento del personale addetto ai controlli ufficiali sia quel processo indispensabile di crescita professionale culturale per l'attuazione del Sistema Audit ATS.

L'attività di Audit, nel settore alimentare, si articola due livelli:

a) Audit su OSA a livello di produzione primaria

Gli OSA che operano nella produzione primaria sono tenuti al rispetto delle buone prassi e non hanno obbligo di attuazione di "aspetti sistemici" contenuti nel piano HACCP o nel sistema di gestione dei pre-requisiti all'applicazione del sistema HACCP. In relazione a ciò si incontrano maggiori difficoltà nell'utilizzazione della tecnica di audit, a causa della "più limitata" documentazione di riferimento e proceduralizzazione delle attività espletate.

Pertanto la valutazione dei requisiti generali, ossia quelli gestionali relativi all'organizzazione del processo produttivo, avviene spesso per indagine di tipo indiretto cioè attraverso la verifica dei requisiti specifici previsti dalla normativa sanitaria per gli OSA.

b) Audit su OSA a livello di trasformazione/distribuzione/somministrazione

Gli OSA che operano in queste fasi della filiera sono tenuti all'implementazione dei sistemi HACCP e di gestione dei pre-requisiti. Tali sistemi contengono di per sé stessi requisiti di tipo generale (formazione del personale, audit interni, azioni correttive e preventive, ecc.), la cui valutazione potrà comunque essere integrata anche da indagini sui requisiti

Pertanto, si ritiene, indispensabile che per il raggiungimento degli obiettivi nel sistema della Sicurezza Alimentare, contenuti nei Piani Regionali della Prevenzione e LEA, trovi applicazione l'attuazione del sistema Audit Sardegna.

5. Creazione del Sistema Aziendale per la gestione delle allerte alimentari.

Il Sistema Rapido di Allerta Comunitario per gli alimenti ed i mangimi (Rapid Alert System for Food and Feed- RASFF), trova il fondamento giuridico nella Direttiva 92/59/ CEE del consiglio europeo recepita col decreto legislativo 115/95, relativa alla sicurezza generale dei prodotti e nel Regolamento CE 178/2002 del Parlamento europeo e del Consiglio, che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare.

Inoltre, il 31 gennaio 2011 è entrato in vigore il Regolamento (UE) n.16/2011 recante disposizioni di applicazione relative al sistema di allarme rapido per gli alimenti ed i mangimi.

È uno strumento essenziale per la valutazione e la gestione di eventuali rischi derivanti dal consumo di alimenti o mangimi, presenti sul mercato.

È stato istituito per notificare in tempo reale i rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi, sotto forma di rete, a cui partecipano la Commissione Europea, l'EFSA (Autorità per la sicurezza alimentare) e gli Stati membri dell'Unione.

In Italia la rete è costituita dal Nodo Nazionale Ministeriale, dai Nodi Regionali afferenti agli Assessorati all'Igiene e Sanità e, a cascata, dai nodi aziendali afferenti ai Servizi SIAOA e SIAPZ e SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione delle ex ASL.

Il Sistema si basa sullo scambio di informazioni (notifiche) relative ad alimenti o mangimi che, a seguito di controlli ufficiali o controlli eseguiti dagli operatori stessi in autocontrollo, rappresentano dei rischi reali o potenziali per i consumatori.

Le notifiche vengono trasmesse attraverso una piattaforma informatica a vari livelli, a seconda dell'ambito di commercializzazione del prodotto oggetto dell'allerta e, quindi, in ambito comunitario, nazionale o regionale.

Ad oggi il Sistema Rasff è gestito a livello regionale dai competenti Uffici dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità Pubblica, mentre a livello territoriale è gestito dai referenti del Sistema Rasff dei servizi SIAOA SIAPZ e SIAN dei singoli Dipartimenti di Prevenzione delle ex ASL.

L'obiettivo dell'ATS è la creazione di un Sistema Aziendale di gestione delle Allerte alimentari (Rasff) attraverso la realizzazione di un progetto che individui la procedura, le risorse umane, finanziarie e tecnologiche, necessarie a tal fine.

La creazione del Sistema e l'applicazione puntuale della procedura garantirà il rapido scambio delle informazioni a livello territoriale, la celerità, l'efficacia e l'omogeneità delle azioni poste in essere sul campo dal personale incaricato, ai fini della tutela del consumatore.

6. Standardizzazione procedure documentate ambito Controlli Ufficiali sulla "condizionalità"

Il Regolamento (CE) n. 853/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali prevede che i controlli ufficiali si svolgano sulla base di procedure documentate in modo da assicurare che gli stessi siano condotti uniformemente e siano costantemente di alto livello. Il tutto anche per garantire, relativamente al ruolo dell'autorità competente, che le pratiche commerciali degli operatori del settore possano svolgersi in modo uniforme e leale.

La nascita dell'ATS, prevede nel triennio, un percorso di ricerca delle "migliori pratiche" in essere per procedere successivamente all'adozione di procedure documentate uniformi per le attività di pianificazione, di programmazione e per lo svolgimento dei controlli ufficiali nei territori delle varie ASSL.

Tali azioni saranno poste in essere dando priorità, fra l'altro, alle linee di attività più critiche riguardo alle ricadute economiche che possono coinvolgere i vari operatori del settore alimentare al fine di non creare situazioni difformi soprattutto nell'individuazione e nella valutazione dell'operato degli stessi. Fra queste linee di attività sono sicuramente ricomprese quelle che prevedono lo svolgimento dei controlli ufficiali in ambito della c.d. condizionalità nel campo della salute, sanità e benessere degli animali allevati nelle aziende agricole beneficiarie dei pagamenti diretti e dei premi annuali comunitari. Infatti l'esito dei controlli condiziona l'erogazione di queste premialità e, in ambito ATS, non sarebbe ormai accettabile una difformità soprattutto nell'individuazione del campione da sottoporre a controllo ufficiale.

Pertanto ci si propone di avviare un percorso di standardizzazione delle procedure in essere in ambito ATS ad iniziare da quelle relative ai controlli ufficiali i cui esiti condizionano l'erogazione di premi comunitari agli allevatori.

7. Prevenire il randagismo

Le Autorità Sanitarie riportano che il fenomeno del randagismo comporta serie problematiche in quanto i cani vaganti sul territorio, singoli od in branchi, possono:

1. rappresentare un potenziale rischio di aggressione per le persone
2. diventare serbatoio e veicolo di malattie infettive ed infestive, alcune delle quali trasmissibili all'uomo, non essendo sottoposti ad alcun controllo sanitario
3. essere causa di incidenti stradali; ogni anno si registrano centinaia di incidenti stradali, anche mortali, causati da animali randagi: "chi abbandona un cane, dunque, non solo commette un reato penale (legge 189/2004), ma potrebbe rendersi responsabile di omicidio colposo"
4. arrecare danni al bestiame domestico allevato
5. arrecare danni agli animali selvatici
6. alimentare il fenomeno del randagismo, in quanto non sterilizzati e spesso notevolmente prolifici
7. essere causa di degrado ed inquinamento ambientale sia nel contesto urbano, che nelle campagne, con conseguente polluzione di pest (ratti, topi), sinantropi ed insetti che a loro volta costituiscono una possibile fonte di pericolo per l'uomo. (sito web Ministero Salute)

In alcune aree della regione il fenomeno del randagismo ha raggiunto livelli di seria criticità.

Nel triennio si prevede di rafforzare le attività sanitarie disposte dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità della Regione Sardegna e poste in essere nel territorio di questa ATS.

8. Contrasto all'antibiotico resistenza

L'antibiotico-resistenza provoca ogni anno in Europa 4 milioni di infezioni da germi e 37 mila morti. L'Italia risulta una delle nazioni con la situazione più critica. L'Istituto Superiore della Sanità evidenzia che la realtà epidemiologica impone di ridurre l'uso inappropriato di antibiotici, sia nelle persone che negli animali, il miglioramento della diagnostica microbiologica e le prescrizioni inutili o fai da te.

Nel 2016 l'Assemblea generale delle Nazioni Unite definì l'uso inappropriato degli antimicrobici negli animali da allevamento una causa principale dell'antibiotico-resistenza, "la più grande minaccia alla medicina moderna", come fu definita in quella sede, e non soltanto, la capacità dei batteri di resistere all'azione dei farmaci.

Il fenomeno della resistenza agli antimicrobici si riferisce alla capacità dei batteri di manifestare resistenza al trattamento terapeutico imposto sopravvivendo e moltiplicandosi. Sebbene la resistenza agli antimicrobici rappresenti di per sé un fenomeno naturale, la sua ampia diffusione osservata negli ultimi anni è in parte attribuita all'impiego non sempre oculato dei farmaci antibatterici, sia in medicina umana che veterinaria.

A riguardo L'AIFA denuncia che l'ampio utilizzo degli antibiotici, in modo non sempre appropriato, ci sta riportando alle stesse condizioni di impossibilità di cura presenti nell'era preantibiotica. Attualmente un numero crescente di batteri sta diventando, e in molti casi è già divenuto, resistente alle terapie antibiotiche. Sono già stati descritti ceppi (tra cui il Micobatterio della tubercolosi) resistenti a tutti gli oltre cento antibiotici disponibili. Esiste la concreta possibilità che questi e altri ceppi divenuti resistenti si sviluppino ulteriormente con il rischio che molti antibiotici diventino inefficaci e non si abbiano più armi per curare le infezioni. Il problema è aggravato dal fatto che il numero di nuove molecole, autorizzate o in sviluppo, è limitato e quindi l'uso appropriato costituisce la principale arma per il controllo delle resistenze. Il fenomeno dell'antibiotico resistenza ha raggiunto proporzioni tali da indurre varie istituzioni internazionali tra cui l'OMS e il Centro Europeo per il Controllo delle Malattie (ECDC) a lanciare l'allarme.

In particolare, ambienti caratterizzati da elevate densità ed elevata pressione selettiva, ovvero da un uso elevato e continuato di antimicrobici, quali gli ospedali e gli allevamenti zootecnici, sono esposti all'insorgenza di geni di resistenza batterica e alla loro rapida diffusione ambientale.

È sempre più evidente, ed è ormai considerato un concetto acquisito, che la resistenza batterica agli antimicrobici rappresenta un problema globale che va affrontato in una logica collaborativa ispirata al concetto di "One-Health", ovvero che la salute umana e/o animale va tutelata senza settorialismi e senza prescindere dal contesto ambientale.

Il Piano triennale si propone di adottare alcune azioni di competenza veterinaria per contrastare il fenomeno dell'antibiotico resistenza.

9. Standardizzazione procedure documentate ambito Controlli Ufficiali sulla "Esportazione di prodotti lattiero caseari verso Paesi Terzi"

Nell'attuale sistema economico l'apertura del mercato dei Paesi Terzi ai prodotti lattiero caseari, rappresenta una grossa opportunità per la Regione Sardegna, con la possibilità di espandere i mercati tradizionali di destinazione dei nostri prodotti e di promuoverne la conoscenza e il consumo. Questa opportunità rappresenta una grossa sfida per il "Sistema Sardegna", sfida che riguarda, tra l'altro, la capacità del sistema di offrire quelle garanzie in campo igienico e sanitario che i Paesi Terzi chiedono, di volta in volta, per poter dare libero accesso ai nostri prodotti sui loro mercati interni.

I Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ATS dovranno pertanto prevedere, nei casi necessari, un rigoroso sistema di controlli ufficiali in grado di dimostrare la sussistenza dei requisiti previsti

che offrano le garanzie richieste dai Paesi Terzi con l'adozione di procedure documentate uniformi per le attività di pianificazione, di programmazione nei territori delle attuali ASSL.

Tale percorso sarà avviato a partire dalle procedure di controlli ufficiali i cui esiti condizionano, per gli stabilimenti che lo richiedono, l'emissione dei Certificati per l'esportazione e l'iscrizione in liste di abilitazione all'esportazione di prodotti lattiero caseari.

Fra queste linee di attività sono sicuramente ricomprese quelle che prevedono lo svolgimento dei controlli ufficiali nell'ambito delle esportazioni dei prodotti lattiero caseari.

Nel tessuto economico della Regione Sardegna l'export di prodotti lattiero caseari rappresenta una voce determinante per l'economia dell'isola. Nell'attuale mercato internazionale, anche per la complessità della normativa, l'esportazione diventa sempre più impegnativa e problematica.

L'esportazione di tali prodotti non solo rappresenta una voce incisiva nell'economia isolana ma, in un contesto di globalizzazione, sicuramente costituisce un'importantissima opportunità di sviluppo per tutto il comparto da cogliere e valorizzare.

Attraverso i controlli ufficiali i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, mediante il potere di regolazione, tutelano l'interesse Regionale e Nazionale e pongono pari condizioni tra gli operatori del settore nell'accesso al mercato e garantiscono il sistema da "default" dovuti ad inaffidabilità generale (presenza di operatori non idonei o controlli inefficaci ed inaffidabili).

Pertanto il presente progetto si propone di avviare un percorso di miglioramento e standardizzazione delle procedure in essere in ambito ATS ad iniziare da quelle relative ai controlli ufficiali, parimenti ad altre attività strategiche, i cui esiti condizionano l'emissione dei Certificati per l'esportazione e l'iscrizione in liste di abilitazione all'esportazione di prodotti lattiero caseari.

10. Controllo ufficiale degli alimenti

Il già avviato percorso di programmazione integrata del controllo Ufficiale degli Alimenti, sulla base di quanto previsto dal Regolamento (CE) 883/2004/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 24 Aprile 2004, relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali, risulta oggi, sicuramente uno degli ambiti prioritari di intervento su cui concentrare tale azione. Al riguardo, il Gruppo di Progetto, che verrà appositamente costituito, come previsto dal nuovo atto aziendale, dovrà individuare le modalità operative che consentano la pianificazione integrata dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare, secondo un percorso di monitoraggio e controllo delle attività delle strutture complesse che afferiscono ai tre Dipartimenti di Prevenzione Territoriale. Con la nuova organizzazione tale percorso dovrà essere accompagnato dall'avvio dell'attuazione dell'autocontrollo dei processi interni al fine di individuare idonee azioni correttive che consentano di migliorare l'efficacia del sistema, tenendo conto di norme, risorse, atti, protocolli, accordi interni, unità di staff, sistema di budgeting e di controllo in possesso della macrostruttura dipartimentale.

La nuova articolazione dovrà valorizzare le corrette prassi operative prevedendo che le attività vengano standardizzate e omologate, sulla base dei principi generali previsti dalla norma e dal Piano di prevenzione, tenendo conto che il legislatore ha voluto sottolineare che il nostro Paese è tenuto a rispettare l'assetto operativo introdotto in materia di sicurezza degli alimenti e controlli

sanitari ufficiali dalle norme già citate (Reg. 882/2004 – 178/2002- 852/2004 – 854/2004 e direttiva 2004/41), che nel contempo necessitano della individuazione di competenze e responsabilità da definirsi anche a livello locale con la applicazione del cosiddetto “pacchetto igiene”, che riguarda appunto la sicurezza alimentare nel suo complesso.

Tutte le azioni dovranno tenere conto ed essere inserite nel nuovo contesto legislativo europeo che si sta delineando. Infatti il legislatore comunitario mira a superare i contrasti e le divergenze dei diversi stati membri elaborando norme che non sono più di "avvicinamento" alle varie normative di ciascun stato, ma persegue la "unificazione" che ridurrà o eliminerà la possibilità di adattamento locale delle norme.

In questo panorama ci si dovrà confrontare e adattare al dettato del Regolamento 625/2017 che abroga e sostituisce il Reg. 882/2004.

INTERVENTI RIORGANIZZATIVI E RETE TERRITORIALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Gli interventi riorganizzativi dovranno riguardare oltre che la ridefinizione delle risorse, dei ruoli e delle competenze delle singole strutture, siano esse Semplici che Complesse, una nuova Vision che dovrà prevedere la semplificazione del quadro di governo aziendale e il rafforzamento del rapporto fiduciario tra la Direzione del Dipartimento e la Direzione Aziendale con interessi convergenti orientati al successo della “Mission” e il potenziamento della capacità delle singole strutture nella partecipazione multidisciplinare e intersettoriale.

L'integrazione è infatti un fattore qualificante dell'attività dipartimentale perché, basandosi su una nuova cultura organizzativa, supera il tradizionale modello fondato esclusivamente sulla differenziazione in compiti.

Dall'analisi delle attività erogate emerge infatti, la complessità dei Servizi di prevenzione alla quale si accompagna la necessità di un apporto pluridisciplinare proveniente dalle diverse strutture.

È questo uno degli aspetti fondamentali rispetto al ruolo esercitato dal Dipartimento di Prevenzione, nel favorire l'azione sinergica e congiunta per giungere poi ad un unico prodotto conclusivo capace di garantire una reale efficacia preventiva.

Diviene più che mai importante collegare le attività di Prevenzione in capo alle strutture del Dipartimento con le diverse strutture territoriali siano esse sanitarie che sociali, laddove il Distretto rappresenta sicuramente il braccio portante capace di favorire le connessioni necessarie. Sarà fondamentale la integrazione tra le azioni previste nei programmi di prevenzione e le diverse realtà sociali, stante l'importanza dei determinanti sociali di salute quali punti di riferimento sui quali predisporre una corretta lettura dei bisogni e la conseguente formulazione della risposta non solo assistenziale ma anche preventiva. La costituzione della **Rete territoriale per la Promozione della Salute** rappresenterà una sfida gestionale interessante e di grande portata.

Nel prossimo triennio, con la costituzione dei 3 Dipartimenti di Prevenzione dovranno essere unificate le procedure organizzative per l'attuazione del PRP, sui territori di pertinenza territoriale, pur nell'ottica di una linea comune e omogenea regionale che sarà costantemente monitorata dalla Direzione Generale e Sanitaria.

In relazione all'attività relativa all'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018 e in base alla nuova imminente futura riorganizzazione verranno omogeneizzati i processi e le attività già avviate nelle singole realtà, in funzione dei Macroobiettivi di riferimento.

In particolare il prossimo triennio sarà caratterizzato da una profonda rivisitazione della attuale organizzazione e del suo funzionamento e dall'avvio di una pianificazione che, per la molteplicità e complessità degli elementi, dei percorsi e processi organizzativi, inevitabilmente presenterà una evoluzione della strutturazione dei servizi, in forza del principio secondo il quale l'organizzazione deve essere intesa in senso dinamico e flessibile, in un'ottica di continua rispondenza alle politiche aziendali e alle evoluzioni normative.

Allo stato attuale, in materia di riorganizzazione le energie aziendali sono concentrate sulla costituzione dei Dipartimenti e sulla unificazione dei servizi ad essi afferenti, mentre nell'immediato futuro, in base all'evidenza e alla esperienza, si dovranno ricondurre nell'alveo delle nuove strutture, le titolarità delle funzioni delle vecchie strutture, proprio al fine di sviluppare l'integrazione territoriale e l'implementazione del governo delle attività.

È necessario pertanto realizzare l'omogeneizzazione di procedure e metodologie di lavoro, l'uso di modelli univoci di atti amministrativi a fronte di medesime tipologie di fattispecie, oltre all'uso di modelli conformi di monitoraggio, di reportistica, di verifica e controllo, al fine di giungere alla uniforme applicazione delle disposizioni che regolano la materia dei servizi.

Attraverso la costituzione dei Gruppi di Progetto previsti dall'Atto Aziendale sarà sviluppato un modello organizzativo attraverso il quale si possa procedere alla:

- standardizzazione dei processi e delle procedure su tematiche di interesse dipartimentale che abbiano un carattere sistematico e non reattivo;
- formulazione di proposte per l'integrazione tecnico-organizzativa tra i diversi servizi;
- predisposizione di piani integrati di attività dipartimentali, che coinvolgano le strutture per specifiche aree tematiche, sulla base di un differente e coerente nuovo modello organizzativo;
- l'esplicita assunzione di strategie preventive nella missione aziendale, per la promozione della salute secondo le direttive della Direzione Generale e in sinergia con le strutture afferenti al dipartimento stesso;
- l'analisi delle attività in relazione al contesto territoriale di riferimento, che consentirà di gestire i rischi e le problematiche, anche non prevedibili anticipatamente, attraverso azioni correttive immediate e/o programmi di intervento nel tempo;
- il coordinamento dell'attività interdisciplinare tra le strutture afferenti, attività trasversali e attivazione di Unità di Staff, anche attraverso un nuovo modello organizzativa;
- la comunicazione e la formazione continua con attivazione della rete di "Referenti" per la formazione delle strutture facenti capo al Dipartimento.

Pertanto sarà necessario organizzare appositi Gruppi di Progetto (GdP) territoriali dipartimentali, con le modalità previste dall'articolo 26 dell'Atto Aziendale, che in prima battuta dovranno provvedere:

- alla ricognizione dello status quo degli ambiti operativi dei servizi afferenti al Dipartimento di prevenzione e la mappatura dei relativi processi;

- a garantire il governo dei processi di rispettiva competenza e comunque al corretto svolgimento delle competenze e istituzionali;
- a delineare un modello organizzativo sostenibile e funzionante attraverso un percorso di buon governo e coerenza delle funzioni.

I gruppi di progetto così costituiti saranno deputati alla promozione di specifiche soluzioni organizzative orientate al perseguimento dei macrobiettivi del PRP, mediante l'avvio di percorsi attraverso i quali verranno individuate competenze trasversali rispetto agli assetti e alla configurazione organizzativa preesistente.

I gruppi di progetto operano in una logica di rete aziendale e assicureranno, nelle tematiche di rispettiva competenza, il coordinamento interdipartimentale, l'uniformità dei processi gestionali e organizzativi nonché delle corrette prassi amministrative, l'unitarietà dei percorsi clinico – organizzativi e la gestione dei progetti a valenza aziendale, con il supporto delle strutture di *staff* della Direzione aziendale e di Area.

Allo stato risultano già operativi n. 2 Gruppi di progetto Aziendali:

Il Gruppo di progetto Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, indirizzato verso l'omologazione delle procedure su base regionale del macroobiettivo 10 " Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Integrato nazionale dei Controlli " su cui confluiscono i risultati dei programmi : P-10.1 Integrazione dei controlli sulla sicurezza alimentare; P-10.2 Promozione della sicurezza nutrizionale; P-10.3 Gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche; P-10.4 Prevenzione delle malattie trasmissibili tramite vettori animali; P-10.5 Prevenzione del randagismo.

Tale Gruppo di progetto, ha individuato i seguenti obiettivi strategici aziendali ATS Sardegna, che in questa sede dovranno essere tradotti in progetti di attuazione locale:

- Implementare le anagrafiche degli OSA ai fini della corretta programmazione dei controlli ufficiali;
- Garantire copertura e qualità dei flussi informativi in tema di sanità animale e Alimenti;
- Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali e la sorveglianza delle zoonosi;
- Consolidare il Sistema di AUDIT in Sardegna;
- Creazione del Sistema Aziendale per la gestione delle allerte alimentari;
- Prevenire il randagismo;
- Standardizzazione procedure documentate ambito Controlli Ufficiali sulla "Esportazione di prodotti lattiero caseari verso Paesi Terzi";
- Controllo ufficiale degli alimenti.

Questo gruppo di progetto dovrà inoltre predisporre il Piano aziendale integrato di sicurezza alimentare e la gestione efficace del sistema di allerta, con l'obiettivo di favorire il miglioramento della gestione del rischio nelle filiere alimentari e il miglioramento della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare, anche attraverso la predisposizione di piani di formazione degli operatori e dovrà redigere le procedure e le istruzioni operative su base dipartimentale, in base a quanto previsto dal regolamento 882/2004 in relazione all'ambito territoriale del dipartimento di prevenzione di propria pertinenza.

Tale Unità dovrà elaborare piani di comunicazione e formazione degli operatori sanitari, insegnanti ed operatori di mense per il miglioramento della qualità nutrizionale dei bambini in età scolare, formazione di operatori sanitari ed operatori delle strutture assistenziali per il miglioramento della alimentazione dell'anziano.

Il Gruppo di Progetto denominato "Gruppo di progetto Prevenzione e Promozione della Salute", ha individuato i seguenti obiettivi strategici, anch'essi da tradurre in Progetti di attuazione locale:

- Sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni;
- Identificazione precoce dei tumori oggetto di screening;
- Prevenzione infortuni e malattie professionali;
- Sorveglianza sindromica e interventi di promozione della salute nelle popolazioni migranti;
- Completamento dei sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi;
- supporto e valorizzazione delle attività e produzioni locali: potenziamento delle iniziative di formazione, informazione e sensibilizzazione degli OSA.

A completamento dell'attività dei Gruppi di progetto già operanti, parrebbe opportuno che nel corso triennio vengano costituiti i seguenti ulteriori Gruppi di Progetto Dipartimentali:

Gruppo di progetto per la prevenzione rischi ambienti di vita, indirizzato verso la omologazione delle procedure in relazione all'ambito territoriale di propria pertinenza per l'attuazione dei relativi macroobiettivi individuati nel PRP; tale Unità in maniera trasversale si dovrà occupare della gestione delle informazioni e delle conoscenze sui profili di rischio della popolazione da inquinanti presenti nell'ambiente e dei piani di attività di biomonitoraggio nelle aree a contaminazione nota e dovranno operare attraverso linee di intervento che prevedano studi sui potenziali rischi della salute umana relativi ad emissioni gassose in atmosfera e inquinamenti ambientali di vario tipo, attraverso la rilevazione dei fattori chiave per la contaminazione della catena alimentare. Inoltre dovrà essere effettuata una specifica indagine che approfondisca l'incidenza di alcune patologie tumorali e la presenza di fattori ambientali o umani presenti in quel territorio.

Gruppo di progetto per la promozione stili di vita e promozione della educazione sanitaria, indirizzato verso la omologazione delle procedure in relazione all'ambito territoriale di propria pertinenza per l'attuazione dei relativi macroobiettivi individuati nel PRP; l'attività di questo Gruppo di Progetto dovrà inoltre essere indirizzata verso la predisposizione di una offerta educativa e formativa che, tenendo conto del coordinamento e della integrazione fra struttura e servizi delle ASSL predisponga programmi di progetti ed interventi di promozione ed educazione alla salute rivolti alla popolazione, realizzazione, stampa e diffusione di materiale informativo e divulgativo, organizzazione di momenti di incontro rivolti agli operatori scolastici . Inoltre, questi Gruppi di progetto, dovranno programmare in relazione al proprio ambito territoriale l'attività di prevenzione e promozione della salute, con compiti di sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di *screening*; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; al fine della valorizzazione e incentivazione di corretti

stili di vita sotto il profilo dell'attività motoria e della pratica sportiva, in coerenza con quanto previsto dalla L.R. 23/14, dal DPCM 12/01/2017 sui LEA e dal Piano Regionale di Prevenzione

Gruppo di progetto sorveglianza e risposta malattie infettive e diffuse, indirizzati verso la omologazione delle procedure in relazione all'ambito territoriale di propria pertinenza per l'attuazione dei relativi macrobiettivi individuati nel PRP.

A.2 Area dell'Assistenza Distrettuale

1.L'offerta di prestazioni e servizi sul territorio

per le strutture a gestione diretta

ATS – Totale Strutture assistenziali a gestione diretta n.339

Tipo struttura	Tipo assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio Laboratorio	140	47	37									
Struttura residenziale			0		12	1	0		1	0	0	3
Struttura semiresidenziale			0		11	0	0		0	0	0	0
Altro tipo di struttura	68	4	4	73	48	19	0	0				0

ATS-2017- FONTE: NSIS MOD. STS. 11 - Dati anagrafici - Strutture direttamente gestite – Anno 2017

Area	Codice struttura	Denominazione struttura	N° utenti	Assistenza residenziale. Posti letto	Assistenza semiresidenziale. Posti letto	Ore di funzionamento	Assistenza residenziale. Utenti in lista di attesa	Assistenza semiresidenziale. Utenti in lista di attesa
CAGLIARI	200001	SARRABUS/GERREI DISTR.4	0	0	0	0	0	0
	200002	S.C. RIAB.GLOB.SAN.SOCIOS. TER.	15	0	0	0	0	0
	200005	SERV. DI NEUROPSICHIATRIA. DISTR.5	0	0	0	0	0	0
	200006	UOC NEUR. IMF. DIS. CA A.VASTA	40	0	0	0	0	0
	200007	SERV. DI FISIOTERAPIA DISTR. 5	0	0	0	0	0	0
	200008	UOC NEUR. IMF. DIS. CA A.VASTA	0	0	0	0	0	0
	200009	U.O.N.P.I.A.	0	0	0	0	0	0
CARBONIA	200322	CENTRO RIAB.UONPIA IGLESIAS	142	0	0	0	0	0
	200323	CENTRO RIAB.UONPIA CARBONIA	0	0	0	0	0	0
	200324	CENTRO RIAB.UONPIA SANTADI	0	0	0	0	0	0
	200325	CENTRO RIAB.ADULTI IGLESIAS	0	0	0	0	0	0
NUORO	200313	CENTRO RIAB. GLOBALE - MACOMER	302	9	0	0	0	0
ORISTANO	200070	C. RIABILITAZIONE - ORISTANO	86	0	0	0	0	0
	200072	C. RIABILITAZIONE - TERRALBA	6	0	0	0	0	0
	200073	C. RIABILITAZIONE - GHILARZA	35	0	0	0	0	0
	200074	SERVIZIO DI N.P.I. - ALES	0	0	0	0	0	0
	200317	SERVIZIO DI N.P.I. - ORISTANO	0	0	0	0	0	0
	200319	C. RIABILITAZIONE - BOSA	40	0	0	0	0	0
	200320	SERVIZIO DI N.P.I. - TERRALBA	0	0	0	0	0	0
SANLURI	200321	UONPIA RIAB. SAN GAVINO	0	0	0	0	0	0

Area	Codice struttura	Denominazione struttura	N° utenti	Assistenza residenziale. Posti letto	Assistenza semiresidenziale. Posti letto	Ore di funzionamento	Assistenza residenziale. Utenti in lista di attesa	Assistenza semiresidenziale. Utenti in lista di attesa
	200329	UONPIA RIAB. SANLURI	0	0	0	0	0	0
SASSARI	200200	EX IPAB FOND. S.G. BATTISTA	641	40	25	36	0	0

FONTE: NSIS MOD. RIA.11 Quadro F - Strutture a gestione diretta - Dati di struttura – Anno 2017

per le strutture convenzionate

ATS – Totale Strutture private accreditate convenzionate n.275

Tipo struttura	Tipo assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Assistenza a psichiatria	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio Laboratorio	108	80	51									
Struttura residenziale			0		30	10	5		21	15	16	14
Struttura semiresidenziale			0		3	0	0		5	2	2	0
Altro tipo di struttura	4	1	0	0	0	0	1	5				0
Medico singolo	27	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ATS-2017- FONTE: NSIS MOD. STS. 11 - Dati anagrafici - Strutture private – Anno 2017

ATS – Strutture private convenzionate

ASSL	Codice struttura	Denominazione Struttura Convenzionata
101-SASSARI	010002	CENTRO IPERBARICO SASSARESE S.R.L.
101-SASSARI	010003	SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE OSAT A R.L.-HOSPICE MADONNA DI FATIMA
101-SASSARI	010005	STUDIO DI AUDIOMETRIA E AUDIOPROTESI DELLA DOTT.SSA MARIA ANTONIETTA SERRA
101-SASSARI	010008	STUDIO DENTISTICO S.R.L.S. DEL DOTT. GIANFRANCO VENTURA
101-SASSARI	015001	SOCIETA' STUDIO MEDICO DI ORTOPEDIA DEL DOTT. GAETANO ALICANDRI & C. S.A.S.
101-SASSARI	019000	SERVIZI SALUTE BENESSERE S.R.L.
101-SASSARI	021100	CENTRO FISIOTERAPICO S.R.L.
101-SASSARI	021600	STUDIO OCULISTICO D.SSA DONEDDU GIUSEPPINA MARIA
101-SASSARI	023000	ARES MEDICAL CENTER S.R.L.
101-SASSARI	027000	LAB NORD S.A.S. DI CAVAGLIERI MARIA
101-SASSARI	028000	L.A.P. SRL
101-SASSARI	029000	L.A.S. - LABORATORIO ANALISI SASSARESE S.R.L.
101-SASSARI	031000	STUDIO CARDIOLOGICO MARONGIU ANTONIO MARIA S.R.L.
101-SASSARI	035000	CENTRO CARDIOLOGICO DOTT. GIANFRANCO PITTALIS E C. S.A.S.
101-SASSARI	039100	STUDIO RADIOLOGICO ECOGRAFICO 'MULAS' DEL DOTT. MASSIMO FIOCCA & C. S.A.S.
101-SASSARI	042100	RADIODIAGNOSTICA SRL - VIA TORINO 26
101-SASSARI	042200	RADIODIAGNOSTICA SRL-VIA GALLERI 1
101-SASSARI	046000	STUDIO DENTISTICO DOTT. GIAN FRANCO LUIGI VENTURA S.A.S.
101-SASSARI	054200	AMBULATORIO DERMATOLOGICO DOTT. FABBRO CLAUDIO
101-SASSARI	054300	LABORATORI CLINICAL'S S.R.L.
101-SASSARI	066100	TAMPONI FKT TURRITANA SRL-SEDE ITTIRI
101-SASSARI	067000	AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT DR.SSA ELIANA FOIS
101-SASSARI	074000	TERME SAN SATURNINO
101-SASSARI	074100	TERME CASTELDORIA
101-SASSARI	074500	TERME AURORA
101-SASSARI	075000	AMBULATORIO ODONTOIATRICO DOTT. GIANFRANCO VENTURA
101-SASSARI	077000	FISIOKONS S.A.S.
101-SASSARI	079000	LASER CHIRURGIA AMBULATORIALE SRL
101-SASSARI	080000	R.S.A SAN NICOLA
101-SASSARI	085100	RSA MATIDA S.R.L.
101-SASSARI	090420	CASA FAMIGLIA S. ANTONIO ABATE (MONDO X)
101-SASSARI	090430	STRUTTURA RESIDENZIALE - COMUNITA' INTEGRATA VILLA GARDENIA
101-SASSARI	090450	VILLA SAN GIUSEPPE ANELA
101-SASSARI	090460	CASA PROTETTA CLEMENZA E GIUSEPPE PIETRI
101-SASSARI	090470	STRUTTURA RESIDENZIALE-COMUNITA' INTEGRATA VILLA MARGHERITA
101-SASSARI	090600	ASSOCIAZIONE PRIMAVERA ONLUS
101-SASSARI	092100	DITTA MEDICASA DEL DOTT. ALBERTO MURA
101-SASSARI	200013	POLICLINICO SASSARESE S.P.A.

ASSL	Codice struttura	Denominazione Struttura Convenzionata
101-SASSARI	200150	CASA PROTETTA L'ANCORA
101-SASSARI	S80000	R.S.A. SAN NICOLA
102-OLBIA	010073	LABORATORIO ANALISI LAB. 10 - BUDDUSÒ
102-OLBIA	020002	POLIAMBULATORIO MEDICA SRL
102-OLBIA	020003	STUDIO ASSOCIATO 3B RIABILITAZIONE
102-OLBIA	020004	TAMPONI FKT GALLURA S.R.L.
102-OLBIA	120110	LABORATORIO ANALISI I.A.M. - BUDONI
102-OLBIA	120130	LABORATORIO ANALISI T.R.C: - OLBIA
102-OLBIA	120140	LABORATORIO ANALISI L.A.O. - OLBIA
102-OLBIA	120220	LABORATORIO ANALISI L.A.R. - ARZACHENA
102-OLBIA	200083	CASA FAMIGLIA - OLBIA
102-OLBIA	200101	RSA - LA FENICE - OLBIA
102-OLBIA	200103	RSA - SMERALDA S.R.L. - PADRU
102-OLBIA	200104	CASA FAMIGLIA VILLA LISSIA - TEMPIO
102-OLBIA	200180	STUDIO FKT DR. MELE S.R.L.
102-OLBIA	200181	TAMPONI FKT SRL
102-OLBIA	200182	PSY COOPERATIVA SOCIALE
102-OLBIA	200188	COMUNITÀ INTEGRATA RINAGGIU
103-NUORO	001601	L.A.B. - NUORO
103-NUORO	001701	L. A. N. - NUORO
103-NUORO	001801	F. K. T. - NUORO
103-NUORO	001901	BIORAD - NUORO
103-NUORO	002001	C.I.D. - NUORO
103-NUORO	010501	SOC. COOP. APPRODI - NUORO
103-NUORO	010601	CASA SATTA - NUORO
103-NUORO	201037	CEDIAN SRL - NUORO
103-NUORO	201041	SANTA BARBARA SRL - MACOMER
103-NUORO	201042	CENTRO ANALISI CLINICHE AMG SRL - SINISCOLA
103-NUORO	201043	TAMPONI FKT GALLURA SRL - SINISCOLA
104-LANUSEI	000304	RSA OGLIASTRA
104-LANUSEI	000320	ANTES SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE
104-LANUSEI	002835	LABORATORIO ANALISI CLINICHE SRL
104-LANUSEI	002936	LABORATORIO RADIOLOGICO DR. PILIA
104-LANUSEI	003336	RADIOLAB SRL
104-LANUSEI	003535	CENTRO FISIOTERAPICO OGLIASTRA SRLS
104-LANUSEI	040002	CENTRO DIURNO LANUSEI
104-LANUSEI	040003	COMUNITA' AD ALTA INTENZIONALITA' TERAPEUTICA LANUSEI
104-LANUSEI	040004	CENTRO DIURNO RSA OGLIASTRA
104-LANUSEI	200023	AMBULATORI C.C. TOMMASINI
105-ORISTANO	050001	RADIOLOGIA FIORINI S.R.L.
105-ORISTANO	050002	AINNANTI S.R.L.
105-ORISTANO	516000	STUDIO CARDIOLOGICO DEL DOTTOR CUOZZO E.G. S.A.S.
105-ORISTANO	516100	STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA SAN GIACOMO S.A.S.
105-ORISTANO	516300	LABORATORIO ANALISI MELIS & PONTI - ORISTANO
105-ORISTANO	516400	C.A.M. DI LILIA CAVALLINI, CLAUDIA E MICHELE CADEDDU & C. S.A.S.
105-ORISTANO	516500	AMB. C.C. 'MADONNA DEL RIMEDIO' - ORISTANO
105-ORISTANO	516600	STUDIO MED. POLISP. 'SAN GIORGIO' - ORISTANO
105-ORISTANO	516700	DR. FIORINI FRANCESCO - ORISTANO
105-ORISTANO	516701	DOMUSANITAS S.R.L.S.
105-ORISTANO	516800	DR.SSA MARRAS MARIA CARMELA - ORISTANO
105-ORISTANO	516900	CENTRO FKT DR.I PIRIA E MUSSO - TERRALBA
105-ORISTANO	516901	CENTRO ANALISI - TERRALBA
105-ORISTANO	518901	'VILLA SAN GIUSEPPE' R.S.A. - MILIS
105-ORISTANO	519200	CASA PROTETTA 'SANTA CATERINA' - GHILARZA
105-ORISTANO	519201	CASE FAMIGLIA PSICHIATRICHE CTR - SANTA GIUSTA
105-ORISTANO	521303	COM. ALTA INTENSITA' - BUSACHI
105-ORISTANO	521304	COMUNE ABBASANTA CENTRO DIURNO INTEGRATO DEMENZE 'ROSARIA MANCONI'
105-ORISTANO	521305	FONDAZIONE STEFANIA RANDAZZO
105-ORISTANO	521306	CASA FAMIGLIA 'SU FOGHILE' SAMUGHEO
105-ORISTANO	521307	CENTRO DI ASCOLTO MADONNA DEL ROSARIO - COMUNITA' TERAPEUTICA 'ALLE SORGENTI'
105-ORISTANO	526101	AZIENDA 'TERME DI SARDEGNA' - FORDONGIANUS
105-ORISTANO	526102	LABORATORIO ANALISI 'L.A.A.O.' - ABBASANTA
106-SANLURI	101100	LABORATORIO ANALISI CHIM-BIOLOGICHE CONCAS
106-SANLURI	101400	LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA DI MULAS FRANCESCA SAS
106-SANLURI	101500	STUDIO RADIOLOGICO DOTTORI F.&M. TOCCO SAS
106-SANLURI	101600	CDR DI FLORIS
106-SANLURI	101700	ANTICHE TERME DI SARDARA
106-SANLURI	101800	STUDIO CARDIOLOGICO DR. MASCIA GIUSEPPE
106-SANLURI	101900	STUDIO RADIOLOGICO DOTTORI F.&M. TOCCO SAS
106-SANLURI	102100	COMUNITA PROTETTA BETANIA
106-SANLURI	102200	CASA FAMIGLIA GUSPINI
106-SANLURI	102300	CENTRO FISIOTERAPICO VILLACIDRESE 'S. RITA'
106-SANLURI	102400	ST. DENTISTICO DR MAURO CANARGIU
106-SANLURI	102500	CENTRO PRONTA ACCOGLIENZA 'IL SALVATORE' VILLACIDRO
106-SANLURI	200700	STUDIO DENTISTICO SPECIALISTICO DEL DOTT. BERNARDINI E C. S.A.S
106-SANLURI	200800	PULIXI SEVERO SALVATORE ENNIO
106-SANLURI	200900	DR. GIUSEPPE ANTONIO CICCU
106-SANLURI	201000	LABORATORIO ANALISI C.D.M. S.R.L.
106-SANLURI	201301	L.A.C.S. SRL
106-SANLURI	201400	ISTITUTO DI RADIOLOGIA ED ECOGRAFIA PAOLO DERIU S.R.L.
106-SANLURI	201600	CENTRO FKT DI ZANNOL LILIANA

ASSL	Codice struttura	Denominazione Struttura Convenzionata
106-SANLURI	201900	LABORATORIO DI ANALISI R.C.C.F. SRL
106-SANLURI	202200	CASA FAMIGLIA SERRAMANNA
106-SANLURI	202500	COMUNITA' TERAPEUTICA 'S.MICHELE 1' SERRAMANNA
106-SANLURI	202600	COMUNITA' PEDAGOGICA 'S.MICHELE 2' SANLURI STATO
106-SANLURI	202700	CSU FISIOMED SRL
107-CARBONIA	161526	COMUNITA' PROTETTA DOMUSNOVAS (C/O AIAS)
107-CARBONIA	161627	SRPAI RESIDENZIALE FLUMINIMAGGIORE
107-CARBONIA	161628	SRPAI SEMIRES. FLUMINIMAGGIORE
107-CARBONIA	161726	CASA EMMAUS SAN LORENZO
107-CARBONIA	161826	CASA EMMAUS SANT'ANTONIO
107-CARBONIA	162126	RSA ROSA DEL MARGANAI
107-CARBONIA	162127	COMUNITA' PROTETTA ROSA DEL MARGANAI
107-CARBONIA	162128	CENTRO DIURNO INTEGRATO ROSA DEL MARGANAI
107-CARBONIA	170178	STUDIO FISIOCHINESITERAPICO SULCITANO GAMBELLA & C.S.N.C.
107-CARBONIA	172726	RSA SANT'ELIA NUXIS
107-CARBONIA	172926	R.S.A. SEMIRES. SANT'ELIA NUXIS
107-CARBONIA	173026	ASS. CENTRO DI ACCOGLIENZA DON VITO SGUOTTI
107-CARBONIA	173126	COOP. SOC.PONTE COMUNITA' PAPA GIOVANNI XXIII
107-CARBONIA	173426	COMUNITA' PROTETTA SANT'ELIA NUXIS
107-CARBONIA	173526	COMUNITA' PROTETTA CORTOGHIANA (C/O AIAS)
107-CARBONIA	360208	REM DR.CARLO SABA & C S.A.S.
107-CARBONIA	360209	SYNCHRON SRL
107-CARBONIA	360303	STUDIO CARDIOLOGICO SASSU S.R.L.
107-CARBONIA	360411	LAB. SUD IGLESIAS SAS DI OMBRETTA GHIGLIERI &C.
107-CARBONIA	360512	STUDIO F.K.T. IGLESIENTE SRL
107-CARBONIA	370126	STUDIO DI RADIOLOGIA MEDICA E TERAPIA FISICA DR. MARCO PUDDU & C.S.A.S.
107-CARBONIA	370208	STUDIO RAD. S.PAOLO DR. CORPINO
107-CARBONIA	370326	CENTRO MEDICO DR .LABATE ANGELO
107-CARBONIA	370411	LAB. SUD CARBONIA DI GIACOMINA ALESSANDRA & C SAS
107-CARBONIA	370711	L.A.C. CALABRO' S.R.L.
107-CARBONIA	370926	AS.AT. ATZORI ARMANDO & C.S.A.S.
107-CARBONIA	371012	FORMA MENTIS
108-CAGLIARI	020020	GRUPPO CONVIVENZA QUARTU
108-CAGLIARI	020021	GRUPPO CONVIVENZA ASSEMINI
108-CAGLIARI	020023	GRUPPO CONVIVENZA DECIMOMANNU
108-CAGLIARI	020041	CTR PRIMAVERA
108-CAGLIARI	020042	ISTITUTO IPPOCRATE SRL
108-CAGLIARI	020051	GRUPPO CONVIVENZA CA A
108-CAGLIARI	020052	GRUPPO CONVIVENZA CA OVEST
108-CAGLIARI	020054	RESIDENZA PSICHIATRICA SELARGIUS
108-CAGLIARI	020995	RSA FONDAZIONE S. RANDAZZO VALLERMOSA
108-CAGLIARI	020996	AIAS COM. PROT. CAGLIARI
108-CAGLIARI	020998	AIAS COM. PROT. DECIMOMANNU
108-CAGLIARI	020999	RSA FONDAZIONE S. RANDAZZO
108-CAGLIARI	021000	RSA FONDAZIONE S. RANDAZZO
108-CAGLIARI	021001	RSA MONSIGNOR ANGIONI
108-CAGLIARI	021002	RSA MOSIGNOR ANGIONI
108-CAGLIARI	021005	RSA CAPOTERRA
108-CAGLIARI	021006	RSA SELARGIUS
108-CAGLIARI	021007	RSA SESTU
108-CAGLIARI	021008	CENTRO DIURNO DON ORIONE
108-CAGLIARI	021009	RSA VILLA DEGLI ULIVI
108-CAGLIARI	080006	HOSPICE MADONNA DI FATIMA
108-CAGLIARI	080009	LAB.ANALISI VALDES-CARBONI SNC
108-CAGLIARI	080010	LAB.ANA.CLI.DR.B.FADDA SAS
108-CAGLIARI	080011	CENTROMEDICO SRL
108-CAGLIARI	080012	STUD.MED.OCUL.DR.SSA SEVERINA MANCA
108-CAGLIARI	080013	CARDIO KARALIS SRL
108-CAGLIARI	200041	KINETIKA SARDEGNA S.R.L.
108-CAGLIARI	200042	CASA DI CURA S'ANTONIO S.P.A.
108-CAGLIARI	200043	STUDIO RADIOL. C.D.R. SAS
108-CAGLIARI	200044	CASA DI CURA VILLA ELENA SRL
108-CAGLIARI	200045	CASA DI CURA NUOVA
108-CAGLIARI	200046	KINETIKA SARDEGNA S.R.L.
108-CAGLIARI	200055	KINETIKA SARDEGNA S.R.L.
108-CAGLIARI	200065	DR. PAOLI ROBERTA
108-CAGLIARI	200069	STUD.MED. OSTETR. S.A.S. DR. RISALVATO
108-CAGLIARI	200072	STUDIO MEDICO CORONA S.R.L.
108-CAGLIARI	200089	CENTRO MED.OCUL. DR. DOMINEDO'
108-CAGLIARI	200121	STUD. ODON. DR. LEONI
108-CAGLIARI	200152	3S LAB.ANALISI IMMAGINI SRL
108-CAGLIARI	200160	STUD.RAD.FIS. DR. RAVASIO SAS
108-CAGLIARI	200162	STUD.RAD.FIS.DR.A.DEMURTAS SAS
108-CAGLIARI	200164	STUD.RAD. S. MARIA CHIARA
108-CAGLIARI	200170	CDR MEDICINA NUCLEARE SAS
108-CAGLIARI	200174	CENTRO DIAG. CDA ARESU SRL
108-CAGLIARI	200183	STUDIO FISIOK. DR. G.MASSAZZA
108-CAGLIARI	200186	STUD.RADIODIAG. DR. PUDDU & C.
108-CAGLIARI	200193	C.M.D. S.ANTONIO SRL
108-CAGLIARI	200197	STUD. RAD. DEL CORSO
108-CAGLIARI	200204	BIOTEST SNC

ASSL	Codice struttura	Denominazione Struttura Convenzionata
108-CAGLIARI	200249	SOCIETA' KINESIS SRL
108-CAGLIARI	200252	SMP DI MARIO MURGIA SAS
108-CAGLIARI	200268	STUD.RAD.ECOG. DR. G.DERIU SRL
108-CAGLIARI	200270	LAB.ANA.CHI.CLI.BATTERIO.SARDO
108-CAGLIARI	200273	LAB. S.A.S. DOTT. PONTI & C.
108-CAGLIARI	200274	LAB.ANA.CLI. DR. MEREU LIVIO
108-CAGLIARI	200277	STUD.MED.RAD.DI G. GALIZIA -S.G. SALVAREZZA E C. S.A.S.
108-CAGLIARI	200283	STUD.RAD.FISIO. DR. G.CASCIU
108-CAGLIARI	200290	DR. BAIRE SERGIO
108-CAGLIARI	200291	DR. ATZORI LAURA
108-CAGLIARI	200292	DR. CANNELLA GIOVANNI
108-CAGLIARI	200293	DR. MOCCIA LUIGI
108-CAGLIARI	200295	DR. ODDINI CARBONI STEFANO
108-CAGLIARI	200298	DR. PIRASTU VIRGILIO
108-CAGLIARI	200308	STUD.CARD. DR. BASCIU MARIO
108-CAGLIARI	200322	DR. COLOMO LUIGI
108-CAGLIARI	200325	STUD.RAD.AROMANDO DI DR. DEIANA SAS
108-CAGLIARI	200326	DR. ZEDDA EFISIO
108-CAGLIARI	200328	L.A.C. SRL
108-CAGLIARI	200329	CMR DR. DELOGU LUISA VITTORIA
108-CAGLIARI	200332	CFRS DI A.MURGIA & C.SAS
108-CAGLIARI	200336	C.M.T. ANALISI MEDICHE SRL
108-CAGLIARI	200339	DR. DEIANA LUCIANO
108-CAGLIARI	200340	FISIOMEDICAL SAS
108-CAGLIARI	200341	CENTRO RAD. AROMANDO PAOLO
108-CAGLIARI	200344	CENTRO CARD. DR. CADEDDU LUIGI
108-CAGLIARI	200348	DR. PORCELLA CELESTINO
108-CAGLIARI	200353	STUD.MED. NAZARIO SAURO SRL
108-CAGLIARI	200354	LAB. ANA. DR. PAOLO COSSU
108-CAGLIARI	200355	LAB.ANA.MEDICHE PROF. MUNTONI
108-CAGLIARI	200356	LAB.ANA.CLI. DR. F. ZAIRO
108-CAGLIARI	200357	STUD.RAD.FISIA. DR. MASSIDDA
108-CAGLIARI	200359	GALENO DI PEDRAZZINI E C. SAS
108-CAGLIARI	200360	CESAKINESI
108-CAGLIARI	200361	DIMARAGGI
108-CAGLIARI	200366	C.R.O.S. DI SECCI R. & C. SAS
108-CAGLIARI	200368	DR. SIOTTO PINTOR MARCO
108-CAGLIARI	200370	ODONTOCENTRO DR. CABRAS PAOLO
108-CAGLIARI	200374	LAB. ANALISI PATOLOGIA CLINICA
108-CAGLIARI	200376	STUD.RAD.FIS.E ECO. DR. A.SIAS
108-CAGLIARI	200377	CFS SRL DI COIANA LEONARDO
108-CAGLIARI	200380	CRM SRL
108-CAGLIARI	200381	CENTRO VISTA SRL
108-CAGLIARI	200382	CENTRO FKT SARCIDANO ISILI
108-CAGLIARI	200383	DR. MONTISCI DELIO & C. SAS
108-CAGLIARI	200384	STUD.RAD.FISIO.DR. A.SERRA SAS
108-CAGLIARI	200386	GAB. DI FKT DI ZANNOL LILIANA
108-CAGLIARI	200388	DR. BINA MAURIZIO
108-CAGLIARI	200389	DR. DESSI ALFONSO & C. S.A.S.
108-CAGLIARI	200390	CENTRO FKT E RIAB. SYNCRON
108-CAGLIARI	200392	STUD.FISIOKINESITER. DEL SARRABUS
108-CAGLIARI	200393	STUDIO PALMAS S.A.S.
108-CAGLIARI	200394	AURODENT DI STEFANO FARRIS
108-CAGLIARI	200395	STUDIO DENTISTICO ASSOCIATO 'RESIDENZA DEL SOLE'
108-CAGLIARI	200397	STUDIO DI FISIOTERAPIA ALBA
108-CAGLIARI	200403	STUD.PROFF.ASS.FISIOT.LA VELA DR.BRUNA CAVALLI
108-CAGLIARI	200407	CONSUL. GEST. SANITARIE SRL
108-CAGLIARI	200408	CONSORZIO CONSALUS
108-CAGLIARI	200409	FISIODINAMICA SRL
108-CAGLIARI	200410	CENTRO SERVIZI LA SPERANZA DI ORESTE MURGIA
108-CAGLIARI	200411	STUDIO CARDIOLOGICO SANT'ANDREA
108-CAGLIARI	200412	AMBULATORIO CARDIOLOGICO DR. BASCIU
108-CAGLIARI	200413	NUOVA DOMINEDO'
108-CAGLIARI	200414	CARDIO TEAM SRL
108-CAGLIARI	200415	LABORATORIO ANALISI CHIMICHE DR. PAOLO LODDO DR.SSA VALENTINA LODDO SRL
108-CAGLIARI	200416	DIAGNOSTICA RADIOLOGICA DOLIANOVA SRL
108-CAGLIARI	200417	C.D.M. SRL
108-CAGLIARI	200418	STUDIO DENTISTICO DOTT. MASSIMO ATZORI
108-CAGLIARI	200420	CARDIO SERVICE SRL
108-CAGLIARI	200421	CENTRO FISIOTERAPICO TUVIXEDDU SRL
108-CAGLIARI	200422	STUDIO CARDIOLOGICO SASSU S.R.L.
108-CAGLIARI	200423	CENTRO MEDICO ORL DR. LO NARDO S.A.S.
108-CAGLIARI	200424	MILAGRO SRL
108-CAGLIARI	200425	SOCIETA' C.L.M.A. S.R.L.S
108-CAGLIARI	200426	CENTRO MEDICO SANTA VITTORIA SRLS

FONTE: NSIS MOD. STS. 11 - DATI ANAGRAFICI - STRUTTURE PRIVATE-2017

ASSL	ASSL Sassari		ASSL Olbia		ASSL Nuoro		ASSL Lanusei	
Assistenza sanitaria di base;	N. medici	N. medici * 1000 abitanti	N. medici	N. medici * 1000 abitanti	N. medici	N. medici * 1000 abitanti	N. medici	N. medici * 1000 abitanti
Medici di medicina generale	254	0,77	112	0,69	113	0,73	45	0,79
Pediatrati di libera scelta	41	0,12	21	0,13	21	0,14	6	0,11
Continuità assistenziale	n. punti	n. medici titolari	n. punti	n. medici titolari	n. punti	n. medici titolari	n. punti	n. medici titolari
Punti guardia di continuità assistenziale	28	136	35	169	32	68	12	60

ASSL	ASSL Oristano		ASSL Sanluri		ASSL Carbonia		ASSL Cagliari		Totale ATS	
Assistenza sanitaria di base;	N. medici	N. medici * 1000 abitanti	N. medici	N. medici * 1000 abitanti	N. medici	N. medici * 1000 abitanti	N. medici	N. medici * 1000 abitanti	N. medici	N. medici * 1000 abitanti
Medici di medicina generale	118	0,74	75	0,77	97	0,77	398	0,71	1212	0,74
Pediatrati di libera scelta	17	0,11	10	0,1	14	0,11	72	0,13	202	0,12
Continuità assistenziale	n. punti	n. medici titolari	n. punti	n. medici titolari	n. punti	n. medici titolari	n. punti	n. medici titolari	n. punti	n. medici titolari
Punti guardia di continuità assistenziale	30	132	18	44	25	129	46	234	226	972

FONTE: NSIS MOD. FLS.12_Quadro E – Medicina Generale– Anno 2017 NSIS MOD. FLS.21_Quadro F – Guardia medica– Anno 2017

2.Indirizzi regionali in materia

Il presente documento di programmazione tiene conto del mutare dinamico della normativa nazionale e regionale. Di seguito si rappresenta i principali indirizzi normativi regionali e nazionali in materia:

- o d.lgs n°502 del 30.12.1992 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della l. n°421 del 23.10.1992"*; e successive modificazioni ed integrazioni;
- o la l.r. n° 23 del 17.11.2014, *"Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle Leggi Regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012"*;
- o la Legge Regionale n. 17 del 27.07.2016: *"Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale)"*;
- o Piano Nazionale della cronicità;
- o Piano Nazionale per la salute mentale;

- Patto per la salute 2014-2016;
- Tutte le delibere RAS recanti indirizzi regionali in materia.

3. Principali criticità riscontrate

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale le nuove risposte ai bisogni sono ricercate nell'organizzazione di un sistema sanitario che si pone l'obiettivo di mantenere le persone in condizione di benessere quanto più possibile, senza sprechi, con efficienza e con percorsi di cura e assistenza erogati nel proprio ambiente di vita e in maniera non frammentaria.

Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza hanno portato progressivamente a una profonda modificazione degli scenari di cura in quanto, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, si è avuto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo; è ormai ampiamente consolidato il consenso sul principio che la sfida alla cronicità è una "sfida di sistema", che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita. Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. La regione che ha la maggiore prevalenza di persone con almeno una patologia cronica è la Sardegna (42,0%). Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Il Distretto si conferma comunque come snodo organizzativo e logistico al quale rivolgersi per ricevere una risposta qualificata in relazione ai diversi bisogni di assistenza territoriale, e integrata con la rete di assistenza specialistica e ospedaliera.

Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo.

In quest'ottica si pone la legge n. 135/2012 che ha previsto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Ciò rende necessario potenziare le formule

alternative al ricovero e valorizzare la rete specialistica ambulatoriale, in un quadro di differenziazione di livelli erogativi articolati sulla base dell'effettivo potenziale di gestione della complessità.

In questa ottica l'azienda vuole porre particolare attenzione nel prossimo triennio all'integrazione ospedale-territorio, al potenziamento di forme alternative al ricovero, in particolare delle cure domiciliari integrate, alla riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze e alla riqualificazione dell'assistenza specialistica con l'obiettivo prioritario di ridurre le liste d'attesa.

4. Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire

L'Assistenza Territoriale dell'Area delle Cure Primarie, dell'attività di Specialistica Ambulatoriale, dell'assistenza domiciliare, residenziale e di sanità penitenziaria.

I principali obiettivi strategici da conseguire nel triennio sono relativi al riordino dell'area delle Cure Primarie, dell'attività Specialistica Ambulatoriale, dell'offerta domiciliare, residenziale, sanità penitenziaria, e al percorso d'integrazione con l'Ente Locale.

In particolare costituiscono obiettivo strategico:

- Il **governo complessivo delle prestazioni ambulatoriali e delle "liste d'attesa"** per le prestazioni di specialistica ambulatoriale con il rispetto dei parametri fissati, per ambito territoriale, dall'accordo stato regioni del 2010 secondo quanto previsto in dettaglio dalla delibera ATS Sardegna 826/2018 che si intende integralmente richiamata;
- l'avvio è l'applicazione delle azioni del **"Chronic Care Model"** richiamato nel Piano Nazionale della Cronicità. Tale piano è applicato in Italia tramite modelli spesso diversi e disomogenei.

I modelli di applicazione del Chronic Care Model assistenziali hanno in comune molti elementi che i quali:

1. Il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva".
2. Un'assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale.
3. Il riconoscimento che le cure primarie devono essere il punto centrale (Hub) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema.
4. L'erogazione di un'assistenza focalizzata sui bisogni individuali della persona, nel suo specifico contesto sociale.
5. La presenza di sistemi informativi evoluti.
6. Poter far leva sulla partecipazione comunitaria.
7. Investire sull'auto-gestione dei pazienti e dei caregivers.
8. Disporre di linee guida in grado di tener conto della co-morbilità.
9. Basarsi su team multiprofessionali che puntano al miglioramento continuo.

La reale implementazione di tecniche di Population Health Management con la definizione del rischio sanitario dei diversi strati di popolazione, permette di valutare quali soggetti si rivolgono ai servizi sanitari e di spostare l'attenzione dalla singola patologia al grado di assorbimento di servizi e di risorse che essa comporta, dal singolo percorso assistenziale per patologia cronica alla gestione della poli patologia con comorbidità e necessità di Piani Assistenziali Individuali (PAI) e servizi territoriali che permettano la presa in carico globale di questo sub set di popolazione ad alto consumo di risorse.

Questo modello organizzativo è in corso di implementazione e sperimentazione nelle diverse regioni italiane. ATS Sardegna sta predisponendo le azioni necessarie per permettere la reale implementazione di tale modello nella regione Sardegna.

La prima fase prevede la creazione di un data base che permetta l'implementazione delle tecniche sopra citate di Population Health Management, con successiva definizione dei sub set di popolazione e dei modelli operativi di gestione in ambito territoriale, su base prevalentemente distrettuale o sovra distrettuale per le componenti centralizzate.

Alla luce della rivoluzione demografica, descritta in premessa, l'applicazione di tale modello costituisce la principale sfida al sistema sanitario sardo che dovrà abbandonare un approccio ospedale-centrico per acquisirne uno territorio centrico quale unica reale possibilità di garantire presa in carico e sicurezza socio sanitaria in una regione territorialmente molto estesa ed a bassissima densità di popolazione in gran parte di essa.

CURE PRIMARIE

La RAS ha elaborato linee d'indirizzo (delibera RAS 60/2 del 02.12.2015) per la riqualificazione delle cure primarie per adeguare il sistema delle cure territoriali ai cambiamenti socio demografici ed economici che richiamano alla sostenibilità sociale ed economica dello stesso sistema sanitario e sociosanitario regionale;

Il cambiamento riguarda in maniera particolare l'assistenza primaria e le cure primarie individuando nuovi modelli di cura di prossimità basati sul coinvolgimento delle comunità locali nella consapevolezza che le cure territoriali non sono alternative ma complementari a quelle ospedaliere, così da rendere circolare l'intero sistema delle reti di cura nella regione.

L'approccio all'assistito basato sulla medicina d'attesa, che poco si adatta a soddisfare i nuovi bisogni e le nuove domande di salute, impone un cambiamento radicale che deve favorire la presa in carico globale della persona, favorendo l'integrazione tra professionisti nel governo della cronicità. All'uopo il nuovo modello fa tesoro della presenza capillare nel territorio dei professionisti delle cure primarie, quali medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS), dei medici di continuità assistenziale (MCA) e dei punti guardia medica.

Il modello mono-professionale e l'approccio per patologia devono lasciare spazio alla presa in carico globale e multi professionale affrontando in maniera organica i bisogni complessi del paziente cronico.

Facendo tesoro dell'esperienza posta in essere con l'attivazione di alcuni programmi di Medicina di Iniziativa già avviati dalla Regione nell'ambito delle cure primarie, si intende consolidare il risultato apportando i correttivi così da rendere strutturali e di sistema gli interventi.

Si sono quindi poste le basi per promuovere il *Chronic Care Model* come modello di presa in carico del paziente cronico. Le cure primarie costituiscono un sistema che integra, attraverso i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (welfare di comunità). La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali" e di costruzione di una relazione empatica tra il team assistenziale e il paziente ed i suoi Caregiver di riferimento. Il PDTA può essere infatti considerato uno strumento di governance, perché si costruisce attraverso l'individuazione e la valorizzazione di tutti i componenti della filiera assistenziale, indipendentemente dal loro posizionamento nel percorso, contrastando logiche di centralità di servizi e di professionisti, esaltando la multicentricità ed il valore dei contributi di ognuno. La realizzazione di tale percorso ha l'obiettivo di eliminare la discontinuità tra i tre classici livelli assistenziali (assistenza primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera) dando origine a un continuum che include la individuazione di specifici "prodotti" (clinici e non clinici) da parte di ogni attore assistenziale (o del team di cui è componente) in rapporto all'obiettivo di salute prefissato.

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), individuata quale unità funzionale fondamentale della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, ha il compito di assicurare la "*governance clinica*" delle Cure Primarie tramite l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base (attività di diagnosi, cura, prevenzione, educazione sanitaria individuale, counseling, presa in carico delle patologie croniche, domiciliarità, ecc.) al fine di dare compiutezza all'assistenza primaria.

L'AFT può avere una sede di riferimento o diverse possibilità di articolazione organizzativa alla luce della specificità dei singoli territori, ma in ogni caso dovrà avere una sede di riferimento presso la quale decide di svolgere le funzioni di coordinamento, di audit, di formazione e di progettazione delle attività.

L'approvazione degli ACN della medicina convenzionata consente un approccio proficuo di negoziazione con i professionisti e condiziona in senso positivo il processo di riorganizzazione ad ampio raggio in ambito ATS.

In virtù di tali aspetti nelle more degli AIR, si ritiene utile l'attivazione sperimentale di almeno una AFT in ogni singolo Distretto Sanitario, così da iniziare un percorso virtuoso che ponga le basi per un vero cambiamento nel verso auspicato.

SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Strettamente legato alla riorganizzazione del settore delle cure primarie vi è anche il servizio di continuità assistenziale i cui operatori dovranno realizzare sinergie importanti con i MMG nel governo non solo della cronicità, ma anche dei bisogni a bassa e media complessità evitando che l'utente si rivolga all'Ospedale per patologie non urgenti e differibili (integrazione servizi per arco di tempo tra 16 e 24h).

Il servizio di continuità assistenziale assicura interventi domiciliari e territoriali per urgenze notturne, festive e prefestive. Il servizio è indirizzato a tutta la popolazione, appartenente ad ogni fascia di età, presente in un ambito territoriale.

Attualmente in Sardegna il servizio è articolato in 190 punti di Continuità Assistenziale e ciascun "punto guardia" opera in un preciso ambito territoriale; le dimensioni degli ambiti territoriali sono complessivamente molto ridotte, per la particolare dispersione dei centri abitati; sono presenti, infatti, 15 ambiti territoriali con popolazione inferiore a 2.000 abitanti, 30 ambiti territoriali con popolazione compresa tra i 2.000 e i 3.000 abitanti. Le prestazioni del servizio di continuità assistenziale sono realizzate da medici convenzionati con le ASSL sulla base della disciplina del Capo III dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale.

L'attuale organizzazione consta di 190 punti guardia su cui operano in media 4 medici di cui circa 720 TI e 150 TD. Il servizio è caratterizzato da un alto turnover di professionisti in particolare in alcune sedi periferiche.

La riorganizzazione del servizio 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. In una prima fase si ritiene possa essere rimodulata l'offerta concentrandola in una fascia oraria congrua rispetto alla domanda storica e individuando dei centri di assistenza per l'ambito territoriale di riferimento cui si potrà rivolgere il cittadino avendo comunque garanzia di continuità del servizio. Alla stessa stregua si ritiene che debba essere adeguata l'offerta di quelle sedi che hanno un organico "potenziato (oltre un medico per turno) ma che non hanno un volume di attività in termini quantitativi e qualitativi congruo rispetto alla dotazione di personale in servizio.

Altro aspetto da non trascurare è la possibilità di afferenza di alcune sedi "di confine di area ASSL" ad altre aree limitrofe così da garantire le maggiori sinergie possibili e l'integrazione nella rete ATS.

La partecipazione della Continuità Assistenziale alle AFT delle cure primarie offrirà opportunità e certezze agli utenti anche in termini di ampliamento dell'orario di disponibilità dei servizi (da 12 a 16 e infine a 24h) man mano che l'integrazione professionale sarà promossa e supportata da strumenti contrattuali validi e attuali.

LA MEDICINA SPECIALISTICA

La rete di offerta della medicina specialistica avviene nelle strutture del territorio prevalentemente nel setting ambulatoriale distrettuale, e in parte quale attività collaterale dell'attività di degenza rivolta in particolare ai controlli dopo dimissione o per prime visite in ambiti di specialità non presenti sull'area distrettuale, la deliberazione ATS 826/2018n prevede un maggior contributo delle strutture ospedaliere all'espletamento dell'attività di specialistica ambulatoriale. L'attività viene oggi garantita per la maggior parte da personale convenzionato mentre in alcune realtà sono presenti e integrano l'offerta anche personale dipendente. Dall'analisi dei singoli territori si evince che la medicina specialistica ambulatoriale è utilizzata in ambiti assistenziali (Consultori, NPSI, Ospedale, Cure domiciliari, UVT etc) per sopperire a carenze di organici di personale strutturato dei servizi aziendali stessi. Le principali criticità di questo setting sono:

- a) Incompleta gestione a CUP delle agende;
- b) Mancata codifica tempistica esecuzione stessa prestazione nelle diverse realtà produttive;
- c) Diversificazione fra 1ª visita e successive con conseguente distorsione liste di attesa;
- d) Processo erogativo di tipo prestazionale;

e) Scarso coinvolgimento nei PDTA;

Questi aspetti sono stati già oggetto di intervento in ambito ATS (delib. 826/2018) così da realizzare un percorso di offerta uniforme ed equo in tutto l'ambito regionale.

La Medicina specialistica è pienamente coinvolta nel processo di riorganizzazione delle cure primarie e nella presa in carico globale del malato cronico, tramite il CCM. Infatti l'integrazione tra i vari professionisti che intervengono nel processo di cura non può prescindere dall'esistenza di una rete di strutture territoriali e professionisti collegati tra loro, capaci di garantire la continuità dell'assistenza e l'effettiva presa in carico del paziente, assicurando al contempo una sinergia continua e coordinata tra ospedale e territorio.

A tale riguardo il Patto per la Salute 2014/2016 e l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni individuano una nuova configurazione strutturale dell'assistenza primaria e delle funzioni del medico in rapporto di convenzionamento con il SSN, superando le forme associative esistenti (associazione, rete, gruppo), attraverso l'istituzione di nuove forme di aggregazione strutturale (UCCP – Unità Complesse di Cure Primarie) e di aggregazione funzionale (AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali) della medicina convenzionata, integrata con il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Le AFT dei medici Specialisti ambulatoriali sono aggregazioni funzionali territoriali monoprofessionali e multidisciplinari che perseguono obiettivi di salute definiti dall'Azienda, tenuto conto della consistenza dell'offerta specialistica esistente nelle varie specialità e della potenziale domanda

Al fine di assicurare la continuità delle cure tra MMG, PLS e specialisti, le AFT degli specialisti ambulatoriali saranno individuate in coerenza con l'ampiezza territoriale dei distretti, la popolazione di riferimento, il bacino di utenza e la dislocazione delle Case della Salute e/o altri Presidi Territoriali di salute identificati.

Ciascuna Area Socio Sanitaria Locale costituirà un numero di AFT pari o inferiore al numero dei distretti afferenti a ciascuna Area, e con riferimento ad un bacino di utenza da correlare alle Case delle Salute o altri presidi territoriali di salute definiti. In caso di distretti caratterizzati da particolari peculiarità demografiche o con una popolazione superiore del 20% rispetto alla media regionale della popolazione distrettuale, è possibile prevedere la presenza di più AFT.

Tutti gli specialisti ambulatoriali e i professionisti attualmente operanti presso le ASSL fanno parte di diritto delle AFT così costituite e operano presso le sedi già indicate e per il numero di ore attribuite. Per ogni AFT è prevista la nomina di un referente, con le funzioni e caratteristiche previste dall'art. 6 dell'ACN e con le medesime modalità di individuazione.

Mentre le AFT sono disegnate come forme organizzative "mono-professionali", le UCCP costituiscono formule aggregate "multi-professionali", che integrano cioè le funzioni specialistiche in raccordo con le altre professionalità del SSN (infermieri, ostetriche, professionalità tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale e, ove previsto dei veterinari).

Proprio in ragione della loro composizione, le UCCP sono funzionalmente destinate a prendere in carico i target di popolazione a maggiore complessità assistenziale, con particolare attenzione verso il paziente cronico complesso.

Esse operano in costante coordinamento con le AFT, dando risposta a bisogni di salute complessi.

In prima applicazione, in attesa della individuazione e della costituzione delle UCCP delle cure primarie - che devono ricomprendere non solo specialisti/professionisti ambulatoriali, ma anche Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta i cui Accordi Collettivi Nazionali sono ancora in fase di definizione, professionisti dipendenti sanitari e non -, l'ATS individua nelle case della salute, nei poliambulatori, nei presidi ospedalieri e nelle altre strutture ritenute idonee, i luoghi in cui assicurare l'integrazione delle funzioni specialistiche e il raccordo con le altre professionalità del SSR. In particolare, le UCCP assicurano la presa in carico del paziente cronico, tenendo conto delle sperimentazioni di modelli organizzativi già in atto, in modo tale da ricreare all'interno di detti modelli le condizioni per la costituzione di forme organizzative delle cure primarie che soddisfino i requisiti di multi-professionalità ed erogazione previsti per le UCCP.

Sulla base del numero delle specialità e dell'offerta complessiva di ore specialistiche le strutture sono classificate in tre livelli così come definiti dalla Delibera di RAS 35/24 del 18.07.2017

1. Livello di base: presenza delle specialità di base per la presa in carico dei pazienti complessi (presa in carico della cronicità) in team di professionisti integrati secondo PAI concordati, rappresentate di norma da Cardiologia, Neurologia, Pneumologia, Diabetologia, Nefrologia, con un numero complessivo di ore fino a 60 settimanali;
2. Livello medio: presenza delle specialità del livello di base e altre specialità per le patologie in acuzie rappresentate di norma da Oculistica, ORL, Dermatologia, Ortopedia, con un numero complessivo di ore fino a 120 settimanali finalizzate a integrare attività specialistica nei team esistenti e disponibilità di ore a CUP per pazienti acuti
3. Livello avanzato: presenza delle specialità del livello di base e del livello intermedio e ulteriori branche quali di norma Geriatria, Oncologia, Radiologia, Fisiatria e altre specialità con un numero complessivo di ore superiore a 120 settimanali finalizzate a realizzare percorsi di Day Service/PAC. All'uopo l'ATS procede a individuare per le strutture territoriali il rispettivo livello così da consentire l'attivazione dei modelli di presa in carico condivisa dei pazienti cronici sulla base dei bisogni assistenziali.

Resta inteso che parallelamente è in atto la rivisitazione dell'offerta a CUP e della valutazione della produzione per branca così da realizzare comportamenti virtuosi che siano in grado di potenziare l'offerta di prime visite (contenimento liste di attesa) monitorando anche la tempistica per l'erogazione delle stesse.

Prestazioni di Spec. Ambulatoriale Per residenti in Sardegna per Branca

Prestazioni di Spec. Ambulatoriale Per residenti in Sardegna per Branca	Prestazioni 2017	Valore 2017
01 - Anestesia	56.779	€ 2.033.650
02 - Cardiologia	627.862	€ 15.491.893
03 - Chirurgia Generale	48.865	€ 1.213.208
04 - Chirurgia Plastica	22.624	€ 673.241
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	14.838	€ 422.375
06 - Dermosifilopatia	84.758	€ 1.412.014
07 - Diagnostica Per Immagini: Medicina Nucleare	16.812	€ 4.977.456
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	1.120.600	€ 57.295.563
09 - Endocrinologia	107.647	€ 1.897.447
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	88.424	€ 4.895.226

Prestazioni di Spec. Ambulatoriale Per residenti in Sardegna per Branca	Prestazioni 2017	Valore 2017
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virol.	12.260.926	€ 66.130.488
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale	2.000.054	€ 15.142.618
13 - Nefrologia	289.745	€ 42.497.539
14 - Neurochirurgia	9.575	€ 186.387
15 - Neurologia	145.486	€ 2.793.783
16 - Oculistica	295.768	€ 23.417.463
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	181.418	€ 3.785.698
18 - Oncologia	64.158	€ 845.723
19 - Ortopedia E Traumatologia	120.479	€ 3.433.323
20 - Ostetricia E Ginecologia	115.568	€ 3.176.206
21 - Otorinolaringoiatria	105.450	€ 1.590.851
22 - Pneumologia	67.437	€ 1.620.766
23 - Psichiatria	77.745	€ 1.309.425
24 - Radioterapia	130.534	€ 5.836.523
25 - Urologia	52.647	€ 2.705.448
26 - Altre Prestazioni*	1.912.467	€ 32.792.117
Totale complessivo	20.018.666	€ 297.576.429

Prestazioni per residenti nell'ASSL

Assl	n. prestazioni 2017	ab. 2017	prest. /ab.
101 - Assl Sassari	4.190.773	333.116	12,6
102 - Assl Olbia	1.385.038	160.672	8,6
103 - Assl Nuoro	2.218.494	156.096	14,2
104 - Assl Lanusei	693.574	57.185	12,1
105 - Assl Oristano	2.061.044	160.746	12,8
106 - Assl Sanluri	1.279.574	98.623	13,0
107 - Assl Carbonia	1.466.585	126.324	11,6
108 - Assl Cagliari	6.745.419	560.373	12,0
Totale complessivo	20.040.501	1.653.135	12,1

Prestazioni per residenti nei distretti

Nome Distretto	Prestazioni 2017	Valore 2017	abitanti	prestazioni per ab.
Ales - Terralba	615.069	€ 8.842.811	43.776	14,1
Alghero	589.341	€ 6.650.813	79.837	7,4
Area Ovest	1.379.044	€ 22.132.540	124.521	11,1
Cagliari Area Vasta	3.221.310	€ 52.020.985	252.582	12,8
Carbonia	868.738	€ 14.181.538	79.018	11,0
Ghilarza - Bosa	532.589	€ 7.612.464	41.464	12,8
Guspini	704.208	€ 10.319.668	54.332	13,0
Iglesias	597.847	€ 9.790.276	47.306	12,6
Macomer	323.879	€ 4.215.479	22.018	14,7
Nuoro	1.210.945	€ 15.254.396	85.545	14,2
Olbia	1.085.291	€ 15.577.209	130.456	8,3
Oristano	913.386	€ 14.024.128	75.506	12,1
Ozieri	178.644	€ 2.315.823	30.489	5,9

Nome Distretto	Prestazioni 2017	Valore 2017	abitanti	prestazioni per ab.
Quartu - Parteolla	1.252.891	€ 20.587.013	115.381	10,9
Sanluri	575.366	€ 8.774.879	44.291	13,0
Sarcidano - Barbagia Di Seulo - Trexenta	609.739	€ 8.758.033	44.528	13,7
Sarrabus - Gerrei	282.435	€ 4.446.055	23.361	12,1
Sassari	3.422.788	€ 51.834.005	222.790	15,4
Siniscola	437.213	€ 5.350.306	32.078	13,6
Sorgono	246.457	€ 3.272.608	16.455	15,0
Tempio Pausania	299.747	€ 3.327.030	30.216	9,9
Tortolì	693.574	€ 9.929.206	57.185	12,1
Totale complessivo	20.040.501	€ 299.217.263	1.653.135	12,1

Tempi d'attesa: prima disponibilità per le 43 prestazioni oggetto di monitoraggio sett. 2018

PRESTAZIONE	ASSL Sassari			ASSL Olbia			ASSL Nuoro			ASSL Lanusei		
	B	D	P	B	D	P	B	D	P	B	D	P
Visita cardiologica	0	0	13	0	0	8	0	0	13	6	10	28
Visita chirurgia vascolare				0	0	27	0	0	16	0	0	55
Visita endocrinologica	0	0	21	0	0	11	0	0	13	0	116	92
Visita neurologica	0	0	30	0	0	3	0	0	3	4	11	4
Visita oculistica	0	0	27	0	0	44	0	0	102	7	87	62
Visita ortopedica	0	0	10	0	0	5	0	0	7	2	3	3
Visita ginecologica	0	0	2	0	0	2	0	0	2	5	6	2
Visita otorinolaringoiatrica	0	0	3	0	0	10	0	0	8	7	0	40
Visita urologica	0	0	4	0	0	47	0	0	81	3	14	7
Visita dermatologica	0	0	27	0	0	9	8	0	28	5	0	7
Visita fisiatrica	0	0	14	0	0	93	0	0	9	5	0	10
Visita gastroenterologica	0	0	3				0	0	161	0	119	151
Visita oncologica	0	0	18				0	0	3	0	0	4
Visita pneumologica	0	0	3	0	0	41	0	0	23	0	0	70
Mammografia (no screening)	0	0	238				0	0	206	5	116	8
TAC Torace (s/c contrasto)	0	0	122	0	0	92	0	0	8	3	0	55
TAC Addome superiore (s/c contrasto)	0	0	133	0	0	92	0	0	8	3	0	55
TAC Addome inferiore (s/c contrasto)	0	0	133	0	0	92	0	0	8	3	0	55
TAC Capo (s/c contrasto)	0	0	133	0	0	92	0	0	8	3	0	55
TAC Addome completo (s/c contrasto)	0	0	122	0	0	92	0	0	8	3	0	55
TAC Rachide e speco vertebrale (s/c contrasto)	0	0	122	0	0	92	0	0	8	3	0	55
TAC Bacino (s/c contrasto)	0	0	3	0	0	97	0	0	8	3	0	55
RMN Cervello e tronco encefalico							0	0	34	0	0	276
RMN Pelvi, prostata e vescica							0	0	125	0	0	276
RMN Muscoloscheletrica	0	0	2				0	0	31	1	0	12
RMN Colonna vertebrale							0	0	31	0	0	276
Ecografia Capo e collo	0	0	62	0	0	150	0	0	21	3	8	13
Ecocolordoppler cardiaca	0	0	104	0	0	38	0	0	33	2	0	32
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	0	0	151	0	0	150	0	0	58	10	15	23
Ecocolordoppler dei vasi periferici	0	0	151	0	0	150	0	0	57			
Ecografia Addome	0	0	68				0	0	77	3	8	7
Ecografia Mammella	0	0	156				0	0	79	5	15	8
Ecografia Ostetrica - Ginecologica	0	0	9	0	0	2	0	0	4	3	3	2
Colonscopia (no screening)				0	0	451	0	0	357	4	0	2
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	0	0	14	0	0	451				4	0	2
Esofagogastroduodenoscopia				0	0	206	0	0	97	5	0	110
Elettrocardiogramma	0	0	30	0	0	6	0	0	4	6	10	6
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	0	0	26	0	0	15				0	0	56
Elettrocardiogramma da sforzo				0	0	27	0	0	68	0	23	6
Audiometria	0	0	3	0	0	10	0	0	13	0	0	70
Spirometria	0	0	3	0	0	4	0	0	3	5	0	6
Fondo Oculare	0	0	73	0	0	9	0	0	83	7	87	62
Elettromiografia	0	0	125				0	0	47	0	0	16

	ASSL Oristano			ASSL Sanluri			ASSL Carbonia			ASSL Cagliari		
PRESTAZIONE	B	D	P	B	D	P	B	D	P	B	D	P
Visita cardiologica	4	8	47	7	5	80	0	0	34	0	0	7
Visita chirurgia vascolare	0	0	37							0	0	31
Visita endocrinologica	6	9	2	5	10	46	0	0	86	0	0	3
Visita neurologica	3	3	3	4	9	5	0	0	14	0	0	3
Visita oculistica	3	7	42	6	8	5	0	0	127	0	0	3
Visita ortopedica	2	4	4	8	19	13	0	0	15	0	0	12
Visita ginecologica	3	3	2	4	8	1	0	0	24	0	0	1
Visita otorinolaringoiatrica	3	3	3	5	8	14	0	0	15	0	0	3
Visita urologica	0	0	44	8	18	71	0	0	3	0	0	22
Visita dermatologica	0	0	10	7	15	53	0	0	59	0	0	3
Visita fisiatrica	0	0	13	7	12	2	0	0	7	0	0	1
Visita gastroenterologica	0	0	109	7	55	2	0	0	46	0	0	83
Visita oncologica				6	10	4	0	0	9	0	0	2
Visita pneumologica	0	0	26	6	13	48	0	0	65	0	0	11
Mammografia (no screening)	0	0	2	7	27	30	0	0	81	0	0	2
TAC Torace (s/c contrasto)	0	0	9	0	0	5	0	0	83	0	0	2
TAC Addome superiore (s/c contrasto)	0	0	9	0	0	5	0	0	83	0	0	2
TAC Addome inferiore (s/c contrasto)	0	0	9	0	0	5	0	0	83	0	0	2
TAC Capo (s/c contrasto)	0	0	9	0	0	5	0	0	83	0	0	2
TAC Addome completo (s/c contrasto)	0	0	9	0	0	5	0	0	83	0	0	2
TAC Rachide e speco vertebrale (s/c contrasto)	0	0	9	0	0	5	0	0	83	0	0	2
TAC Bacino (s/c contrasto)	0	0	17	0	0	5	0	0	109	0	0	2
RMN Cervello e tronco encefalico	0	0	144	0	0	107	0	0	153	0	0	52
RMN Pelvi, prostata e vescica							0	0	153	0	0	52
RMN Muscoloscheletrica	0	0	3	0	0	107	0	5	5	0	0	2
RMN Colonna vertebrale	0	0	144	0	0	107	0	0	153	0	0	45
Ecografia Capo e collo	0	0	11	3	5	5	0	0	23	0	0	2
Ecocolor Doppler cardiaca	0	0	7	0	15	11	0	0	31	0	0	3
Ecocolor Doppler dei tronchi sovra aortici	0	0	16	7	28	16	0	0	23	0	0	17
Ecocolor Doppler dei vasi periferici	0	0	16	7	28	43	0	0	23	0	0	17
Ecografia Addome	0	0	10	7	14	16	0	0	23	0	0	2
Ecografia Mammella	0	0	7	6	14	14	0	0	26	0	0	2
Ecografia Ostetrica - Ginecologica	0	0	3	4	4	3	0	0	4	0	0	3
Colonscopia (no screening)	0	0	168	5	95	266	0	0	3	0	0	148
Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile	0	0	168	5	95	266	0	0	114	0	0	148
Esofagogastroduodenoscopia	0	0	125	0	0	61	0	0	28	0	0	94
Elettrocardiogramma	4	8	27	7	5	3	0	0	8	0	0	4
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	0	0	58	0	0	66	0	0	126	0	0	18
Elettrocardiogramma da sforzo	0	0	20				0	0	52	0	0	23
Audiometria	3	3	3	5	9	81	0	0	6	0	0	19
Spirometria	0	0	38	0	0	48	0	0	48	0	0	2
Fondo Oculare	6	12	4	0	0	61	0	0	13	0	0	3
Elettromiografia							0	0	171	0	0	70

LA CASA DELLA SALUTE

La Casa della Salute è una struttura territoriale, ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute dei cittadini.

La Casa della salute è visibile, sul territorio, come luogo fisico nel quale si concentrano una serie di servizi e di attività attualmente spesso dispersi e frammentati all'interno del territorio. Ciò la rende riconoscibile come il luogo al quale fa capo, sul territorio, la presa in carico e la continuità assistenziale, diventando punto di riferimento per i cittadini;

La Casa della Salute consente di operare garantendo servizi integrati in rete, tra sanitario e sanitario e tra sociale e sanitario.

I principali criteri organizzativi sono:

- la previsione, di norma, di almeno 1 struttura per distretto;
- la collocazione, prioritariamente, in comuni con popolazione maggiore di 10.000 abitanti e, preferibilmente, in località prive di pronto soccorso ospedalieri;
- l'erogazione di prestazioni complesse di assistenza primaria e specialistica, prestazioni ambulatoriali e domiciliari di CA e servizi clinici e amministrativi di livello distrettuale;
- la piena integrazione delle attività di continuità assistenziale nella rete integrata dei servizi distrettuali, con l'attribuzione a ciascun medico, di norma, di almeno 4 ore ulteriori per attività istituzionali non notturne;
- il forte orientamento delle attività all'effettivo potenziamento delle cure domiciliari, assicurando una risposta medico-infermieristica e specialistica H24 basata su piani personalizzati di assistenza;
- l'utilizzo di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici comuni e condivisi con tutti i professionisti che partecipano al processo di cura;
- l'informatizzazione del sistema per consentire l'interrelazione fra i professionisti sanitari, e tra questi e i nodi della rete integrata dei servizi socio-sanitari del distretto.

Possono realizzarsi vari modelli di casa della salute in stretta correlazione con i servizi presenti e con il contesto sanitario e socio assistenziale di riferimento.

Nelle case della salute infatti saranno allocati i servizi di base quali PUA e UVT, CUP, Continuità Assistenziale, Cure Primarie, Specialistica Ambulatoriale, attività di Prevenzione, Riabilitazione, ma al contempo sarà anche luogo di forte integrazione con EE.LL, Stakeolder.

La RAS ha finanziato un programma di realizzazione di nuove case della salute mentre altre sono recentemente state attivate e altre sono in fase di ultimazione.

L'ATS prevede di proseguire nella valorizzazione delle strutture già esistenti, quali Poliambulatori o strutture territoriali, trasformandole in Casa della Salute per la popolazione di riferimento allocandovi le aggregazioni di professionisti (AFT) e promuovendo la gestione integrata dei servizi sociosanitari con EE.LL.

CURE DOMICILIARI INTEGRATE E CURE PALLIATIVE

Il processo di riorganizzazione dell'assistenza prevede un ruolo principale del territorio e in particolare dell'ambito domiciliare con potenziamento della rete di offerta dei servizi del Distretto anche attraverso lo sviluppo delle cure domiciliari integrate con l'obiettivo di realizzare maggiori livelli di appropriatezza. Infatti, le cure erogate a domicilio rappresentano una valida alternativa al ricovero ospedaliero, l'opportunità per una dimissione protetta e, in alcune occasioni e forme, l'alternativa o il complemento all'assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali.

Gli obiettivi specifici del servizio di cure domiciliari integrate sono i seguenti:

- *Mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita.*
- *Organizzare al domicilio della persona piani personalizzati di assistenza sociosanitaria.*
- *Favorire i percorsi di rete realizzando sinergie con il setting ospedaliero*

Attraverso l'implementazione della rete della domiciliarità s'intende sostenere la domiciliarità nella cura e assistenza a persone non autosufficienti e "fragili" migliorando la qualità di vita degli stessi, ricercare le sinergie e le collaborazioni con i diversi soggetti del sistema sociale locale e facilitare l'implementazione dei percorsi d'assistenza sociosanitari territoriali.

Le Cure Domiciliari Integrate si rivolgono principalmente a persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, spesso con patologie croniche o cronico - degenerative:

- 1.** in condizioni di "fragilità" con limitazione dell'autonomia parziale o totale;
- 2.** affette da demenza e malattia di Alzheimer;
- 3.** in dimissione programmata da reparti ospedalieri o da altre strutture sanitarie e/o residenziali;
- 4.** con patologie oncologiche in fase avanzata e/o con patologie in fase terminale; persone non autosufficienti affette da SLA conclamata;
- 5.** con patologie HIV correlate in fase avanzata;
- 6.** non autosufficienti con disabilità complesse, con patologie croniche gravi e/o particolari condizioni di rilevanza sociale non suscettibili di miglioramenti riabilitativi.

Il Pronto Soccorso quotidianamente è il setting di riferimento per la popolazione che non trova riscontro ai propri bisogni sul territorio, tanto che una grande quota di popolazione che vi accede non ha caratteristiche di codici di gravità che ne giustifichi l'accesso. Una parte considerevole

di questa popolazione è >65anni e non dispone di contesto familiare o di rete amicale per cui l'accesso al Pronto Soccorso esita in ricoveri.

La presa in carico del paziente fragile e la continuità delle cure fra i vari setting assistenziali (percorso ospedale – territorio - domicilio H-T-D) in un territorio vasto, con bassa densità abitativa, con l'incremento della popolazione anziana e fragile, anche per il contesto socioeconomico, necessità di risposte integrate sanitarie e socio assistenziali in sinergia con l'Ente Locale.

L'attuale organizzazione delle cure domiciliari in ambito ATS è frammentaria tanto che è garantita da personale aziendale la fase di presa in carico, decodifica del bisogno, valutazione dell'istanza e predisposizione del PAI, mentre la fase erogativa delle prestazioni è in alcune ASSL esternalizzata. Infatti il supporto infermieristico, riabilitativo fisioterapico, logopedico e socio assistenziale spesso viene garantito da erogatori esterni. L'azienda eroga direttamente con proprio personale l'assistenza medico specialistica e il supporto psicologico nonché il monitoraggio dell'intero percorso di cura.

Nell'ambito delle cure palliative operano personale medico specialista in anestesia e rianimazione, medici con competenze nel campo della palliazione, internisti, oncologi, geriatri, neurologi, chirurghi, fisiatri e al bisogno sono disponibili altre specialità anche di professionisti che prestano la propria opera in ospedale.

Nelle cure di terzo livello sono presenti medici con esperienza qualificata di gestione di casi complessi, acquisita durante il percorso professionale in ambito ospedaliero, sebbene attualmente alcuni prestano la loro attività sul territorio.

Tale organizzazione non è strutturata in ambito distrettuale, salvo in qualche ASSL, per cui sono palesi gravi criticità in relazione alla continuità delle cure e all'elevato turnover che caratterizza i professionisti a tempo determinato, in un settore ove la fidelizzazione dell'operatore è elemento di compliance per il malato e l'intero nucleo familiare.

L'ATS procederà con il consolidamento dell'organizzazione dotando le UU.OO. di personale stabile e delle professionalità e specialità che consentano di erogare un'assistenza continua (compresa di pronta disponibilità) e di qualità. Sul lato invece dell'erogazione delle prestazioni infermieristiche riabilitative e di supporto socio assistenziale è opportuno procedere ad una gestione unitaria in tutto l'ambito ATS utilizzando lo strumento dell'accreditamento dell'erogatore esterno così da offrire garanzia di equità e qualità su tutto l'ambito regionale.

Al fine di consentire un buon raccordo con l'ospedale di riferimento territoriale ed evitare ricoveri ripetuti per episodi facilmente gestibili a domicilio si procederà nel corso del triennio al:

- Consolidamento della procedura di dimissione protetta dai Presidi Ospedalieri del territorio di riferimento;
- Attivazione delle equipe di Cure palliative e della pronta disponibilità infermieristica/ medico palliativista;
- Perfezionamento degli accordi con il P.O di riferimento territoriali per posizionamento dei dispositivi quali PEG, CVC, PIIC etc nei pazienti inseriti in CDI di III livello e CP e malati terminali;

Uno degli aspetti che l'ATS tende a valorizzare nell'ambito delle cure domiciliari è l'integrazione con l'Ente Locale con l'ottica di concorrere alla presa in carico delle fasce più deboli della comunità condividendo informazioni, interventi coordinati, percorsi e procedure e progetti di assistenza nonché la razionalizzazione dei costi socio-economici per le famiglie e per la comunità.

In questa direzione i Distretti Socio - Sanitari sono chiamati a realizzare importanti sinergie con i PLUS sia in termini di programmazione che di erogazione di servizi per pazienti fragili, così da consentire un livello di integrazione in grado di realizzare sinergie importanti cogliendo tutte le opportunità che si palesano per una governance della fragilità condivisa e partecipata.

NUMERO UNICO 116 -117

Il numero 116-117 è il numero unico nazionale per l'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari; concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità e la sua attivazione non è legata solo alla sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale, ma opera in raccordo con il servizio di emergenza urgenza dalle ore 24 alle ore 8 con funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità. Infatti l'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013 – *“Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”* ha fornito le indicazioni relativamente all'adozione di sistemi di ricezione delle richieste di Assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, mediante la:

- Centralizzazione almeno su base provinciale delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale;
- Condivisione con il servizio di Emergenza Urgenza delle tecnologie e integrazione con i sistemi informativi regionali, lasciando comunque distinto l'accesso degli utenti alle numerazioni 118 e alla Continuità assistenziale.

Nella prima fase è possibile prevedere l'attivazione del numero anche per aree territoriali più limitate rispetto all'intero ambito regionale. In ogni caso, per motivazioni tecniche analoghe a quelle del 118 e del NUE 112, l'ambito minimo di raccolta della chiamata è il distretto telefonico. Di conseguenza, un centro di risposta può raccogliere le chiamate di uno o più distretti telefonici, in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative della Regione.

Il servizio non deve essere, quindi, una mera sostituzione dei vari numeri utilizzati attualmente per il Servizio di Continuità Assistenziale che, per sua caratteristica, opera su archi temporali limitati, ma deve garantire a tutti i cittadini, nelle 24 ore, la possibilità di ricevere senza soluzione di continuità risposte a tutte le chiamate di cure mediche non urgenti.

L'attivazione del numero 116-117 in ambito ATS è previsto gradualmente così da consentire l'armonizzazione del percorso di riorganizzazione della rete ospedaliera, dell'urgenza emergenza e territoriale, avendo per la sua stessa natura una reale ricaduta nel sistema circolare dell'assistenza.

Si procederà individuando almeno tre aree territoriali che facciano riferimento alle due centrali operative del 118 e dopo aver selezionato e formato il personale (medico e infermieristico) da destinare alla centrale operativa, si valuterà la possibilità di aprire alle comunità locali il servizio

testandone le criticità ma anche le ricadute in termini di beneficio nel governo della domanda a bassa intensità di cura e nei rapporti con il servizio di continuità assistenziale e la rete di cure primarie e delle aggregazioni di professionisti in particolare.

LE STRUTTURE RESIDENZIALI TERRITORIALI

L'assistenza residenziale relativa alle RSA, Riabilitazione Globale ex art 26, Socio riabilitativo, Hospice e centri residenziali afferenti al DSM, fa emergere una presenza non uniforme sul territorio regionale con una forte concentrazione sulla parte meridionale della Sardegna con particolare riguardo alle ASSL di Cagliari e Carbonia Iglesias. A fronte di una programmazione regionale che ha cercato di apportare i correttivi per realizzare condizioni di presenza di strutture in modo più uniforme anche in altri territori, non si è dato seguito sia in ambito pubblico che privato a realizzare gli interventi programmati già da lungo tempo.

Infatti numerosi PL di RSA assegnati al privato / pubblico non sono stati nel tempo realizzati con una situazione che impone nuove strategie e un approccio in linea con la riorganizzazione della rete ospedaliera per acuti, così da consentire una presenza di queste strutture in modo uniforme su tutto l'ambito ATS a garanzia della presa in carico con particolare riguardo alla continuità con l'ospedale.

Si evidenzia altresì che in alcuni ambiti ASSL risultano insufficienti i posti letto a totale carico del SSR che sono quelli a garanzia delle dimissioni ospedaliere per i pazienti più complessi.

Per quanto riguarda l'Hospice molte ASSL ne sono sprovvisti determinando un ricorso inappropriato dell'ospedale in particolare allorquando il paziente non ha un contesto familiare di riferimento.

Le strutture residenziali di Riabilitazione Globale Ex 26 e quelle Socio Riabilitative sono concentrate nel meridione del territorio regionale (ASSL di Carbonia Iglesias e Cagliari), pur a fronte di una presenza nel territorio regionale di servizi ambulatoriali e domiciliari di riabilitazione ex art 26 e di centri residenziali territoriali

Anche per le strutture residenziali afferenti all'area del DSMD valgono in linea di massima le stesse considerazioni avendo una dislocazione territoriale non uniforme sul territorio regionale, mancando in alcune ASSL. Resta inteso che il ruolo dell'ATS in questo settore sarà quello di sensibilizzare la programmazione regionale nel percorrere con fermezza una ridistribuzione delle opportunità fra i singoli territori.

È auspicabile che nell'insieme dell'offerta di residenzialità assistita si sviluppi in modo omogeneo nei territori delle ASSL una rete di servizi socio-assistenziali tra cui le Comunità Integrate per Anziani, disabili e pazienti Psichiatrici nonché una rete di abitare assistito e co-housing per anziani autosufficienti.

MEDICINA PENITENZIARIA

Con il trasferimento della medicina penitenziaria al SSR, l'ATS deve garantire all'interno del setting tutte le attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

L'ATS facendo riferimento agli istituti penitenziari dei territori di riferimento delle singole realtà territoriali ha individuato un dirigente medico di riferimento che gestisce i rapporti fra Azienda e Organizzazione Penitenziaria, tuttavia l'organizzazione del lavoro risente particolarmente della precarietà del personale a tempo determinato con un alto turnover.

Una delle problematiche che l'ATS dovrà risolvere in particolare è quella della assistenza in ambito di ricovero per detenuti in regime 41/bis che nell'area del Nord Sardegna fa riferimento all'Ospedale SS Annunziata e che pertanto coinvolge l'AOU di Sassari ed eventualmente in altre ASSL se dovessero essere sede di carceri detenuti in regime speciale.

Sono già in fase di stipula i protocolli operativi di prevenzione del rischio auto lesivo e suicidario che però dovranno essere estesi e condivisi in tutti gli Istituti Penitenziari.

Pertanto oltre alla verifica puntuale delle esigenze di assistenza medico generica e specialistica l'ATS procederà a attenta verifica della congruità delle dotazioni, un ulteriore obiettivo è quello di realizzare in ambito regionale i reparti detentivi ospedalieri così da garantire in sicurezza gli interventi non eseguibili all'interno del carcere.

INTEGRAZIONE CON L'ENTE LOCALE

Il Distretto è il luogo ove si realizza l'integrazione sociosanitaria ovvero dove l'incontro del bisogno sociale e quello sanitario che genera il bisogno complesso, cui si risponde attraverso una condivisione di progettualità tra EE.LL. e ATS.

Lo strumento strategico di integrazione sono i PLUS (Piani Locali Unitari dei Servizi) che governano l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari e con le altre politiche dell'ambito territoriale.

Un percorso di programmazione che nasce dal basso e che prevede la partecipazione di tutte le risorse presenti (sociali, sanitarie, economiche, culturali, volontariato, etc.) che collaborano alla costruzione di un modello di sviluppo sociale e dei servizi alla persona nel proprio ambito territoriale. Detto percorso parte dall'individuazione dei bisogni (profilo d'ambito e partecipazione ai tavoli tematici) procede alla valutazione, organizzazione ed integrazione delle risorse e servizi dell'area sociale e sanitaria, coordinandoli con le altre politiche territoriali (politiche attive del lavoro, della formazione, dell'istruzione, politiche abitative e di gestione urbanistica e territoriale), e dovrebbe individuare le strategie ed azioni più appropriate, efficaci ed efficienti, per rispondere ai bisogni dei propri cittadini.

La programmazione d'ambito deve pertanto favorire lo sviluppo delle capacità di *governante* degli enti locali, superando la cultura campanilistica per una visione più ampia e sovra comunale che favorisca, lavorando insieme e per un unico obiettivo, maggiori opportunità di servizi, specie di quelli non gestibili da ogni singolo comune per carenza di risorse. Tramite un'adeguata programmazione di azioni condivise ed estese, infatti, si favoriscono economie, flessibilità e lo sviluppo della creatività (adattamento organizzativo) a vantaggio di un sistema di servizi più rispondente ai bisogni della propria popolazione.

Con le Comunità locali anche per il tramite dei Plus (in particolare in alcune realtà distrettuali) si condividono non solo progetti ma anche funzioni di ascolto dei bisogni della comunità, di analisi della domanda e di valutazione e progettualità della stessa.

I servizi distrettuali di assistenza integrata (PUA e UVT) infatti in stretta collaborazione con i servizi sociali dei comuni sono chiamati sempre più a riscontrare richieste di cittadini che sono in condizione di disabilità gravi o gravissime così da poter usufruire degli interventi previsti dal Fondo per la Non Autosufficienza.

È necessario un nuovo approccio del settore dell'assistenza integrata inserito nel panorama più ampio delle disabilità gravissime con strumenti di valutazione standardizzati così da consentire equità nell'accesso e nell'erogazione dei servizi. Il ruolo dell'Ente Locale è determinante e sinergico non solo nella fase di progettazione ma anche in quello propedeutico di presa in carico del bisogno e analisi e valutazione dello stesso.

Al tal fine l'ATS individua nell'ambito delle UVT almeno un'équipe dedicata per ASSL alla valutazione multidimensionale per i richiedenti i benefici del fondo della Non Autosufficienza.

L'Assistenza territoriale della Salute mentale e delle Dipendenze

I Dipartimenti di salute mentale e dipendenze (DSMD) dell'ATS operano sul territorio regionale, cercando di intercettare e rispondere ai bisogni e alla domanda di salute mentale e di dipendenze patologiche ormai in rapida evoluzione.

Nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze patologiche, l'azienda attraverso i DSMD, nel triennio, si propone di valorizzare la presa in carico del paziente con disturbi mentali, al fine di assicurare la garanzia dell'accesso, la continuità delle cure e la personalizzazione dei progetti, cercando di superare una logica prestazionale, fondata su strutture separate per funzione, e andare verso una logica primariamente fondata sull'integrazione e su programmi e servizi offerti al cittadino, vale a dire sul processo di cura e sul percorso di salute del singolo che si rivolge ai servizi di salute mentale e di dipendenze.

I Centri di salute Mentale (CSM)

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il cuore dell'attività territoriale per la salute mentale e il centro di primo riferimento per gli utenti con disagio psichico che abbiano la maggiore età. Il CSM definisce e attua programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di "rete", ed eventualmente anche ospedalieri e residenziali, nella strategia della comunità terapeutica. Il CSM svolge attività di raccordo con i Medici di Medicina Generale, svolge attività di consulenza specialistica alle strutture residenziali per anziani e per disabili, e nei presidi ospedalieri privi di un SPDC. Mette in atto consulenze anche per i servizi di confine (alcolismo, tossicodipendenze etc.). Concorde con i Comuni programmi per gli inserimenti lavorativi dei pazienti, per gli affidi etero-familiari e per l'assistenza domiciliare. Collabora con le scuole, le cooperative sociali, le associazioni di volontariato e le agenzie della rete territoriale.

Il CSM è attivo per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, 12 ore al giorno, per 5 giorni alla settimana, e nella maggior parte dei centri 6 ore nella giornata del sabato. Durante l'orario di apertura interviene nelle situazioni di urgenza e gestisce i ricoveri degli utenti, stabilendo nel più breve tempo possibile i relativi trasferimenti nelle sedi opportune (Pronto Soccorso, SPDC, altri reparti ospedalieri etc.), mentre nell'orario di chiusura le urgenze sono garantite dal 118. Al fine di garantire una presenza nei territori periferici il CSM svolge l'attività anche in ambulatori periferici, aperti con cadenza preordinata. In tali ambulatori si possono attivare laboratori terapeutici finalizzati alla realizzazione di progetti riabilitativi.

Il Servizio di Riabilitazione Psichiatrica (SRP)

Il Servizio di Riabilitazione Psichiatrica (SRP) promuove e coordina i percorsi e gli interventi su

versante riabilitativo, formativo e di reinserimento sociale in collaborazione con il sistema dei servizi dipartimentali, le cooperative sociali accreditate e le associazioni del volontariato. La Riabilitazione Psichiatrica svolge la funzione di assicurare i programmi riabilitativi finalizzati all'acquisizione e al mantenimento di abilità e competenze atte a favorire le autonomie e la cittadinanza attiva. Nella ATS sono presenti 4 SSD di Riabilitazione. Nell'Area Sud, considerata l'ampiezza del bacino di utenza (circa il 50% dell'intera popolazione di riferimento) saranno attivate due Strutture Semplici Dipartimentali di Riabilitazione Psichiatrica, una focalizzata sugli interventi residenziali e di promozione delle autonomie abitative e l'altra focalizzata sugli interventi riabilitativi in contesto territoriale e semiresidenziale.

-Area Nord Servizio Riabilitazione Psichiatrica Residenzialità e Semi-residenzialità (SRPRS)

-Area Centro Servizio Riabilitazione Psichiatrica Residenzialità e Semi-residenzialità (SRPRS)

-Area Sud Servizio Riabilitazione Psichiatrica Residenzialità (SRPR) e Servizio Riabilitazione Psichiatrica Semi-residenzialità (SRPS)

Gli SRP sono chiamati a svolgere interventi riabilitativi sia individuali che gruppal, che possono coinvolgere anche la famiglia del paziente, l'attività programmata al di là dell'orario di apertura formalizzato, tra queste le iniziative di promozione della salute mentale, atte a sviluppare una cultura di inclusione sociale e contrasto allo stigma in collaborazione con le istituzioni del territorio e le associazioni di volontariato.

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)

Gli SPDC sono strutture deputate alla gestione dei ricoveri ordinari, (sia volontari che obbligatori TSO) dei ricoveri in Day Hospital e delle attività ambulatoriali complementari alle attività svolte dai CSM. Nel triennio l'obiettivo comune dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura è quello di ridurre, per quanto possibile, la durata del ricovero ospedaliero, in linea con il principio della territorialità della cura. Il ricovero nel servizio ospedaliero infatti -sia esso con le modalità del Trattamento Sanitario Volontario o Obbligatorio- non può essere considerato alternativo o sostitutivo della presa in carico da parte delle strutture territoriali. I ricoveri programmati sono in genere concordati con i Servizi di Salute Mentale territoriali e con i Reparti Ospedalieri (se si rendono necessari trasferimenti per priorità di intervento psichiatrico), o possono essere richiesti in casi particolari dall'autorità giudiziaria (ad es. per persone che abbiano sviluppato un disturbo psichico acuto durante la detenzione o per persone imputate che necessitano di perizia psichiatrica). Questo modello organizzativo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura operante in stretto collegamento con i Centri di Salute Mentale, consente ai pazienti, anche nelle situazioni più gravi, di mantenere i contatti con il proprio ambiente per un più agevole superamento delle situazioni di crisi. Pertanto nell'ottica di rendere il ricovero in SPDC più efficace e efficiente si sta predisponendo una procedura per il ricovero e per la dimissione.

La Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)

Nei primi due anni di attività la **REMS** di Capoterra ha riconosciuto l'esigenza e l'esperienza della costante collaborazione con i Dirigenti Medici che si occupano della tutela alla Salute Mentale negli Istituti di Pena della Regione Sarda, in modo particolare con quelli che prestano servizio nella Casa Circondariale di Cagliari-Uta. Le ragioni di questa collaborazione sono molteplici, e sono da

ricercarsi non solo nel flusso di persone che dalla Casa Circondariale sono state inviate alla Rems per motivi giuridici e sanitari, ma anche per le continue occasioni di valutazione congiunta di persone a vario titolo presenti in stato d'osservazione nella Casa Circondariale. Questa collaborazione ha permesso di individuare e condividere pratiche di gestione dei casi critici, che hanno dato luogo anche a momenti di formazione comune. L'ulteriore progresso in questa direzione non può che essere rappresentato dalla costituzione di un'unica unità operativa in cui i dirigenti medici psichiatri della Rems e della Casa Circondariale condividano la gestione delle due realtà, operando sotto un'unica direzione.

Questa impostazione darebbe risposta alle complesse esigenze di gestione non solo delle persone incapaci di intendere e volere al momento del reato, ma anche al crescente bisogno di Salute Mentale presente nell'Istituto di Pena.

Nel contesto del processo di superamento degli OPG, e nel tentativo di rendere più efficiente la rete dei Servizi e delle Istituzioni che quello hanno sostituito, gli obiettivi per il triennio della REMS sono finalizzati a garantire la copertura dei turni diurni sia in Rems che in Casa Circondariale, anche attraverso il meccanismo della reperibilità (durante il giorno il personale in servizio nella Rems è reperibile per le esigenze della Casa Circondariale nei periodi nei quali in essa non sono presenti Dirigenti, e viceversa) e alla copertura dei turni di reperibilità notturna e festiva della Rems, alla istituzione di un percorso di formazione continua che deve coinvolgere il personale sanitario della Rems e della Casa Circondariale.

4) Istituzione di una attività di formazione rivolta agli operatori dei DSMD e agli esponenti dell'Autorità Giudiziaria, in grado di dare informazione sull'evoluzione del processo di superamento degli OPG, sui risultati conseguiti e sugli obiettivi da raggiungere.

5) Collaborazione con gli operatori dei DSMD e con l'Autorità Giudiziaria nell'organizzazione dei percorsi di cura individualizzati per i sofferenti mentali autori di reato.

6) Collaborazione con gli operatori degli altri Istituti di Pena al fine di individuare in essi le più efficaci risposte alle esigenze di Salute Mentale.

Il Servizio di Psichiatria Forense Territoriale

Il Servizio di Psichiatria Forense Territoriale deve svolgere la sua attività operativa per la tutela della salute mentale e dei diritti dei cittadini affetti da disturbo psicopatologico autori o vittime di reato. In tal senso, esso si pone tra esigenze giudiziarie (del Tribunale e del pz.) e tutela della salute mentale, mediando col Magistrato il diritto-dovere alla cura da parte dell'autore di reato. Nel Sud Sardegna l'attività è integrata nella rete assistenziale dell'ASSL di Cagliari in stretta collaborazione con tutti gli operatori del DSMD e con tutti i Servizi socio-sanitari operanti sul territorio.

L'attività nei confronti del Tribunale è codificata da apposita Convenzione stipulata con gli Uffici Giudiziari di Cagliari e copre il Territorio della Corte d'Appello di Cagliari (che comprende le ASSL 6, 7, 8). Il SPF che sorgerà nel Nord Sardegna potrà avvalersi nella sua istituzione dell'esperienza e del modello organizzativo, ormai consolidato, del servizio attivo nel Sud Sardegna. Gli obiettivi per il triennio sono sintetizzabili in tre punti:

- 1) Promozione e sviluppo di apposite Linee Guida (in collaborazione col Tribunale di Cagliari e con l'Assessorato alla Sanità) concernenti metodologia degli accertamenti

peritali, modalità di coordinamento con tutti gli operatori competenti sul territorio per l'individuazione e messa in atto di specifici programmi terapeutici nei confronti di autori di reato infermi di mente.

2) Coordinamento e condivisione di programmi e progetti nell'ambito di una collaborazione tra il S.P.F.T di Cagliari e quelli della zona centro-nord Sardegna.

3) Formazione di possibili operatori in ambito regionale.

IL Centro Disturbi Psichiatrici Correlati all'Alcool

Il Centro Disturbi Psichiatrici Correlati all'Alcool garantirà, per tutto il territorio del DSMD dell'area sud un unico sistema di accesso e presa in carico degli utenti e delle famiglie sia con problemi alcol-correlati che di gioco d'azzardo patologico e/o in comorbidità psichiatrica, grazie al coordinamento delle attività e delle funzioni già svolte nella sede operativa di Via Romagna, Cagliari, ed esplicitate sino ad ora anche negli ambulatori periferici di Muravera e Senorbì che andranno ad essere implementate con nuove sedi. Il Centro per il Trattamento dei Disturbi Psichiatrici correlati ad Alcol e Gioco d'Azzardo Patologico è un'Unità Operativa Complessa afferente al Dipartimento di Salute Mentale cui afferisce tutto il bacino di utenza aziendale.

Esso è dotato anche di un ambulatorio (con valenza di DH territoriale) aperto 12 ore al giorno, escluso il sabato e la domenica, finalizzato agli interventi di disintossicazione rapida, di stabilizzazione degli episodi astinenziali non complicati e al trattamento di quei casi di lieve-moderato scompenso psichico in comorbidità. Il Centro propone un programma di cura integrato di farmacoterapia e supporti psico-terapeutici e psico-sociali individuali e di gruppo, compresi quelli familiari.

Eroga trattamenti ad alta intensità assistenziale per pazienti con bere problematico, alcolismo primitivo e alcolismo in Doppia Diagnosi, in modo coordinato e di lunga durata (18 mesi) e per persone con Disturbo da Gioco d'Azzardo in comorbidità o meno con altri disturbi psichiatrici e per i quali è stato predisposto un programma sia a valenza psicoeducazionale che psicoterapeutica di gruppo della durata di 18 mesi in completa aderenza a quanto previsto dallo specifico progetto Ministeriale

I Servizi di psicologia

Il Servizio di psicologia, presente in ognuno dei tre dipartimenti, nasce con la finalità di garantire un'omogeneità nei protocolli operativi nell'intera area di competenza, individuerà procedure comuni condivise relative alla presa in carico clinica, la psicodiagnosi, i processi di consulenza, cura, riabilitazione, prevenzione, verifica dei risultati (outcome). Avrà una funzione organizzativa relativamente ad attività di ricerca, formazione, tutoring tirocini, miglioramento continuo della qualità. Eserciterà un raccordo tra le strutture territoriali, ospedaliere e con la SSD di Psicologia in staff alla Direzione e all'Areus relativamente alla sicurezza degli operatori, alla prevenzione dello stress lavoro correlato, alla gestione del benessere organizzativo e del clima lavorativo.

I servizi per le Dipendenze

L'attività dei Servizi per le Dipendenze è volta a garantire la prevenzione primaria e secondaria, la diagnosi, la cura e la riabilitazione di persone affette da dipendenze patologiche quali le dipendenze da uso di sostanze, e le dipendenze comportamentali. La prevenzione primaria si svolge prevalentemente negli istituti scolastici del territorio sia attraverso interventi

psicoeducazionali e di peer education nelle classi, sia attraverso centri di informazione e consulenza rivolti agli studenti all'interno delle scuole secondarie superiori, sia attraverso la formazione dei docenti da parte di esperti nel programma europeo UNPLUGGED. La prevenzione secondaria e terziaria oltre a svolgersi all'interno dei Servizi per le Dipendenze, può interessare anche gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e tutti quelli specialistici che in seno alla loro attività entrano in contatto con un'utenza affetta da problematiche di dipendenza. Nei Servizi per le Dipendenze operano equipe multidisciplinari costituite da medici, psicologi, infermieri professionali, assistenti sociali ed educatori atte ad elaborare progetti terapeutico-riabilitativi e di riverbero sociale da svolgersi sia a livello ambulatoriale che domiciliare, semiresidenziale e residenziale. La diagnosi e la cura delle persone affette da dipendenza avviene attraverso:

- Analisi delle condizioni cliniche, socio-sanitarie e psicologiche della persona affetta da dipendenza e successiva presa in carico sia dell'utente che, eventualmente, della famiglia;
- Controlli clinici e di laboratorio necessari per accertare lo stato di dipendenza;
- Elaborazione di un programma farmacologico e diagnosi delle patologie in atto, con particolare riguardo all'individuazione precoce di quelle correlate allo stato di dipendenza;
- Predisposizione, attuazione e verifica di un programma terapeutico e socio-riabilitativo.

I Servizi per le Dipendenze garantiscono inoltre l'assistenza sanitaria ai detenuti affetti da dipendenze patologiche; anche in corso di detenzione la cura e la riabilitazione devono essere orientate alla costruzione di alternative alla carcerazione.

Nell'area delle dipendenze patologiche saranno presenti sette strutture complesse e due strutture semplici dipartimentali.

Verrà attivato un tavolo di discussione regionale che avrà come finalità quella di ridefinire le linee guida per l'elaborazione di progetti terapeutico-riabilitativi da svolgersi in un contesto residenziale. Si deve tener conto che gli inserimenti in Comunità avvengono sempre più frequentemente su richiesta della Magistratura come misura alternativa alla detenzione; spesso ciò avviene per mancanza di risorse e di interventi sociali alternativi alla residenzialità. Altresì l'art. 113 del DPCM 309/90 sancisce la libertà di scelta del luogo di trattamento di ogni singolo utente. Il gruppo di lavoro costituito dovrà trovare soluzioni atte a migliorare l'integrazione tra i Servizi delle Dipendenze e le comunità, stilando anche dei protocolli d'intesa sia con il Tribunale Ordinario che di Sorveglianza, sia con i Servizi Sociali. Un altro dato rilevante è l'aumento della presa in carico di adolescenti abusatori di sostanze illegali e psicotrope, per cui sarà necessario elaborare protocolli d'intervento con i Servizi di Neuropsichiatria Infantile e con i Consultori Familiari al fine di individuare percorsi condivisi sia in ambito ambulatoriale che residenziale.

Si attiverà un gruppo per la progettazione di:

- 1) Interventi alternativi ai percorsi residenziali quali la realizzazione di un centro per la gestione della crisi, sia di natura medica che sociale, finalizzato quindi all'accoglienza di pazienti per un tempo necessario a raggiungere un equilibrio fisico e/o sociale utile a proseguire le attività terapeutico-riabilitative in un contesto semiresidenziale o ambulatoriale;
- 2) Sviluppo di percorsi semiresidenziali da realizzarsi in centri;
- 3) Attivazione di nuclei operativi nel territorio (Unità di Strada).

Infine verrà posta particolare attenzione alla definizione di un protocollo operativo utile

all'elaborazione di percorsi di cura rivolti a persone con problemi di doppia diagnosi che vedrà coinvolti in sinergia anche i Centri di Salute Mentale del territorio.

I servizi di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza

L'ATS prevede nel territorio regionale quattro servizi di **NPIA**. Una linea di intervento del Dipartimento Salute Mentale per il triennio, anche in considerazione del passaggio dei servizi di NPIA dall'ambito distrettuale a quello del DSMD, dovrà riguardare la tematica dell'integrazione tra l'ambito della neuropsichiatria e psicologia dell'età evolutiva e la psichiatria e psicologia dell'età adulta.

È noto come patologie che manifestano la loro piena sintomatologia in età adulta possano avere il loro esordio in età evolutiva, o come condizioni più tipiche dell'età evolutiva possano essere fattori predisponenti per successive patologie in età adulta. La tematica della continuità assistenziale assume, quindi, una valenza strategica, non solo per garantire all'utente e alla sua famiglia un percorso privo di discontinuità concettuali, metodologiche e operative, quando non anche veri vuoti assistenziali, ma anche per un miglioramento culturale e professionale degli operatori, prospettico e retrospettivo rispetto agli utenti e ai loro bisogni assistenziali. Sarà pertanto necessario l'elaborazione di un progetto di condivisione – continuità tra i due ambiti, prendendo le mosse da quanto sino ad ora elaborato dai servizi, che diventi strumento operativo e culturale condiviso all'interno della ATS.

Le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza sono strutture operative interdisciplinari, deputate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e/o psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza (da 0 a 18 anni) e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione (psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettiva, relazionale e sociale). Hanno quindi come competenza specifica lo studio dello sviluppo complessivo del bambino e delle interferenze di eventi patogeni su di esso.

Un sistema di servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, integrato e completo sia in termini di professionalità (Neuropsichiatria Infantile, Psicologo, Terapista della Neuropsicomotricità per l'età evolutiva, Pedagogista/Educatore, Logopedista, Assistente Sociale) che in termini di strutture, è fondamentale affinché l'assistenza possa essere erogata in modo adeguato, garantendo la qualità necessaria ed evitando duplicazioni di interventi.

In considerazione, delle previsioni dell'atto aziendale, le linee progettuali per il triennio della NPIA si sviluppano su quattro principali direttrici:

- definizione di Principi e Procedure attinenti ad ambiti comuni di intervento e al passaggio dai servizi per l'età evolutiva e l'età adulta;
- Codifica di PDTA condivisi per la gestione clinica degli utenti;
- Uniformità nei criteri di accesso ai servizi territoriali di NPIA;
- Ridefinizione di obblighi e rapporti con i servizi esterni alla realtà ATS, specificamente Servizi Sociali dell'Ente locale, Giustizia Minorile, Scuola. La ricaduta sui servizi di NPIA di obblighi derivati da richieste di tali soggetti è rilevante, anche in questo caso non solo per l'impatto diretto sul versante assistenziale ma anche per l'impegno indiretto in termini di partecipazione ad udienze, incontri con corpo docente etc. Sono stati definiti accordi o

protocolli in precedenza gestiti dalle Provincie o da singole Aziende, e si ravvisa, anche in questo caso, la necessità di maggiore uniformità sul territorio regionale.

Al fine di definire una procedura di passaggio dei minori con patologia psichiatrica o Disturbo dello Spettro Autistico che transitano dalle UONPIA ai CSM secondo gli intenti e le Raccomandazioni del Piano d'Azione Nazionale della Salute mentale (PANSM) dovrà essere dettagliata una procedura che prende il nome di Percorso di transizione minore-adulto e la relativa scheda informativa di passaggio. Nel corso del triennio si prospetta l'adozione di linee guida per la riabilitazione in ambito NPIA, con la condivisione di uno schema di Progetto programma da estendere e condividere progressivamente anche con i centri privati convenzionati.

A.3 Area dell'Assistenza Ospedaliera

1. Il contesto di riferimento e l'offerta di prestazioni e servizi sul territorio

La dinamica della popolazione residente in un determinato territorio e le sue componenti naturali, quali il numero delle nascite e dei decessi, costituiscono un'importante spia della sua vitalità demografica e socio-economica di un paese.

TASSO DI MORTALITÀ

Il tasso di mortalità rappresenta il più solido degli indicatori epidemiologici, che ben si presta a confronti di vario tipo.

ANNO	2016	2015	2014
Territorio			
Italia	10,15	10,7	9,3
Sardegna	<u>9,75</u>	10	9,8
Sassari	10,47	9,9	9,7
Nuoro	10,89	10,9	10,4
Cagliari	8,72	9,2	8,4
Oristano	11,18	11,8	10,8
Olbia-Tempio	8,48	8,2	7,7
Ogliastra	10,08	11	9,8
Medio Campidano	10,46	11,4	9,9
Carbonia-Iglesias	10,08	10,6	9,9

Elaborazione dati Istat

Il Tasso di mortalità a livello regionale è inferiore di 0.4 punti rispetto a quello nazionale, tuttavia l'analisi tra le diverse provincie evidenzia un tasso di mortalità decisamente superiore a quello nazionale soprattutto con riferimento alla provincia di Oristano che presenta il più alto tasso di mortalità con un valore pari a 11.18%, seguito dalla provincia di Nuoro con un tasso pari al 10.89%; le provincie che presentano il più basso tasso di mortalità sono Olbia con un valore pari a 8.48% e Cagliari con un valore pari a 8.72%.

La rivoluzione epidemiologica che si è verificata nel XX secolo, ove il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e l'introduzione di terapie e farmaci efficaci nella cura delle malattie infettive hanno contribuito alla drastica diminuzione del picco di mortalità per le cause infettive. Attualmente, infatti, le malattie cardio-vascolari sono la principale causa di morte nella popolazione generale, seguite dai tumori, dalle malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente ed infine dalle malattie infettive.

La descrizione della mortalità per causa rappresenta pertanto un elemento di grande importanza per la conoscenza dello stato di salute di una popolazione.

TERRITORIO	SARDEGNA		
ANNO	2015		
Causa iniziale di morte - European Short List	Maschi	Femmine	TOTALE
alcune malattie infettive e parassitarie	214	188	402
tubercolosi	7	5	12
aids (malattia da hiv)	21	8	29
epatite virale	54	45	99
altre malattie infettive e parassitarie	132	130	262
tumori	2824	2149	4973
tumori maligni	2709	2036	4745
di cui tumori maligni delle labbra, cavità orale e faringe	76	31	107
di cui tumori maligni dell'esofago	53	14	67
di cui tumori maligni dello stomaco	108	82	190
di cui tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	321	255	576
di cui tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	177	91	268
di cui tumori maligni del pancreas	186	195	381
di cui tumori maligni della laringe	54	2	56
di cui tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	697	186	883
di cui melanomi maligni della cute	20	11	31
di cui tumori maligni del seno	4	397	401
di cui tumori maligni della cervice uterina	..	17	17
di cui tumori maligni di altre parti dell'utero	..	82	82
di cui tumori maligni dell'ovaio	..	70	70
di cui tumori maligni della prostata	202	..	202
di cui tumori maligni del rene	68	31	99
di cui tumori maligni della vescica	121	32	153
di cui tumori maligni del cervello e del sistema nervoso centrale	66	52	118
di cui tumori maligni della tiroide	4	9	13
di cui morbo di hodgkin e linfomi	73	59	132
di cui leucemia	118	59	177
di cui altri tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico	33	51	84
di cui altri tumori maligni	328	310	638
tumori non maligni (benigni e di comportamento incerto)	115	113	228
malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	41	59	100
malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	345	401	746
diabete mellito	234	259	493
altre malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	111	142	253
disturbi psichici e comportamentali	249	428	677
demenza	211	401	612
abuso di alcool (compresa psicosi alcolica)	13	5	18
dipendenza da droghe, tossicomania	7	..	7
altri disturbi psichici e comportamentali	18	22	40
malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	328	466	794
morbo di parkinson	79	77	156

TERRITORIO	SARDEGNA		
ANNO	2015		
Causa iniziale di morte - European Short List	Maschi	Femmine	TOTALE
malattia di alzheimer	141	272	413
altre malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	108	117	225
malattie del sistema circolatorio	2497	2753	5250
malattie ischemiche del cuore	793	638	1431
di cui infarto miocardico acuto	358	262	620
di cui altre malattie ischemiche del cuore	435	376	811
altre malattie del cuore	624	724	1348
malattie cerebrovascolari	638	782	1420
altre malattie del sistema circolatorio	442	609	1051
malattie del sistema respiratorio	677	521	1198
influenza	9	18	27
polmonite	122	139	261
malattie croniche delle basse vie respiratorie	362	215	577
di cui asma	4	10	14
di cui altre malattie croniche delle basse vie respiratorie	358	205	563
altre malattie del sistema respiratorio	184	149	333
malattie dell'apparato digerente	380	310	690
ulcera dello stomaco, duodeno e digiuno	6	15	21
cirrosi, fibrosi ed epatite cronica	129	46	175
altre malattie dell'apparato digerente	245	249	494
malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	8	23	31
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	40	88	128
artrite reumatoide a osteoartrosi	8	38	46
altre malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	32	50	82
malattie dell'apparato genitourinario	144	194	338
malattie del rene e dell'uretere	116	169	285
altre malattie dell'apparato genitourinario	28	25	53
complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	..	1	1
alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	4	4	8
malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	16	19	35
sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	137	274	411
cause sconosciute e non specificate	28	15	43
altri sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	109	259	368
cause esterne di traumatismo e avvelenamento	482	282	764
accidenti	327	244	571
di cui incidenti di trasporto	97	18	115
di cui cadute accidentali	61	41	102
di cui annegamento e sommersione accidentali	19	3	22
di cui avvelenamento accidentale	19	4	23
di cui altri incidenti	131	178	309
suicidio e autolesione intenzionale	132	31	163
omicidio, aggressione	17	2	19
altre cause esterne di traumatismo e avvelenamento	6	5	11
TOTALE	8386	8160	16546

Dall'analisi dei dati relativi alle cause di mortalità si osserva che le due principali cause di morte, sia tra gli uomini che tra le donne, si confermano essere le malattie del sistema circolatorio ed i tumori; la terza causa di morte per entrambi i sessi è invece costituita dalle malattie dell'apparato respiratorio.

È importante sottolineare come gli andamenti epidemiologici favorevoli osservati in questi ultimi anni, e correlati all'impatto di specifiche misure di prevenzione o di assistenza, continueranno probabilmente a produrre i loro benefici anche nel prossimo futuro: la diminuzione della mortalità per alcune patologie (es. tumore del polmone per un aumento della cessazione dell'abitudine al fumo), l'aumento del tasso di copertura vaccinale tra i bambini e gli anziani, la diminuzione del tasso di infortuni sul lavoro, la diminuzione del tasso di incidentalità stradale (grazie ad esempio all'introduzione della patente a punti), la diminuzione della mortalità per AIDS, etc.

Mortalità evitabile

Il concetto di mortalità riconducibile ai servizi sanitari o Amenable Mortality (AM) è stato di recente riportato all'attenzione come potenziale strumento per la valutazione della qualità e dell'efficacia dei sistemi sanitari e per monitorarne i cambiamenti nel tempo. La "mortalità riconducibile alle cure sanitarie" è definita come "decessi considerati prematuri, che non dovrebbero verificarsi in presenza di cure efficaci e tempestive" o come "morti attribuibili" a condizioni per le quali esistono interventi diagnostico-terapeutici e di prevenzione secondaria efficaci, che potrebbero prevenire "morti premature". Questo concetto trova la sua origine nell'evoluzione del concetto di "mortalità evitabile" sviluppato negli anni Settanta e che fa riferimento a cause di morte che rispondono ad azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria (come, ad esempio, il tumore al polmone, la cirrosi etc.). Tale indicatore è stato utilizzato per valutare la performance dei servizi sanitari di 31 Paesi aderenti all'Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) negli anni 2006-2007, l'Italia presenta il terzo migliore risultato secondo entrambe le liste di causa di morte proposte da Nolte e McKee e Tobias e Yeh. A livello italiano, un recente studio ha analizzato le differenze regionali della mortalità riconducibile ai servizi sanitari e ne ha valutato la validità convergente con alcuni indicatori di salute e socio-economici ad un livello sub-nazionale.

Tasso di mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari

$$\frac{\text{Numeratore Decessi per età e cause specifiche}^{**} \times 100.000}{\text{Denominatore Popolazione media residente}}$$

**Selezionate dalla lista di Nolte e McKee.

Validità e limiti.

Un limite è dato dalla scelta delle cause di morte da prendere in considerazione. La lista di mortalità riconducibile ai servizi sanitari va continuamente aggiornata perché, grazie ai progressi in campo medico e tecnologico, alcune patologie possono diventare da incurabili, curabili o prevenibili. Per questa ragione non è appropriato fare confronti per lunghi periodi di tempo. Il fatto che il tasso di mortalità riconducibile ai servizi sanitari non sia aggiustato per la prevalenza

nella popolazione delle patologie prese in considerazione può essere considerato un ulteriore limite. Differenze di prevalenza tra zone geografiche potrebbero dare differenze nel valore di AM non dovute alla qualità delle cure; in Italia si evidenzia, piuttosto, una relazione inversa fra la prevalenza di patologia oncologica e l'AM facendo ipotizzare che più numerosi sono i casi trattati più possono potenzialmente migliorare l'expertise dei professionisti e l'organizzazione dei servizi. Infine, tale indicatore non prende in considerazione come outcome il miglioramento della qualità della vita, ma solo l'aspettativa di vita. Per valutare in modo completo un sistema sanitario bisognerebbe possedere indicatori capaci di valutare anche i miglioramenti ottenuti in termini di qualità della vita. Secondo la definizione di Eurostat la mortalità trattabile (amenable) e quella prevenibile (preventable) sono dimensioni diverse della mortalità evitabile (avoidable): una morte è considerata evitabile se, alla luce di conoscenze mediche e tecnologia oppure della comprensione delle determinanti della salute al momento della morte, tutte o la maggior parte delle morti per questa causa (applicando limiti di età se appropriato) potrebbero essere evitate attraverso cure sanitarie di buona qualità (trattabili) o interventi di sanità pubblica nel senso più ampio (prevenibili). *Fonte dati: Rapporto MEV(i) 2018.*

Mortalità evitabile per provincia e genere ANNO 2015

Mortalità evitabile totale (TD), di cui trattabile (AD) o prevenibile (PD)

- Decessi 0-74 anni – Giorni perduti std pro-capite

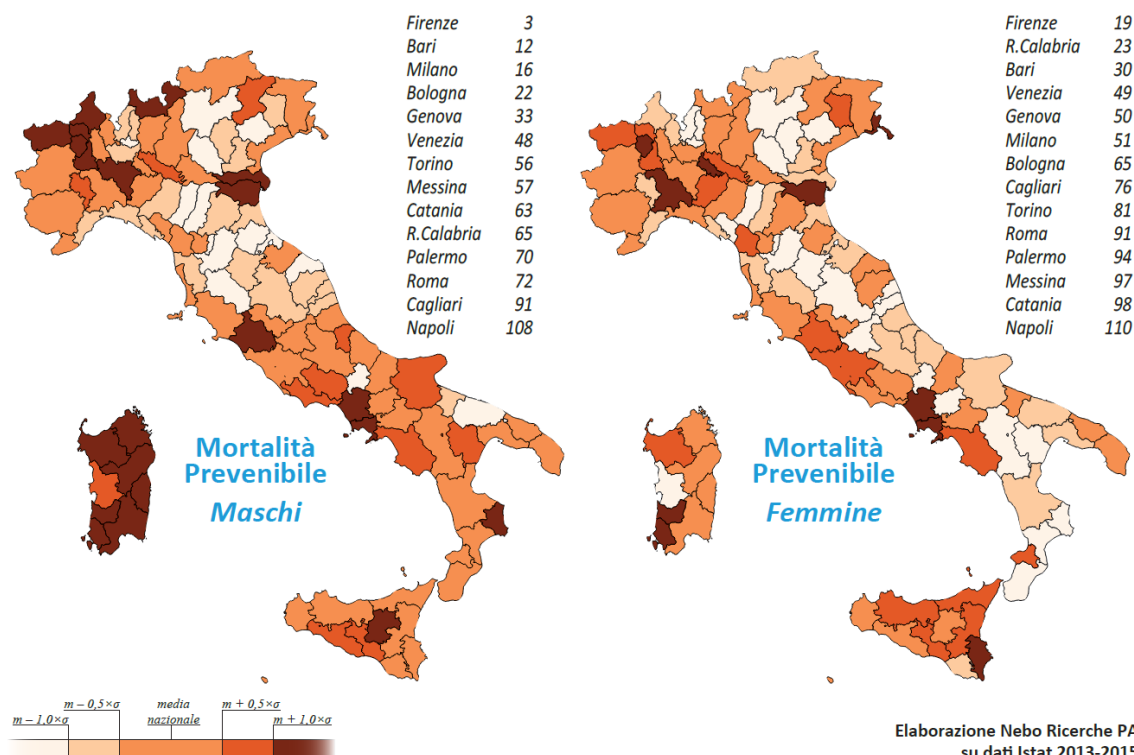
In parentesi è riportato il posizionamento rispetto alle sole cause trattabili (AD) o prevenibili (PD)

Maschi				Femmine			
Regione	TD	AD (pos)	PD (pos)	Regione	TD	AD (pos)	PD (pos)
Italia	23,4	11,36	18,5	Italia	13,42	8,95	10,16
Sardegna	26,6	11,28 (13)	21,99 (19)	Sardegna	13,48	9,12 (12)	10,48 (14)

Maschi				Femmine			
ASSL	TD	AD (pos)	PD (pos)	ASSL	TD	AD (pos)	PD (pos)
Oristano	24,7	10,95 (55)	19,99 (84)	Oristano	11,86	8,64 (51)	9,03 (14)
Ogliastra	25,1	8,07 (1)	22,16 (103)	Ogliastra	12,86	9,14 (69)	10,33 (70)
Cagliari	25,4	10,99 (57)	20,64 (91)	Nuoro	13,13	8,78 (57)	10,53 (79)
Olbia-Tempio	25,8	11,06 (59)	21,69 (100)	Cagliari	13,45	8,84 (60)	10,41 (76)
Sassari	27,8	11,71 (69)	23,41 (109)	M. Campidano	13,57	9,48 (80)	11,24 (101)
Carbonia I	27,8	11,72 (70)	22,85 (105)	Sassari	13,65	8,89 (61)	10,73 (89)
Nuoro	29	12,29 (79)	23,20 (106)	Olbia-Tempio	14,24	10,18 (96)	10,37 (72)
M. Campidano	29,6	12,03 (76)	25,19 (110)	Carbonia I	14,69	10,09 (94)	11,50 (103)

Tra parentesi il Ranking tra le province Italiane (si noti che per la mortalità evitabile prevenibile nel sesso maschile le province sarde sono tra le peggiori in Italia)

L'indicatore adottato per la classifica, i giorni perduti per mortalità evitabile pro-capite, è calcolato tenuto conto della distanza fra l'età alla morte e la speranza di vita alla medesima età (stimata al netto dei decessi evitabili): ciò consente di confrontare territori e cause attribuendo agli eventi un peso maggiore al diminuire dell'età alla morte.



I dati riportati sono del rapporto Mev(i) 2018 su dati Istat 2015 (Nebo Ricerche PA)

TASSO DI ABORTIVITA'

I dati di abortività sono stati raccolti dal Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle IVG, che vede impegnati l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Ministero della Salute e l'Istat da una parte, le Regioni e le Province autonome dall'altra. Il monitoraggio avviene a partire dai modelli D12 dell'Istat che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento. L'Istat ha avviato due nuove rilevazioni, una sugli aborti spontanei e una sulle interruzioni volontarie della gravidanza. La prima ha come campo di osservazione solo i casi di aborto spontaneo per i quali si sia reso necessario il ricovero in istituti di cura sia pubblici che privati. Gli aborti spontanei non soggetti a ricovero, quali ad esempio gli aborti che si risolvono senza intervento del medico o che necessitano di sole cure ambulatoriali, non vengono rilevati. La rilevazione è effettuata a mezzo del modello Istat D.11. Esso è individuale e anonimo e contiene informazioni sulle caratteristiche sociodemografiche della donna e sulle caratteristiche dell'aborto.

Tasso di abortività totale (rispetto alle donne residenti di età 15-49 anni) - valori per 1000			
PERIODO	2014	2015	2016
Territorio di residenza			
Sardegna	<u>199</u>	190	196

Elaborazione dati Istat

Tutti gli indicatori confermano il trend in diminuzione: il tasso di abortività (numero di IVG per 1000 donne tra 15 e 49 anni), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza del ricorso all'IVG, è stato 199 per 1000 nel 2014 e 196 per mille nel 2016 con riduzione pari al 2%. I tassi di abortività più elevati sono fra donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni.

ABORTI SPONTANEI - DIMISSIONI RISPETTO AL LUOGO DI RESIDENZA DELLA DONNA

ANNO	2016										
Età e classe di età	non indicato	fino a 14 anni	15-19 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	40-44 anni	45-49 anni	50 anni e più	TOTALE
Territorio											
Italia	86	21	876	3.657	8.893	15.219	18.509	12.808	1.424	87	61.580
Sardegna	5	0	24	99	197	416	688	564	66	3	2.062
Sassari	0	0	5	21	37	77	137	95	17	1	390
Nuoro	0	0	2	13	23	48	63	44	10	0	203
Cagliari	5	0	6	38	65	140	230	225	16	0	725
Oristano	0	0	2	5	10	20	64	35	4	1	141
Olbia-Tempio	0	0	3	10	26	52	77	70	5	0	243
Ogliastra	0	0	1	4	7	11	22	20	4	0	69
Medio Campidano	0	0	1	3	18	37	49	27	5	0	140
Carbonia-Iglesias	0	0	4	5	11	31	46	48	5	1	151

Elaborazione dati Istat

INTERRUZIONI VOLONTARIE DELLA GRAVIDANZA

ANNO	2016										
Età e classe di età	non indicato	fino a 14 anni	15-19 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	40-44 anni	45-49 anni	50 anni e più	TOTALE
Territorio di residenza											
Italia	30	165	6275	14675	17314	18188	17724	9562	911	30	84874
Sardegna	9	6	140	309	349	402	371	231	17	2	1836
Sassari	1	2	24	79	85	88	84	52	4	0	419
Nuoro	0	1	4	21	32	25	31	18	0	0	132
Cagliari	8	2	61	102	131	162	144	89	7	1	707
Oristano	0	0	9	24	21	24	27	19	4	0	128
Olbia-Tempio	0	1	16	39	34	58	46	23	0	0	217
Ogliastra	0	0	9	11	8	6	10	10	1	1	56
Medio Campidano	0	0	5	12	20	16	12	9	0	0	74
Carbonia-Iglesias	0	0	12	21	18	23	17	11	1	0	103

Elaborazione dati Istat

Primi 30 DRG erogati per residenti in regione Sardegna

Numero di Dimessi per DRG e Tipo Erogatore- Regime Ricovero - anno 2017				ATTIVITA' PER RESIDENTI														
				ATS Totale			AO PUBBLICHE Totale			PRIVATI Totale			MOBILITA' EXTRA REGIONE			ATTIVITA' PER RESIDENTI - TOTALE		
DRG	DESCRIZIONE	TIPO DRG	Alto rischio inappr. in Regime ordinario	ORD	DH	ATS Totale	ORD	DH	AO Totale	ORD	DH	PRIVATI Totale	ORD	DH	MOBILITA' EXTRA REGIONE Totale	ORD	DH	Totale
42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	C	SI	28	1.734	1.762	596	4.954	5.550	115	532	647	84	46	130	823	7.266	8.089
391	NEONATO NORMALE	-		4.366	0	4.366	2.598	0	2.598	505	0	505	84	0	84	7.553	0	7.553
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	M	SI	101	1.901	2.002	990	2.210	3.200	85	1.293	1.378	216	103	319	1.392	5.507	6.899
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	M		3.442	1	3.443	2.006	0	2.006	241	0	241	109	0	109	5.798	1	5.799
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	C		825	781	1.606	731	1.043	1.774	588	725	1.313	143	548	691	2.287	3.097	5.384
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	C	SI	631	1.093	1.724	195	363	558	933	1.034	1.967	27	44	71	1.786	2.534	4.320
87	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	M		2.490	29	2.519	1.586	2	1.588	76	8	84	71	2	73	4.223	41	4.264
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	M		2.378	12	2.390	1.396	2	1.398	234	1	235	55	6	61	4.063	21	4.084
395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17	M	SI	1.608	895	2.503	566	660	1.226	132	29	161	19	35	54	2.325	1.619	3.944
39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	C	SI	4	3.037	3.041	137	159	296	15	86	101	21	22	43	177	3.304	3.481
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	M	SI	411	1.354	1.765	318	229	547	460	436	896	155	93	248	1.344	2.112	3.456
544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	C		1.107	0	1.107	250	0	250	1.638	0	1.638	361	0	361	3.356	0	3.356
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	C	SI	493	1.097	1.590	359	673	1.032	40	530	570	22	83	105	914	2.383	3.297
183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELLAPPARATO DIGERENTE, ETA	M	SI	1.651	100	1.751	899	13	912	113	237	350	74	25	99	2.737	375	3.112
503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIA. PRINC. DI INFEZIONE	C	SI	147	495	642	75	55	130	1.246	913	2.159	117	53	170	1.585	1.516	3.101
371	PARTO CESAREO SENZA CC	C		1.560	0	1.560	1.201	0	1.201	249	0	249	74	0	74	3.084	0	3.084
316	INSUFFICIENZA RENALE	M		1.167	376	1.543	1.213	59	1.272	61	8	69	48	13	61	2.489	456	2.945
430	PSICOSI	M		1.507	4	1.511	438	157	595	394	1	395	144	22	166	2.483	184	2.667
89	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	M		1.456	5	1.461	803	0	803	83	0	83	45	0	45	2.387	5	2.392
576	SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA >=96 ORE. ETÀ > 17 ANNI	M		1.425	5	1.430	893	1	894	14	0	14	44	0	44	2.376	6	2.382
169	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	C	SI	72	91	163	40	1.473	1.513	45	597	642	19	10	29	176	2.171	2.347
14	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CELEBRALE	M		1.199	6	1.205	1.040	0	1.040	31	0	31	40	1	41	2.310	7	2.317
404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	M	SI	151	701	852	313	887	1.200	8	1	9	17	10	27	489	1.599	2.088
494	COLECISTECT. LAPAR. SNZ. ESP. DOTTO COM. SNZ. CC	C		860	93	953	555	55	610	452	0	452	54	1	55	1.921	149	2.070
364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	C	SI	105	767	872	76	314	390	37	732	769	9	19	28	227	1.832	2.059
256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	M	SI	54	35	89	30	49	79	1.509	4	1.513	268	55	323	1.861	143	2.004
311	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	C		669	174	843	328	56	384	603	16	619	90	6	96	1.690	252	1.942
12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	M		580	131	711	446	50	496	528	1	529	149	34	183	1.703	216	1.919
225	INTERVENTI SUL PIEDE	C		222	421	643	50	44	94	743	173	916	209	50	259	1.224	688	1.912
203	NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	M		603	157	760	765	65	830	32	1	33	78	64	142	1.478	287	1.765

Consumo di farmaci (spesa netta) pro capite

La Legge n. 232/2016 (Legge di Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017)

ha definito all'articolo 1, commi 398 e 399, i due nuovi tetti della spesa farmaceutica a partire dall'anno 2017, mantenendo invariate le risorse complessive pari al 14,85% del FSN.

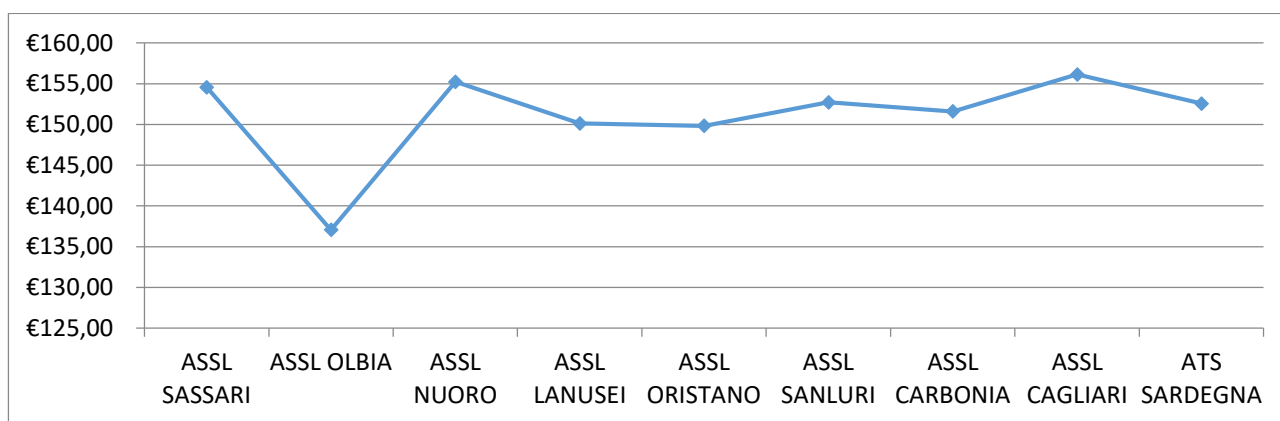
In particolare la legge di Bilancio 2017 ha così disposto:

- "comma 398: a decorrere dall'anno 2017, il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera di cui all'articolo 5, comma 5, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, è calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89 per cento. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti»;
- "comma 399. Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal comma 398, il tetto della spesa farmaceutica territoriale, di cui all'articolo 5 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, è rideterminato nella misura del 7,96 per cento. Conseguentemente il tetto della spesa farmaceutica territoriale assume la denominazione di «tetto della spesa farmaceutica convenzionata».

Inoltre la stessa Legge di Bilancio 2017 ha istituito a decorrere dal 1° gennaio 2017, nello stato di previsione del Ministero della Salute un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi non oncologici, con una dotazione di 500 milioni di euro annui. Le regioni Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Sardegna e le province autonome di Bolzano e Trento non aderiscono al fondo per farmaci innovativi Non Oncologici e Oncologici.

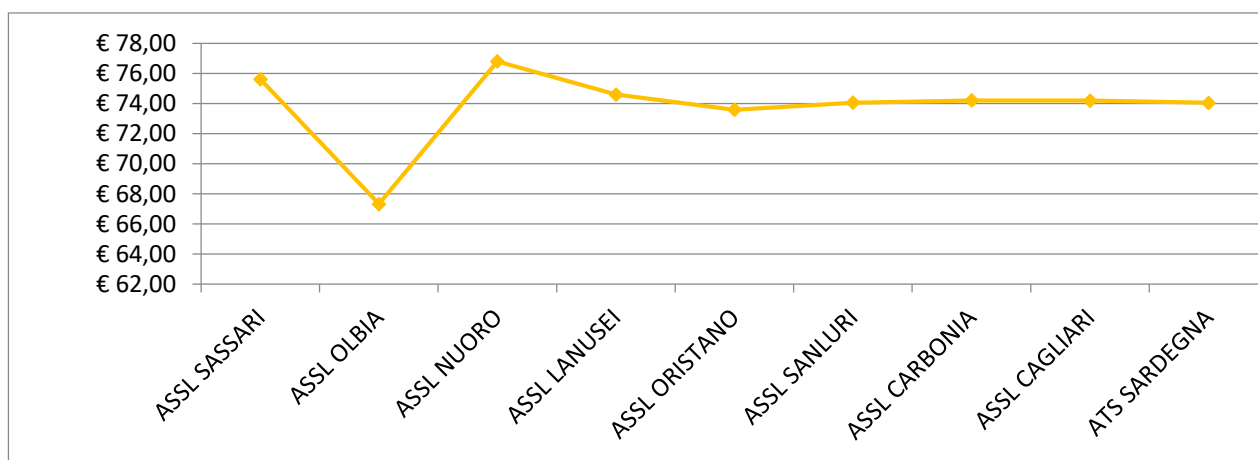
La spesa farmaceutica convenzionata netta a carico del SSR nell'anno **2017**, calcolata al netto degli sconti, della compartecipazione totale (compartecipazione al prezzo di riferimento) e del pay-back 1,83% versato alle Regioni dalle aziende farmaceutiche, si è attestata a **257.749.747,22 euro**, con una percentuale del FSR del **8,24%** rispetto al tetto programmato della spesa farmaceutica convenzionata che è di **7,96%**.

SPESA NETTA PRO CAPITE FARMACEUTICA CONVENZIONATA ANNO 2017					
ASSL	RESIDENTI	POPOLAZIONE NORMALIZZATA (ITALIA =1)	NETTO SSN	SPESA NETTA PRO CAPITE	SPESA NETTA PRO CAPITE POPOL NORMALIZZATA
ASSL SASSARI	333.116	339.560	€ 52.483.501,53	€ 157,55	€ 154,56
ASSL OLBIA	160.672	152.812	€ 20.945.939,87	€ 130,36	€ 137,07
ASSL NUORO	156.096	161.041	€ 24.999.812,58	€ 160,16	€ 155,24
ASSL LANUSEI	57.185	58.609	€ 8.798.758,08	€ 153,86	€ 150,13
ASSL ORISTANO	160.746	175.257	€ 26.257.889,93	€ 163,35	€ 149,83
ASSL SANLURI	98.623	104.673	€ 15.984.534,62	€ 162,08	€ 152,71
ASSL CARBONIA	126.324	135.771	€ 20.583.500,44	€ 162,94	€ 151,60
ASSL CAGLIARI	560.373	561.657	€ 87.695.810,17	€ 156,50	€ 156,14
ATS SARDEGNA	1.653.135	1.689.380	€ 257.749.747,22	€ 155,92	€ 152,57



L'analisi del trend relativo all'anno **2018** concernente la spesa farmaceutica convenzionata netta a carico del SSR, calcolata al netto degli sconti, della compartecipazione totale (compartecipazione al prezzo di riferimento) e del pay-back 1,83% versato alle Regioni dalle aziende farmaceutiche, conferma i dati del 2017. In particolar modo si rileva un dato di spesa di **125.104.943,00 euro**, con una percentuale del FSR del **8,04%** rispetto al tetto programmato della spesa farmaceutica convenzionata che è di **7,96%**. Nella tabella seguente si riportano i dati di spesa netta pro capite di ciascuna area socio sanitaria relativi al **1° semestre 2018** e calcolati considerando sia la popolazione residente che quella pesata.

SPESA NETTA PRO CAPITE FARMACEUTICA CONVENZIONATA 1 ° SEMESTRE 2018					
ASSL	RESIDENTI	POPOLAZIONE NORMALIZZATA (ITALIA =1)	NETTO SSN	SPESA NETTA PRO CAPITE	SPESA NETTA PRO CAPITE POPOLAZIONE NORMALIZZATA
ASSL SASSARI	333.116	339.560	€ 25.678.787,00	€ 77,09	€ 75,62
ASSL OLBIA	160.672	152.812	€ 10.287.247,00	€ 64,03	€ 67,32
ASSL NUORO	156.096	161.041	€ 12.368.833,00	€ 79,24	€ 76,81
ASSL LANUSEI	57.185	58.609	€ 4.372.333,00	€ 76,46	€ 74,60
ASSL ORISTANO	160.746	175.257	€ 12.896.582,00	€ 80,23	€ 73,59
ASSL SANLURI	98.623	104.673	€ 7.751.784,00	€ 78,60	€ 74,06
ASSL CARBONIA	126.324	135.771	€ 10.075.449,00	€ 79,76	€ 74,21
ASSL CAGLIARI	560.373	561.657	€ 41.673.928,00	€ 74,37	€ 74,20
ATS SARDEGNA	1.653.135	1.689.380	€ 125.104.943,00	€ 75,68	€ 74,05



I dati di **spesa farmaceutica per acquisti diretti** nell'anno 2017 hanno riportato uno scostamento del **9,97%**, rispetto al tetto programmato di **6,89%** sul FSR, pari in valore assoluto a **€ 92.378.000,00**.

	A	B	C	D	E	F	G=C-D-E-F	H=G-B	I=G/A%
Regione	FSN Gen-Dic 2017	Tetto 6,89%	Spesa tracciabilità* (SOLO A e H - Colonne B e C Tab.10ter)	Payback**	Spesa per farmaci innovativi Non Oncologici al netto dei Payback ***	Spesa per farmaci innovativi Oncologici al netto dei Payback	Spesa Acquisti diretti (#)	Scostamento assoluto (#)	Inc. %
SARDEGNA #	2.997.511.652	206.528.553	353.056.255	38.542.334	4.217.407	11.389.689	298.906.826	92.378.273	9,97%

Le macro voci costituenti questo tetto di spesa sono rappresentate dai farmaci oggetto della distribuzione in nome e per conto (DPC), farmaci oggetto della distribuzione diretta e dai farmaci di utilizzo ospedaliero. Nella tabella seguente si riportano i dati di spesa netta pro capite concernenti la DPC, di ciascuna area socio sanitaria, relativi all'anno 2017 e calcolati considerando sia la popolazione residente che quella pesata.

SPESA NETTA PRO CAPITE DPC - ANNO 2017 -					
ASSL	RESIDENTI	POPOLAZIONE NORMALIZZATA (ITALIA =1)	NETTO SSN	SPESA NETTA PRO CAPITE	SPESA NETTA PRO CAPITE POPOL NORMALIZZATA
ASSL SASSARI	333.116	339.560	€ 12.072.026,41	€ 36,24	€ 35,55
ASSL OLBIA	160.672	152.812	€ 5.036.586,00	€ 31,35	€ 32,96
ASSL NUORO	156.096	161.041	€ 4.860.500,53	€ 31,14	€ 30,18
ASSL LANUSEI	57.185	58.609	€ 2.346.103,65	€ 41,03	€ 40,03
ASSL ORISTANO	160.746	175.257	€ 5.849.304,58	€ 36,39	€ 33,38
ASSL SANLURI	98.623	104.673	€ 3.483.924,36	€ 35,33	€ 33,28
ASSL CARBONIA	126.324	135.771	€ 5.276.360,92	€ 41,77	€ 38,86
ASSL CAGLIARI	560.373	561.657	€ 21.124.394,74	€ 37,70	€ 37,61
ATS SARDEGNA	1.653.135	1.689.380	€ 60.049.201,19	€ 36,32	€ 35,55

Per quanto concerne i dati di spesa farmaceutica per acquisti diretti relativi all'anno 2018, si evidenzia un focus relativo al 1° semestre, da cui evincere un trend annuale. Nel periodo gennaio-giugno 2018 è stato rilevato uno scostamento del **11,27%**, rispetto al tetto programmato di **6,89%** sul FSR, pari in valore assoluto a **€ 66.276.026,00**.

SPESA ACQUISTO FARMACI	ATS 1° Sem 2018	ATS 1° Sem 17
Acquisti di medicinali per DPC, Distribuzione diretta, Impiego ospedaliero	€ 123.202.134	€ 125.547.735

Le macro voci costituenti questo tetto di spesa sono rappresentate dai farmaci oggetto della distribuzione in nome e per conto (DPC), farmaci oggetto della distribuzione diretta e dai farmaci di utilizzo ospedaliero. Nella tabella seguente si riportano i dati di spesa netta pro capite concernenti la DPC, di ciascuna area socio sanitaria, relativi al 1° semestre 2018 e calcolati considerando sia la popolazione residente che quella pesata.

SPESA NETTA PRO CAPITE DPC - 1° SEMESTRE 2018 -					
ASSL	RESIDENTI	POPOLAZIONE NORMALIZZATA (ITALIA =1)	NETTO SSN	SPESA NETTA PRO CAPITE	SPESA NETTA PRO CAPITE POPOL NORMALIZZATA
ASSL SASSARI	333.116	339.560	€ 6.093.553,00	€ 18,29	€ 17,95

SPESA NETTA PRO CAPITE DPC - 1 ° SEMESTRE 2018 -					
ASSL	RESIDENTI	POPOLAZIONE NORMALIZZATA (ITALIA =1)	NETTO SSN	SPESA NETTA PRO CAPITE	SPESA NETTA PRO CAPITE POPOLAZIONE NORMALIZZATA
ASSL OLBIA	160.672	152.812	€ 2.571.840,00	€ 16,01	€ 16,83
ASSL NUORO	156.096	161.041	€ 2.539.326,00	€ 16,27	€ 15,77
ASSL LANUSEI	57.185	58.609	€ 1.207.642,00	€ 21,12	€ 20,61
ASSL ORISTANO	160.746	175.257	€ 2.833.846,00	€ 17,63	€ 16,17
ASSL SANLURI	98.623	104.673	€ 1.731.060,00	€ 17,55	€ 16,54
ASSL CARBONIA	126.324	135.771	€ 2.566.923,00	€ 20,32	€ 18,91
ASSL CAGLIARI	560.373	561.657	€ 10.131.636,00	€ 18,08	€ 18,04
ATS SARDEGNA	1.653.135	1.689.380	€ 29.675.826,00	€ 17,95	€ 17,57

L'OFFERTA DI PRESTAZIONI E SERVIZI SUL TERRITORIO

L'Azienda Tutela per la Salute provvede all'erogazione dei Servizi Sanitari nel territorio di sua competenza, attraverso i propri servizi o attraverso l'acquisto di prestazioni da strutture pubbliche o private accreditate.

L'ATS assicura attualmente l'erogazione delle prestazioni di ricovero attraverso:

- **n°22 Strutture di ricovero pubbliche**
- **n°8 Strutture di ricovero private.**

Area Socio Sanitaria Locale	Codice Struttura	Denominazione Presidio Ospedaliero pubblico	Posti letto DO	Posti letto DH
ASSL di Sassari N° 3 Presidi	200002	p.o.civile alghero	136	13
	200003	p.o.civile ozieri	92	14
	200008	p.o. marino alghero	35	13
ASSL di Olbia N° 3 Presidi	200006	p.o. paolo dettori - tempio p.	129	12
	200011	p.o. paolo merlo la maddalena	30	5
	200012	p.o. giovanni paolo ii olbia	164	15
ASSL di Nuoro N° 3 Presidi	200017	p.o. san francesco	355	53
	200018	p.o. c. zonchello	26	5
	200020	p.o. san camillo	33	4
ASSL di Lanusei N° 1 Presidio	200019	p.o. nostra signora della mercede'	106	6
ASSL di Oristano N° 3 Presidi	200021	p.o. a.g. mastino' - bosa	39	1
	200052	p.o. san martino' - oristano	203	33
	200053	p.o. g.p. delogu' - ghilarza	32	3
ASSL di Sanluri N° 1 Presidio	200034	p.o. n.s. di bonaria	210	12
ASSL di Carbonia N° 3 Presidi	200028	p.o. sirai	126	20
	200029	p.o. santa barbara	4	17
	200030	p.o. cto	94	6
ASSL di Cagliari N° 5 Presidi	200022	p.o. s. giuseppe	25	3
	200025	p.o. r. binaghi	23	7
	200026	p.o. marino	122	6
	200031	p.o. ss. trinita'	302	22
	200035	p.o. san marcellino	32	4
ATS Sardegna – Totale N. Presidi: 22				

Fonte dati: NSIS MOD. HSP. 11 e HSP.12 - Strutture di ricovero pubbliche Anno 2017

Area Socio Sanitaria Locale	Codice struttura	Denominazione Presidio Ospedaliero privato	Posti letto DO	Posti letto DH
ASSL di Sassari N° 1 Presidio	200013	POLICLINICO SASSARESE SPA	109	2
ASSL di Lanusei N° 1 Presidio	200023	CLINICA TOMMASINI SPA	50	8
ASSL di Oristano N° 1 Presidio	200054	C.C. 'MADONNA DEL RIMEDIO' - ORISTANO	177	12
ASSL di Cagliari N° 5 Presidi	200040	CASA DI CURA S. ANNA s.r.l.	68	6
	200042	CASA DI CURA S. ANTONIO S.p.A.	200	5
	200044	CASA DI CURA VILLA ELENA	69	1
	200045	NUOVA CASA DI CURA S.R.L.	75	11
	200056	KINETIKA SARDEGNA	204	1
ATS Sardegna – Totale N. Presidi: 8				

Fonte: NSIS MOD. HSP. 11 e HSP. 13 - Strutture di ricovero private Anno 2017

STATO DELL'ARTE SULL'ACCREDITAMENTO

Accreditamento Privato:

ASSL	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	ACCREDITAMENTO TOTALE/PARZIALE	DATA ACCREDITAMENTO	ULTIMO PROVV. SU ACCREDITAMENTO
LANUSEI	200023	CLINICA TOMMASINI SPA	PRIVATA	DEFINITIVO	919 DEL 08/08/2014 578 DEL 09/06/2016 (RIMODULAZIONE PRESTAZIONI)	RINNOVO ACCREDITAMENTO DEFINITIVO DET. N. 681 del 12/07/2018
SASSARI	200013	POLICLINICO SASSARESE SPA	PRIVATA	ACCREDITAMENTO PROVVISORIO	822 DEL 09/08/2018	DINIEGO ACCRED. DEFINITIVO CON DET. N. 951 DEL 18/09/2018; AVVIO PROCEDIMENTO DI REVOCA ACCR. PROVV. CON DET. 991 del 25/09/2018;
CAGLIARI	200042	CASA DI CURA S. ANTONIO S.p.A.	PRIVATA	TRANSITORIO	393 DEL 06/05/2017	AL MOMENTO OPERA IN REGIME DI ACCR. PROVVISORIO (INSERITA IN ELENCO DI CUI ALLA DET 393 DEL 06/05/2017)
CAGLIARI	200044	CASA DI CURA VILLA ELENA	PRIVATA	PROVVISORIO	234 DEL 16/03/2018	DET. 234 DEL 16/03/2018 PROROGA ACCR. TEMPORANEO PER 24 MESI
CAGLIARI	200040	CASA DI CURA S. ANNA s.r.l.	PRIVATA	TRANSITORIO	1400 DEL 18/12/2017	DET. N. 1400 DEL 18/12/2017 _ACCREDITAMENTO TEMPORANEO (12 MESI)
ORISTANO	200054	C.C. 'MADONNA DEL RIMEDIO' - ORISTANO	PRIVATA	PROVVISORIO	393 DEL 9/5/2017	AL MOMENTO OPERA IN REGIME DI ACCR. PROVVISORIO (INSERITA IN ELENCO DI CUI ALLA DET 393 DEL 06/05/2017)
CAGLIARI	200056	KINETIKA SARDEGNA	PRIVATA	DEFINITIVO	8 DEL 12/01/2017	DET. N. 8 DEL 12/01/2017 ACCRE. DEFINITIVO DEGENZA+AMBULATORIALE+RIMODULAZIONE SPECIALISTICA; DET. N. 140 DEL 01/03/2017 CHE RETTIFICA GLI ALLEGATI A, B, C, DELLA DET. N. 8 DEL 12/01/2017, RIMANGONO INVARIATI I TERMINI E SCADENZE PRECEDENTE PROVVEDIMENTO
CAGLIARI	200045	NUOVA CASA DI CURA S.R.L.	PRIVATA	DEFINITIVO	270 DEL 10/04/2017	DETERMINA N. 768 DEL 21/07/2015 (rimodulazione prestazioni di specialistica)

Accreditamento Pubblico:

ASSL	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	ACCREDITAMENTO TOTALE/ PARZIALE	REGIME ACCREDITAMENTO DEFINITIVO/ TEMPORANEO	U.O. e DATA ULTIMO ACCREDITAMENTO	DATA ULTIMA RICHIESTA ACCRED. (PER STRUTTURE NON ANCORA ACCRED.)
CAGLIARI	200022	P.O. S.GIUSEPPE	PUBBLICA	Parziale	Temporaneo	Centro raccolta sangue 30/01/2017	
CAGLIARI	200025	P.O. R. BINAGHI	PUBBLICA	Parziale	Temporaneo	Risonanza Magnetica 20/04/2015	
CAGLIARI	200026	P.O. MARINO	PUBBLICA	Parziale	Temporaneo	Medicina Iperbarica 19/04/2017	
CAGLIARI	200031	P.O. SS. TRINITA'	PUBBLICA	Parziale	Temporaneo	Lab Analisi 03/05/2016	
CAGLIARI	200035	P.O. SAN MARCELLINO	PUBBLICA	Parziale	Temporaneo	Centro raccolta sangue 30/01/2017	
CARBONIA	200028	P.O.SIRAI	PUBBLICA	parziale	temporaneo	Centro trasfusionale 24/05/2018	
CARBONIA	200029	P.O.SANTA BARBARA	PUBBLICA	parziale	temporaneo	Centro raccolta sangue 24/05/2018	
CARBONIA	200030	P.O.CTO	PUBBLICA	parziale	temporaneo	Otorino, Sala Operatoria Otorino monospecialistica Ottobre 2006	
LANUSEI	200019	P.O. 'NOSTRA SIGNORA DELLA MERCEDE'	PUBBLICA	Parziale	Temporaneo	Blocco operatorio Cardiologia - Utic Centro Trasfusionale Dialisi Ostetricia-Ginecologia, Blocco Parto Laboratorio analisi Pediatría DH - Oncologia Emodinamica	
NUORO	200017	P.O. SAN FRANCESCO	PUBBLICA	PARZIALE	TEMPORANEO	MEDICINA TRASFUSIONALE	RICHIESTA PROROGA ACCREDITAMENTO IN DATA 16/05/2018
NUORO	200017	P.O. SAN FRANCESCO		PARZIALE	DEFINITIVO (Prot. RAS 11748 del 02/05/2017)	AUTOEMOTECNA NUORO	
NUORO	200017	P.O. SAN FRANCESCO	PUBBLICA	PARZIALE	TEMPORANEO	AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI N. 12 POSTI LETTO DI TERAPIA INTENSIVA (Delib.n. 30718 del 05/12/2013)	
NUORO	200017	P.O. SAN FRANCESCO	PUBBLICA	PARZIALE	DEFINITIVO IN CORSO	RIANIMAZIONE, CARDIOLOGIA, UTIC ED EMODINAMICA	
NUORO	200018	P.O. C. Zonchello	PUBBLICA				

ASSL	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	ACCREDITAMENTO TOTALE/ PARZIALE	REGIME ACCREDITAMENTO DEFINITIVO/ TEMPORANEO	U.O. e DATA ULTIMO ACCREDITAMENTO	DATA ULTIMA RICHIESTA ACCRED. (PER STRUTTURE NON ANCORA ACCRED.)
NUORO	200020	P.O. San Camillo	PUBBLICA	PARZIALE	TEMPORANEO	CENTRO RACCOLTA SANGUE	RICHIESTA PROROGA ACCREDITAMENTO IN REGIME TEMPORANEO IN DATA 16/05/2018
OLBIA	200006	P.O. PAOLO DETTORI - TEMPIO P.	PUBBLICA				
OLBIA	200011	P.O. PAOLO MERLO LA MADDALENA	PUBBLICA				
OLBIA	200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	PUBBLICA				
ORISTANO	200021	P.O. 'A.G. MASTINO' - BOSA	PUBBLICA				
ORISTANO	200052	P. OSPEDALIERO 'SAN MARTINO' - ORISTANO	PUBBLICA				
ORISTANO	200053	P. OSPEDALIERO 'G.P. DELOGU' - GHILARZA	PUBBLICA				
SANLURI	200034	PRESIDIO OSPEDALIERO N.S. DI BONARIA	PUBBLICA				
SASSARI	200002	OSPEDALE CIVILE ALGHERO	PUBBLICA				
SASSARI	200003	OSPEDALE CIVILE OZIERI	PUBBLICA				
SASSARI	200008	OSPEDALE MARINO ALGHERO	PUBBLICA				
NUORO	200020	P.O. San Camillo	PUBBLICA	PARZIALE	DEFINITIVO	AUTOEMOTECNA	RICHIESTA RINNOVO ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEFINITIVO PRESENTATA IN DATA 23/05/2017 Prot. RAS 13608
OLBIA	200006	P.O. PAOLO DETTORI - TEMPIO P.	PUBBLICA	PARZIALE Parziale	Temporaneo Definitivo	Unità Organizzativa Trasfusionale 10.01.18 Unità raccolta mobile 05.07.17	
OLBIA	200011	P.O. PAOLO MERLO LA MADDALENA	PUBBLICA	PARZIALE	Definitivo	Camera Iperbarica 16.01.15	
OLBIA	200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	PUBBLICA	PARZIALE PARZIALE	Definitivo Definitivo	Servizio Trasfusionale Aziendale (STA) 30.06.15 Unità raccolta mobile 05.07.17	

ASSL	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	ACCREDITAMENTO TOTALE/ PARZIALE	REGIME ACCREDITAMENTO DEFINITIVO/ TEMPORANEO	U.O. e DATA ULTIMO ACCREDITAMENTO	DATA ULTIMA RICHIESTA ACCRED. (PER STRUTTURE NON ANCORA ACCRED.)
OLBIA	200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	PUBBLICA				Anestesia/Rianimazione 23.11.15 Angiografia e radiologia interventistica 27.2.15 Blocco Operatorio 04.12.15 Chirurgia generale 01.07.15 Endoscopia 10.02.16 Emodinamica 02.03.18 Farmacia Ospedaliera 05.10.15 Laboratorio Analisi 28.12.15 Medicina generale 28.12.15 Nefrologia/Dialisi 30.11.15 Oncologia medica 28.09.15 Ortopedia e traumatologia 04.08.15 Ostetricia/Ginecologia 20.07.15 Pediatrica/Nido 06.08.15 Pronto Soccorso/OBI 24.03.16 Radiologia/RMN 17.06.15 Risonanza Magnetica Nucleare aperta 1 tesla 04.07.16 Servizio di Anatomia Patologica 30.12.16 Servizio di Neurologia 22.09.15 Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura 27.10.15 Specialistica Ambulatoriale ospedaliera 03.11.15 Utic/Cardiologia 18.09.15
OLBIA	200006	P.O. PAOLO DETTORI - TEMPIO P.	PUBBLICA				
OLBIA	200011	P.O. PAOLO MERLO LA MADDALENA	PUBBLICA				
OLBIA	200012	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	PUBBLICA				
ORISTANO	200021	P.O. 'A.G. MASTINO' - BOSA	PUBBLICA				
ORISTANO	200052	P. OSPEDALIERO 'SAN MARTINO' - ORISTANO	PUBBLICA	Parziale	Temporaneo Temporaneo Definitivo Temporaneo	- DEA - 12/02/2018 - CENTRO DIALISI AD ASSISTENZA DECENTRATA e UNITÀ OPERATIVA DI NEFROLOGIA - 12/02/2018 - SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE - 06/09/2017 Punto Prelievi 6/09/2017 - AUTOEMOTECA - 05/07/2017 - RIABILITAZIONE INTENSIVA COD. 75 - 06/07/2017	

ASSL	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipo struttura	ACCREDITAMENTO TOTALE/ PARZIALE	REGIME ACCREDITAMENTO DEFINITIVO/ TEMPORANEO	U.O. e DATA ULTIMO ACCREDITAMENTO	DATA ULTIMA RICHIESTA ACCRED. (PER STRUTTURE NON ANCORA ACCRED.)
ORISTANO	200053	P. OSPEDALIERO 'G.P. DELOGU' - GHILARZA	PUBBLICA	Parziale	Definitivo	U.O. RADIOLOGIA E TAC - 19/02/2016	
SANLURI	200034	PRESIDIO OSPEDALIERO N.S. DI BONARIA	PUBBLICA	Parziale	Temporaneo	- RMN 22/11/2016 - Punto raccolta servizio trasfusionale 12/10/2016	
SASSARI	200002	OSPEDALE CIVILE ALGHERO	PUBBLICA	Parziale	Temporaneo	SSD Servizio Trasfusionale: Accredimento Definitivo 12 mesi - Det. RAS n.888 del 06.09.2017 - Scadenza 30.06.2018.	
SASSARI	200003	OSPEDALE CIVILE OZIERI	PUBBLICA	Parziale	Temporaneo	SSD Servizio Trasfusionale: Accredimento definitivo 12 mesi - Det. RAS n.889 del 06.09.2017 - Scadenza 30.06.2018	
SASSARI	200008	OSPEDALE MARINO ALGHERO	PUBBLICA	Parziale	Temporaneo	RISONANZA MAGNETICA: Accredimento definitivo sub condizione per 12 mesi - Det. RAS 245 del 23.05.2016.	

Numero e importo delle prestazioni ospedaliere stratificando per disciplina alla dimissione e regime¹: da strutture pubbliche per residenti (produzione);

Numero di Dimessi e importo per Regime, Disciplina e Tipo Erogatore - anno 2017		ATTIVITA' PER RESIDENTI							
		Numero Dimessi				Importo			
		ATS		AO PUBBLICHE		ATS		AO PUBBLICHE	
Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	ORD	DH	ORD	DH	ORD	DH	ORD	DH
1	Allergologia	0	0	0	570	0	0	0	726.087
2	Day hospital	0	0	0	518	0	0	0	2.713.888
7	Cardiochirurgia	0	0	827	0	0	0	13.895.747	0
8	Cardiologia	2.345	426	3.898	626	10.305.323	915.062	20.696.336	1.299.484
9	Chirurgia generale	11.629	3.984	8.303	1.934	33.054.280	5.844.581	30.706.940	2.720.054
10	Chirurgia maxillo facciale	298	77	202	1.642	620.494	38.775	892.343	3.158.783
11	Chirurgia pediatrica	30	262	784	374	53.115	415.962	1.411.790	410.891
12	Chirurgia plastica	0	0	280	412	0	0	881.534	892.570
13	Chirurgia toracica	0	0	448	0	0	0	1.886.121	0
14	Chirurgia vascolare	300	36	1.107	71	1.695.211	67.580	6.103.935	137.400
18	Ematologia	504	1.314	673	1.368	4.955.802	4.010.286	8.431.126	3.298.665
19	Malattie endocrine,del ricambio e della nutrizione	0	0	74	104	0	0	142.137	41.387
21	Geriatrics	3.002	99	1.166	0	6.983.748	72.704	3.248.706	0
24	Malattie infettive e tropicali	1.117	1.554	321	140	3.519.446	1.522.755	1.118.003	162.045
26	Medicina generale	22.623	2.324	12.660	505	59.498.802	7.372.432	36.085.201	619.884
28	Unità spinale	70	19	0	0	1.945.221	37.078	0	0
29	Nefrologia	355	483	566	0	1.308.373	950.837	2.082.052	0
30	Neurochirurgia	856	69	1.472	8	4.970.843	70.586	9.914.010	8.456
31	Nido	4.481	0	2.676	0	3.111.562	0	1.582.597	0
32	Neurologia	2.255	1.081	3.106	451	6.159.426	1.367.064	9.490.934	674.772
33	Neuropsichiatria infantile	0	0	491	1.072	0	0	1.069.501	628.333
34	Oculistica	241	5.461	1.026	5.902	555.281	7.380.785	1.793.871	10.687.498
35	Odontoiatria e stomatologia	0	0	0	198	0	0	0	221.458
36	Ortopedia e traumatologia	9.144	2.674	1.786	431	34.936.976	3.873.038	8.886.074	541.942
37	Ostetricia e ginecologia	9.800	3.469	7.199	2.697	17.637.695	3.945.659	14.850.351	3.558.785
38	Otorinolaringoiatria	2.394	413	1.372	311	5.523.192	531.391	4.006.093	453.979
39	Pediatria	3.794	482	3.547	830	5.685.180	743.342	6.051.603	1.183.204
40	Psichiatria	2.137	2	550	0	4.989.819	953	1.285.996	0
43	Urologia	2.961	1.812	1.940	1.041	8.936.586	1.895.576	6.995.643	1.178.194
47	Grandi ustioni	0	0	54	0	0	0	395.203	0
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	0	0	789	205	0	0	3.682.225	461.262
49	Terapia intensiva	709	43	915	624	7.582.326	29.693	9.388.380	760.365
50	Unità coronarica	2.891	625	361	0	16.094.929	968.261	1.365.478	0
52	Dermatologia	410	179	0	484	1.104.119	440.687	0	1.030.081
55	Farmacologia clinica	0	0	0	79	0	0	0	222.374
56	Recupero e riabilitazione funzionale	100	55	0	336	1.160.865	161.192	0	955.118
58	Gastroenterologia	741	0	1.843	205	1.674.907	0	4.943.752	256.943
60	Lungodegenti	256	0	500	0	1.151.355	0	1.209.487	0
61	Medicina nucleare	0	0	243	0	0	0	699.364	0
62	Neonatologia	164	0	1.371	0	354.610	0	3.919.632	0
64	Oncologia	0	1.846	2.770	3.355	0	5.068.210	8.266.772	9.126.560
65	Oncoematologia pediatrica	0	0	242	336	0	0	745.244	688.505
68	Pneumologia	1.549	281	712	8	4.862.685	433.250	2.522.197	4.936

Numero di Dimessi e importo per Regime, Disciplina e Tipo Erogatore - anno 2017		ATTIVITA' PER RESIDENTI							
		Numero Dimessi				Importo			
		ATS		AO PUBBLICHE		ATS		AO PUBBLICHE	
Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	ORD	DH	ORD	DH	ORD	DH	ORD	DH
71	Reumatologia	0	0	467	215	0	0	1.751.559	460.385
73	Terapia intensiva neonatale	251	0	211	0	879.957	0	1.625.772	0
75	Neuro-riabilitazione	48	119	53	139	1.392.537	97.654	1.142.372	744.679
Totale complessivo		87.455	29.189	67.005	27.191	252.704.666	48.255.397	235.166.079	50.028.968

da strutture private per residenti (produzione)

Numero di Dimessi e importo per Regime, Disciplina e Tipo Erogatore - anno 2017		ATTIVITA' PER RESIDENTI IN STRUTTURE PRIVATE			
		NUMERO DIMESSI		IMPORTO €	
Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	ORD	DH	ORD	DH
0	#N/D	7	0	28.117	0
1	Allergologia	1	0	2.376	0
8	Cardiologia	249	0	570.284	0
9	Chirurgia generale	3.605	2.870	8.014.562	3.945.207
10	Chirurgia maxillo facciale	63	366	75.337	590.121
21	Geriatria	1.926	172	5.042.034	46.501
26	Medicina generale	1.445	1.666	3.075.472	688.656
32	Neurologia	351	44	836.618	46.074
34	Oculistica	357	696	574.200	1.147.272
36	Ortopedia e traumatologia	5.281	1.888	26.456.721	3.024.775
37	Ostetricia e ginecologia	2.177	2.098	3.854.063	2.871.211
38	Otorinolaringoiatria	1.176	161	1.690.309	197.843
43	Urologia	2.547	941	6.495.054	934.289
56	Recupero e riabilitazione funzionale	2.261	1	9.889.988	209
58	Gastroenterologia	59	0	118.784	0
60	Lungodegenti	1.022	0	3.642.685	0
98	Day surgery	0	698	0	1.184.188
Totale complessivo		22.527	11.601	70.366.602	14.676.345

da strutture pubbliche per non residenti (mobilità attiva extraregione);

Numero di Dimessi e importo per Regime, Disciplina e Tipo Erogatore		ATTIVITA' PER NON RESIDENTI IN STRUTTURE PUBBLICHE							
		Numero Dimessi				Importo €			
		ATS		AO PUBBLICHE		ATS		AO PUBBLICHE	
Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	ORD	DH	ORD	DH	ORD	DH	ORD	DH
02	Day hospital	0	0	0	7	0	0	0	5.402
07	Cardiochirurgia	0	0	15	0	0	0	281.975	0
08	Cardiologia	56	3	86	1	232.868	726	415.510	3.654
09	Chirurgia generale	463	40	126	12	1.057.809	54.748	468.380	14.526
10	Chirurgia maxillo facciale	10	0	15	15	140.264	0	99.296	26.368
11	Chirurgia pediatrica	0	2	35	4	0	1.988	64.823	5.388
12	Chirurgia plastica	0	0	4	5	0	0	14.882	9.491
13	Chirurgia toracica	0	0	4	0	0	0	25.517	0
14	Chirurgia vascolare	3	0	17	0	10.246	0	67.075	0
18	Ematologia	4	5	15	13	12.002	10.802	275.530	28.672
21	Geriatria	29	0	5	0	66.327	0	13.270	0
24	Malattie infettive e tropicali	95	71	30	8	384.565	63.703	82.059	6.069
26	Medicina generale	700	25	209	1	1.686.801	37.458	487.858	436
28	Unità spinale	2	0	0	0	183.599	0	0	0
29	Nefrologia	7	5	13	0	25.103	7.363	37.535	0
30	Neurochirurgia	28	0	61	0	138.394	0	465.778	0
31	Nido	94	0	28	0	58.228	0	19.260	0
32	Neurologia	72	5	98	2	184.040	5.235	264.712	2.174
33	Neuropsichiatria infantile	0	0	25	12	0	0	52.430	5.455
34	Oculistica	9	38	38	42	19.338	52.024	63.611	77.724
36	Ortopedia e traumatologia	436	24	45	3	1.159.289	36.558	200.366	3.060
37	Ostetricia e ginecologia	417	112	167	63	613.649	111.620	285.284	66.175
38	Otorinolaringoiatria	56	5	31	4	92.533	5.951	105.740	6.136
39	Pediatria	292	11	148	13	403.536	6.937	233.500	9.599
40	Psichiatria	54	0	26	0	113.059	0	50.354	0
43	Urologia	51	15	35	9	144.942	18.504	120.789	10.586
47	Grandi ustioni	0	0	5	0	0	0	17.436	0
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	0	0	9	5	0	0	71.657	9.829
49	Terapia intensiva	38	0	33	4	329.209	0	319.175	2.692
50	Unità coronarica	154	7	15	0	843.040	6.947	39.035	0
52	Dermatologia	16	3	0	1	41.028	2.886	0	2.007
56	Recupero e riabilitazione funzionale	3	2	0	0	52.980	9.861	0	0
58	Gastroenterologia	9	0	45	2	24.622	0	124.795	2.222
60	Lungodegenti	6	0	6	0	39.457	0	10.066	0
61	Medicina nucleare	0	0	1	0	0	0	2.988	0
62	Neonatologia	3	0	22	0	3.676	0	79.888	0
64	Oncologia	0	34	20	24	0	72.345	65.636	42.044
65	Oncoematologia pediatrica	0	0	2	10	0	0	3.025	8.796
68	Pneumologia	42	2	17	0	121.644	1.641	147.995	0
71	Reumatologia	0	0	3	2	0	0	6.018	1.208
73	Terapia intensiva neonatale	4	0	5	0	21.623	0	58.284	0
75	Neuro-riabilitazione	0	0	2	1	0	0	74.110	12.782
01	Allergologia	0	0	0	4	0	0	0	2.046
Totale complessivo		3.153	409	1.461	267	8.203.872	507.298	5.215.639	364.541

da strutture private per non residenti (mobilità attiva extraregione);

Numero di Dimessi e importo per Regime, Disciplina e Tipo Erogatore - anno 2017		ATTIVITA' PER NON RESIDENTI - MOBILITA' EXTRA REGIONE			
		Numero Dimessi		Importo €	
Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	ORD	DH	ORD	DH
08	Cardiologia	2	0	5.750	0
09	Chirurgia generale	19	9	40.020	8.944
21	Geriatria	10	0	25.648	0
26	Medicina generale	6	2	13.732	479
32	Neurologia	2	0	3.654	0
34	Oculistica	3	1	5.261	1.091
36	Ortopedia e traumatologia	9	6	31.681	12.361
37	Ostetricia e ginecologia	26	19	36.446	23.880
38	Otorinolaringoiatria	8	1	12.327	234
43	Urologia	13	5	25.062	4.261
56	Recupero e riabilitazione funzionale	4	0	18.318	0
60	Lungodegenti	6	0	17.279	0
98	Day surgery	0	2	0	2.825
Totale complessivo		108	45	235.178	54.075

154

mobilità passiva extraregione;

Numero di Dimessi e importo per Regime, Disciplina e Tipo Erogatore - anno 2017		ATTIVITA' PER RESIDENTI - MOBILITA' EXTRA REGIONE			
		Numero Dimessi		Importo €	
Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	ORD	DH	ORD	DH
1	Allergologia	3	3	1.676	2.241
2	Day hospital	10	138	25.950	143.264
5	Angiologia	3	0	6.876	0
6	Cardiochirurgia pediatrica	50	6	950.172	4.521
7	Cardiochirurgia	199	11	3.808.304	3.978
8	Cardiologia	526	61	2.869.896	47.079
9	Chirurgia generale	1.873	248	8.834.836	252.161
10	Chirurgia maxillo facciale	71	9	341.444	16.314
11	Chirurgia pediatrica	124	25	739.831	13.501
12	Chirurgia plastica	244	41	778.491	52.981
13	Chirurgia toracica	169	2	1.232.736	1.465
14	Chirurgia vascolare	94	6	656.606	9.825
15	Medicina sportiva	0	6	0	1.841
18	Ematologia	48	51	754.507	114.062
19	Malattie endocrine,del ricambio e della nutrizione	49	59	121.149	36.850
20	Immunologia	1	2	1.602	1.712
21	Geriatria	26	2	89.118	400
24	Malattie infettive e tropicali	93	23	381.916	11.228
26	Medicina generale	651	28	2.072.665	40.955
28	Unità spinale	34	0	1.132.230	0
29	Nefrologia	30	6	108.958	8.735
30	Neurochirurgia	387	32	3.426.135	184.542
31	Nido	89	0	67.551	0
32	Neurologia	266	97	890.249	41.388

Numero di Dimessi e importo per Regime, Disciplina e Tipo Erogatore - anno 2017		ATTIVITA' PER RESIDENTI - MOBILITA' EXTRA REGIONE			
		Numero Dimessi		Importo €	
Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	ORD	DH	ORD	DH
33	Neuropsichiatria infantile	79	91	233.891	43.083
34	Oculistica	225	210	348.201	279.687
35	Odontoiatria e stomatologia	2	4	2.922	5.730
36	Ortopedia e traumatologia	1.920	266	11.197.892	405.009
37	Ostetricia e ginecologia	614	1.127	1.752.338	1.631.862
38	Otorinolaringoiatria	331	189	1.657.515	204.522
39	Pediatria	202	230	810.813	82.365
40	Psichiatria	128	18	216.271	20.102
42	Tossicologia	0	1	0	632
43	Urologia	459	73	1.703.658	57.888
47	Grandi ustioni	0	0	0	0
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	43	18	341.394	7.858
49	Terapia intensiva	69	22	1.450.528	17.278
50	Unità coronarica	37	0	175.297	0
51	Astanteria	59	1	151.683	254
52	Dermatologia	44	27	134.246	16.913
54	Emodialisi	0	4	0	1.851
55	Farmacologia clinica	0	0	0	0
56	Recupero e riabilitazione funzionale	793	49	4.022.862	172.713
57	Fisiopatologia della riproduzione umana	1	4	1.361	6.048
58	Gastroenterologia	142	33	583.587	20.135
60	Lungodegenti	62	5	183.061	17.480
61	Medicina nucleare	52	2	80.342	1.511
62	Neonatologia	28	16	151.341	7.749
64	Oncologia	317	78	1.105.693	197.192
65	Oncoematologia pediatrica	55	50	194.400	78.442
66	Oncoematologia	20	1	165.992	134
67	Pensionanti	57	1	23.479	0
68	Pneumologia	117	70	767.919	62.508
69	Radiologia	3	2	4.375	3.699
70	Radioterapia	20	34	82.711	53.090
71	Reumatologia	60	5	213.601	1.531
73	Terapia intensiva neonatale	18	2	496.139	671
74	Radioterapia oncologica	2	2	3.148	419
75	Neuro-riabilitazione	66	18	1.016.321	32.802
76	Neurochirurgia pediatrica	74	29	514.403	15.122
77	Nefrologia pediatrica	39	17	111.319	7.489
78	Urologia pediatrica	40	13	139.923	4.118
97	Detenuti	8	0	14.231	0
98	Day surgery	0	580	0	874.844
Totale complessivo		11.226	4.148	59.345.753	5.321.771

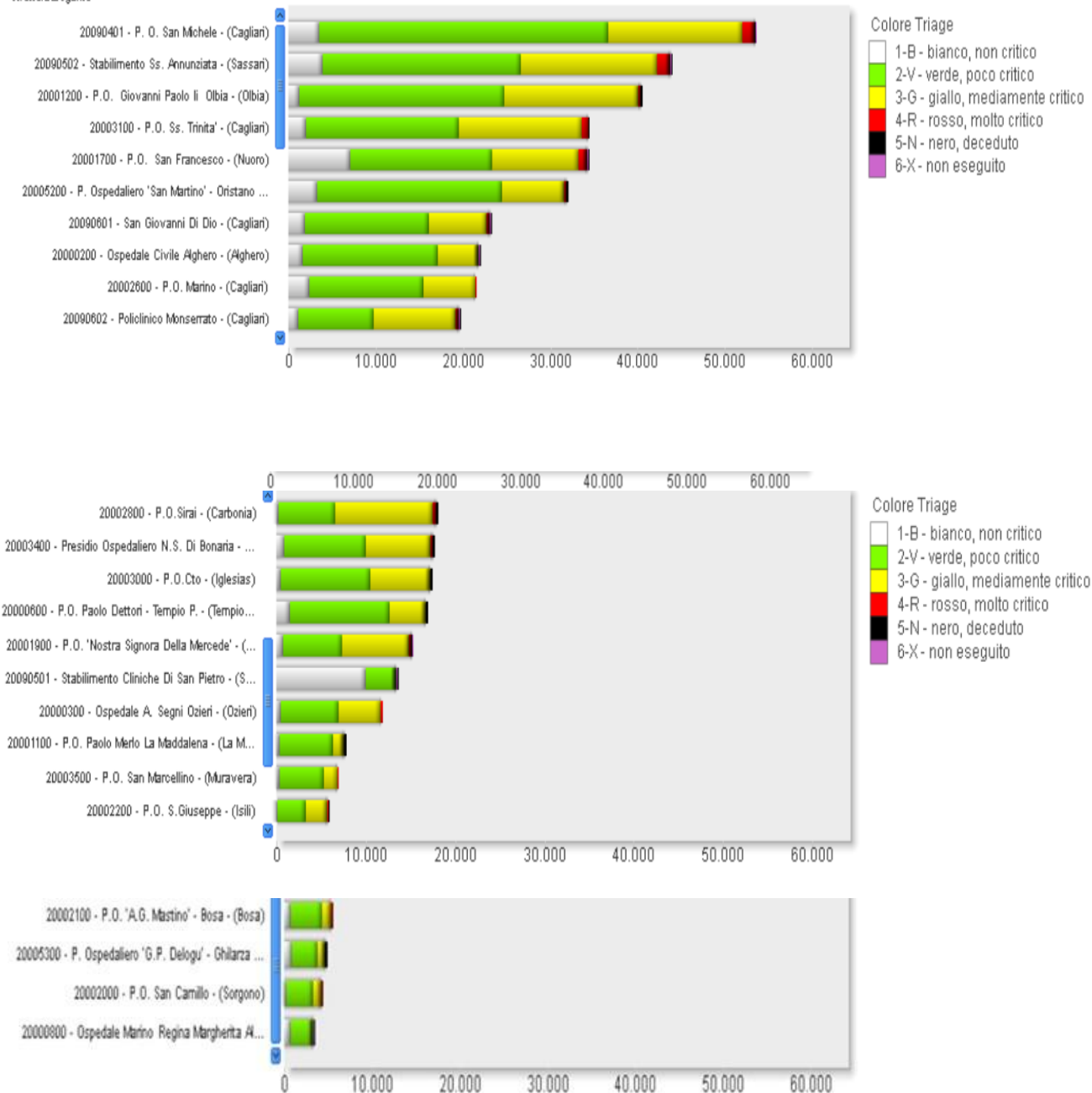
Attività di Pronto Soccorso Regione Sardegna

Prestazioni di P. S. anno 2017 Sardegna		
Colore Triage	accessi	Perc. Colore su totale
1-B - bianco, non critico	46.451	9,79%
2-V - verde, poco critico	265.039	55,86%
3-G - giallo, mediamente critico	153.851	32,43%
4-R - rosso, molto critico	9.046	1,91%
5-N - nero, deceduto	42	0,01%
6-X - non eseguito	40	0,01%
Totale	474.469	

156

Accessi

Struttura Erogante





2.Indirizzi Nazionali e Regionali in materia

Il presente documento di programmazione tiene conto del mutare dinamico della normativa nazionale e regionale. Di seguito si rappresenta i principali indirizzi normativi regionali e nazionali in materia:

- d.lgs n°502 del 30.12.1992 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della l. n°421 del 23.10.1992"*; e successive modificazioni ed integrazioni;
- legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna;
- la l.r. n° 23 del 17.11.2014, *"Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle Leggi Regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012"*;
- la Legge Regionale n. 17 del 27.07.2016: *"Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale)"*;
- Patto per la salute 2014-2016;
- Tutte le delibere RAS recanti indirizzi regionali in materia.

3.Principali criticità riscontrate

L'organizzazione ospedaliera in Sardegna sconta una carenza di programmazione e governo complessiva che ha comportato un ricorso all'ospedale per acuti, in alcuni casi, come risposta ad un bisogno che avrebbe dovuto trovare risposte più appropriate in altri setting assistenziali o in altri livelli assistenziali.

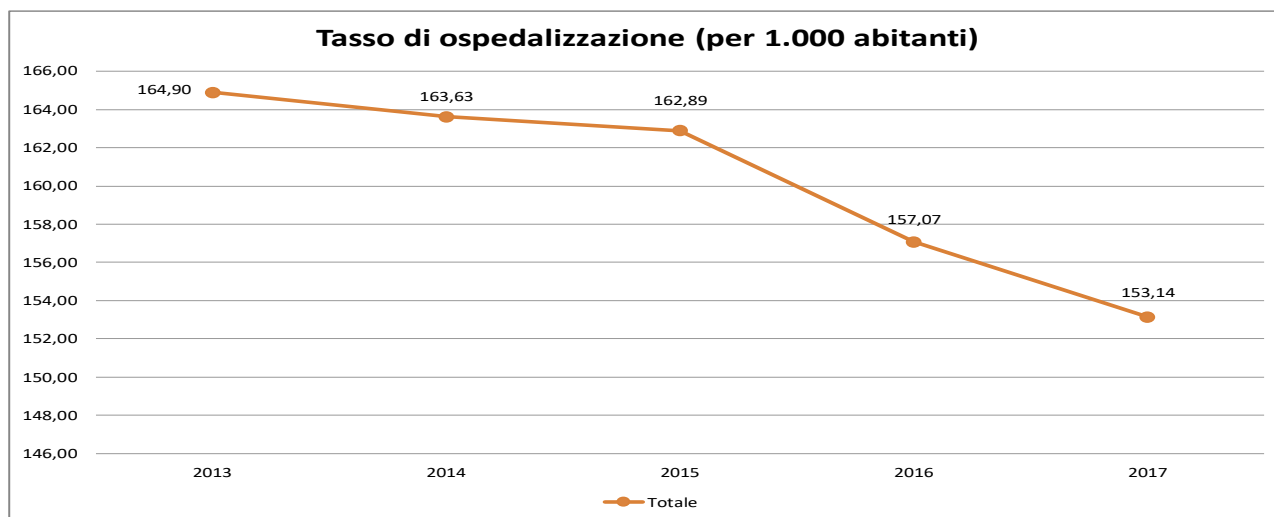
Da ciò ne è derivato che, mediamente, la casistica trattata negli ospedali è di bassa complessità, ma comporta degenze medie di durata anomala in eccesso, e nel contempo, patologie complesse sono trattate in centri con casistica di ridotta numerosità; inoltre, il collegamento tra centri coinvolti nel percorso di un paziente con patologia complessa (es. oncologica) è, in buona parte, lasciato alle azioni estemporanee dei singoli professionisti; il che ha ovvie ripercussioni sulla qualità e sicurezza delle cure e sulla sostenibilità del sistema.

In Regione Sardegna si registra un valore di ricoveri per 1000 residenti nell'anno 2017, pari a 153,14 inferiore al parametro di riferimento (160 ricoveri per 1000 residenti) definito dal Decreto Ministeriale 2 Aprile 2015, n. 70.

Tuttavia il tasso di ospedalizzazione per l'anno 2016, fonte rapporto SDO Min.Sal., si attesta ad un valore pari a 157,06 (153,52 acuti e 3,54 post-acuti) contro un tasso medio nazionale di 140.93 (133,45 acuti e 7,47 post-acuti). Quindi rispetto alla media nazionale possiamo ipotizzare un eccesso nell'anno 2016 di circa 28.050 ricoveri.

	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (per 1.000 abitanti)					
	Acuti Regime ordinario	Acuti Regime DH	Riabilitazione Regime Ordinario	Riabilitazione Regime DH	Lungodegenza	Totale
2013	116,28	45,25	1,83	0,52	1,03	164,90
2014	113,95	46,20	1,89	0,45	1,14	163,63
2015	112,71	46,52	1,92	0,60	1,14	162,89
2016	108,61	44,92	1,96	0,49	1,09	157,07
2017	106,26	43,25	2,07	0,45	1,12	153,14

2017				TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE 2017(per 1.000 abitanti)					
				ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGODEGENZA	Totale complessivo
Classe età tasso osp	Popolazione residente (Fonte ISTAT 2017)	Popolazione residente (Fonte ISTAT 2018)	Popolazione Media 2017	ORD	DH	ORD	DH	ORD+DH	
< 1 anno	10.367	10.094	10.231	463,22	24,05	0,39	0,20	0,00	487,85
1-4	46.439	44.678	45.559	79,15	19,25	0,50	1,73	0,04	100,68
5-14	134.880	133.618	134.249	37,56	21,13	0,39	0,42	0,00	59,50
15-24	147.939	146.551	147.245	48,05	24,99	0,39	0,15	0,02	73,60
25-44	428.261	416.218	422.240	75,27	35,24	0,48	0,11	0,04	111,14
45-64	510.549	515.168	512.859	81,08	43,14	1,64	0,46	0,36	126,67
65-74	192.174	195.007	193.591	152,57	69,86	5,78	0,85	1,53	230,59
75 +	182.526	186.842	184.684	281,75	71,58	6,10	0,71	7,25	367,38
Totale	1.653.135	1.648.176	1.650.656	106,26	43,25	2,07	0,45	1,12	153,14



Nello stimare l'evoluzione della fabbisogno di prestazioni ospedaliere nell'ambito della Regione Sardegna è indispensabile valutare il Trend della attività di ricovero in particolare dei tassi di ospedalizzazione negli ultimi 10 anni e negli ultimi tre anni, in particolare, vedremo che negli ultimi dieci anni vi è stato un considerevole riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri e delle giornate di degenza, si tratta di un trend nazionale che si registra anche in Sardegna con un calo di circa il 3,% annuo dei ricoveri ospedalieri.

Anno 2007

Abitanti Sardegna: 1.659 .443

ricoveri per acuti: 314.688

ricoveri totali: 316. 955.

Tasso di ospedalizzazione per acuti 189,6 tasso di ospedalizzazione totale 191,0.

Anno 2017

Abitanti in Sardegna 1.653.135

ricoveri per acuti: 247.090

ricoveri totali: 253.096.

Tasso di ospedalizzazione per acuti 149,4 tasso di ospedalizzazione totale 153,0.

Riduzione tasso di ospedalizzazione per acuti = **40 x 1000**

Riduzione numero di ricoveri per acuti in valore assoluto **67.598.**

L'analisi dei dati di ricovero dell'anno 2017 per i residenti della Regione Sardegna, ovunque siano stati ricoverati, può essere condotta nelle diverse componenti dell'attività di ricovero, cioè produzione propria, da parte di altre aziende pubbliche Sarde e fuori Sardegna ed infine produzione da parte di strutture private Sarde e fuori Sardegna; queste tipologie di attività va declinata nei diversi regimi di ricovero ordinario e di day hospital e per ricoveri per acuti e post acuti.

ASSL	Ric. Ordinari	Ric. Diurno	Totale complessivo	Tasso Ospedalizzazione Ric. Ordinari	Tasso ospedalizzazione Ricoveri Diurni	Tasso ospedalizzazione
CAGLIARI	62.658	26.430	89.088	111,81	47,16	158,97
CARBONIA	14.041	5.774	19.815	111,55	45,87	157,42
LANUSEI	7.376	2.737	10.113	129,26	47,97	177,23

ASSL	Ric. Ordinari	Ric. Diurno	Totale complessivo	Tasso Ospedalizzazione Ric. Ordinari	Tasso ospedalizzazione Ricoveri Diurni	Tasso ospedalizzazione
NUORO	15.919	7.474	23.393	102,38	48,07	150,45
OLBIA	15.753	5.599	21.352	97,89	34,79	132,68
ORISTANO	17.486	7.161	24.647	109,02	44,65	153,67
SANLURI	10.205	4.264	14.469	103,90	43,41	147,32
SASSARI	37.176	12.679	49.855	111,88	38,16	150,04
Totale complessivo	180.659	72.128	252.787	109,45	43,70	153,14

L'insieme di queste analisi ci mostra come vi sia ancora un ampio margine di riduzione del numero dei ricoveri e delle giornate di degenza e di conseguenza dei tassi di ospedalizzazione.

Gli strumenti per valutare l'evoluzione dei volumi di ricovero sono fondamentalmente tre:

- La prima componente da analizzare è l'analisi del setting assistenziale per le attività chirurgiche ad alto rischio di inappropriately, infatti un certo volume di interventi chirurgici di bassa complessità dovrebbero essere trasferiti, secondo quanto previsto dal Patto per la salute 2012-2014, in attività ambulatoriale mentre un'importante numero di DRG chirurgici dovrebbero transitare dalla attività ordinaria all'attività di Day Surgery. Nel complesso possiamo affermare che per i DRG chirurgici a rischio di inappropriately si tratta prevalentemente di ridefinire il setting assistenziale al fine di ridurre il numero dei ricoveri.
- La seconda componente da considerare è quella dei ricoveri ad alto rischio di inappropriately con DRG medico cioè quei DRG per cui la appropriatezza non è valutabile unicamente con riferimento al setting assistenziale (day hospital /ricovero ordinario) ma con riferimento al fatto che tali patologie non vadano proprio ricoverate, nel senso che si tratta di patologie in cui una corretta presa in carico territoriale o il setting ambulatoriale dovrebbe quantomeno in una considerevole parte di casi evitare l'attività di ricovero. Con riferimento a questi DRG la valutazione va fatta attraverso un adeguato confronto con i tassi di ospedalizzazione per gli stessi DRG nelle cosiddette regioni virtuose, cioè quelle regioni in cui il tasso di ospedalizzazione per questi DRG medici a rischio inappropriately è più basso. L'analisi dei dati ha evidenziato che il tasso di ospedalizzazione per i DRG medici a rischio di inappropriately in Sardegna è molto più alto che nelle le altre regioni italiane.
- La terza condizione che potrebbe provocare una variazione dei trend di ricovero è quella che coinvolge la tipologia di approccio alle diverse patologie, cosa che può, ovviamente, variare nel tempo in base a quelli che sono gli orientamenti clinici ed è legata a specifiche caratteristiche di singole patologie o discipline. Si evidenzia, a titolo esplicativo, che il primo DRG per attività di ricovero in Sardegna è il DRG n.42 "Interventi sulle strutture intraoculari..." che presenta un numero di ricoveri pari a 8.089 di cui 7.266 in regime di Day Surgery; in tal caso appare evidente come una gran numero di questi ricoveri potrebbe cambiare nel tempo regime assistenziale.

Possiamo in conclusione ipotizzare nel prossimo triennio una sensibile diminuzione di ricoveri con DRG medico (almeno 30.000 ricoveri desunti dalla differenza dei tassi di ospedalizzazione specifici per DRG medici All. B patto per la salute tra la Sardegna e le regioni Benchmark) un trasferimento di DRG CH verso

il setting ambulatoriale (persistono nel 2017 ancora 3.481 ricoveri per il DRG 39 "Interventi sul Cristallino", nonché una meno prevedibile variazione delle modalità assistenziali per disciplina specifica.

D'altra parte è prevedibile un aumento della componente dei ricoveri post acuti in considerazione del fatto che la riorganizzazione della rete ospedaliera prevede un aumento rilevante dei posti letto di questa componente assistenziale.

La risultante di queste componenti dell'attività di ricovero, ipotizzando un allineamento dei ricoveri per post acuti leggermente al di sotto della media nazionale, si stima condurrà ad una riduzione di circa 25.000 ricoveri nell'arco del triennio prevalentemente a carico della componente chirurgica a bassa complessità e della componente medica legata ad una miglior presa in carico territoriale.

Nella tabella sottostante si stimano il numero dei ricoveri ed il conseguente tasso di ospedalizzazione nell'arco del prossimo triennio.

Stima del trend dei ricoveri nel triennio 2019-2021

2016		2017		2018		2019		2020		2021	
ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh	ord	dh
185.607	75.502	180.659	72.128	175.962	70.253	171.387	68.426	166.931	66.647	162.591	64.914
261.109		252.787		246.215		239.813		233.578		227.505	

Stima del tasso di ospedalizzazione 2019-2021

Tasso di ospedalizzazione Ricoveri stimati	ACUTI		RIABILITA		LUNGODEG		TOTALE
	ORD	DH	ORD	DH	ORD		
	96,0	35,0	4,0	1,0	2,0		138,0
	158.265	57.700	6.594	1.649	3.297		227.505

Pertanto, la mobilità passiva extra-regionale risulta pari a solo il 6% dei ricoveri (Indice di fuga), difficilmente comprimibile in quanto indirizzata verso centri di riferimento nazionali, facilmente raggiungibili per il tramite delle principali vie di comunicazione, e per lo più per servizi caratterizzati da livelli elevati di complessità non presenti in alcune aree della Sardegna, in quanto non troverebbero giustificazione numerica. La prossima attivazione di circa 204 p.l. (di cui 80 di post acuzie) prevista nel corso del 2019 potrebbe incidere in modo significativo sull'indice di fuga dell'area nord est della Sardegna che presenta un indice superiore al doppio della media regionale.

Il tasso di ospedalizzazione per ricoveri effettuati in Regione Sardegna non si distribuisce in maniera uniforme all'interno della Regione e si osserva una marcata variabilità in relazione al territorio di riferimento, con un range che varia da 114,77 per 1000 della ex ASL 2 di Olbia ai 169.78 per 1000 della ex ASL 4 di Lanusei, con un ricorso all'ospedale direttamente proporzionale all'offerta, a dimostrazione dell'esistenza di un elevato rischio di inappropriatezza delle prestazioni in regime di ricovero. L'eccesso di ospedalizzazione nelle discipline ad alta diffusione verosimilmente sopperisce ad una carenza di posti letto in regime di post acuti, per i quali si osservano tassi di ospedalizzazione inferiori al riferimento nazionale.

ASSL	Mobilità extra Regione	Produzione ATS per Residenti + Mobilità infraregione	Totale complessivo	Popolazione Media 2017	Tasso Ospedalizzazione Extra Regione	Tasso Ospedalizzazione Ric. in RAS	Tasso ospedalizzazione Complessivo	Indice di Fuga %
CAGLIARI	4.224	84.864	89.088	560.413,00	7,54	151,43	158,97	4,7
CARBONIA	925	18.890	19.815	125.877,00	7,35	150,07	157,42	4,7
LANUSEI	425	9.688	10.113	57.061,50	7,45	169,78	177,23	4,2
NUORO	1.454	21.939	23.393	155.484,50	9,35	141,10	150,45	6,2
OLBIA	2.882	18.470	21.352	160.932,00	17,91	114,77	132,68	13,5
ORISTANO	1.236	23.411	24.647	160.388,50	7,71	145,96	153,67	5,0
SANLURI	605	13.864	14.469	98.216,00	6,16	141,16	147,32	4,2
SASSARI	3.482	46.373	49.855	332.283,00	10,48	139,56	150,04	7,0
Totale complessivo	15.288	237.499	252.787	1.650.655,50	9,26	143,88	153,14	6,0

Per quanto concerne l'utilizzo dei posti letto, si osservano tassi di occupazione inferiori al riferimento (definito nel 90% dal Decreto Ministeriale 2 Aprile 2015, n. 70), pari rispettivamente al 73% in regime ordinario ed al 65% in regime diurno a livello regionale per i presidi pubblici.

Come si potrà notare il trend di riduzione dei ricoveri è presente in tutto il territorio nazionale, in regione Sardegna non appare influenzato dalla scarsa variabilità nella diffusione ed organizzazione dei posti letto ospedalieri.

Le dinamiche dei volumi di ricovero reali evolvono per fattori diversi e indipendenti dalle attività di programmazione che inevitabilmente finiscono per incidere prevalentemente sulla efficacia delle cure (rapporto volume/esiti) e sulla loro efficienza (sostenibilità economica del sistema).

La recente delibera di Giunta sulla riorganizzazione della rete chirurgica dovrebbe dare un contributo di grande rilievo alla riorganizzazione ed efficientamento delle reti cliniche ospedaliere, rappresentando un importante modello di riferimento.

2017				N. DI DIMESSI (RESIDENTI) 2017					
				ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGODEGENZA	Totale complessivo
Classe età tasso osp	Popolazione residente (Fonte ISTAT 2017)	Popolazione residente (Fonte ISTAT 2018)	Popolazione Media 2017	ORD	DH	ORD	DH	ORD+DH	
< 1 anno	10.367	10.094	10.231	4.739	246	4	2		4.991
1-4	46.439	44.678	45.559	3.606	877	23	79	2	4.587
5-14	134.880	133.618	134.249	5.042	2.837	52	57		7.988
15-24	147.939	146.551	147.245	7.075	3.680	57	22	3	10.837
25-44	428.261	416.218	422.240	31.780	14.879	204	47	19	46.929
45-64	510.549	515.168	512.859	41.582	22.124	840	234	185	64.965
65-74	192.174	195.007	193.591	29.536	13.525	1.119	164	297	44.641
75 +	182.526	186.842	184.684	52.034	13.219	1.126	131	1.339	67.849
Totale	1.653.135	1.648.176	1.650.656	175.394	71.387	3.425	736	1.845	252.787

4. Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire

Per il triennio 2019-2021 è necessario operare prioritariamente al fine di promuovere l'uso appropriato dell'ospedale, migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera, definire e governare le reti di cura, migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio e migliorare la qualità e sicurezza delle cure.

Promuovere l'uso appropriato dell'ospedale

La Sardegna presenta una posizione critica nel governo della domanda (tasso di ospedalizzazione, posti letto pro-capite, % ricoveri ordinari chirurgici e ICM) e nella performance in area chirurgica, mentre si inizia ad avere dei risultati più accettabili, pur se con margini di miglioramento, nella qualità del processo (% di fratture di femore operate entro due giorni dall'ammissione, % di prostatectomie transuretrali) e nell'appropriatezza in area medica. Si hanno prestazioni migliori nella appropriatezza dell'attività in area chirurgica e nella performance in area medica.

Le azioni da porre in essere dovrebbero essere, quindi, funzionali al perseguimento dei specifici obiettivi di riqualificazione dell'assistenza sanitaria, finalizzati

- 1) riduzione dell'offerta di posti letto ospedalieri per acuti utilizzati in modo non appropriato;
- 2) trasferimento delle attività di ricovero in piattaforme di degenza post-acuti con un incremento dei posti letto per post-acuti;
- 3) miglioramento dei valori degli indici di complessità della casistica ospedaliera (ICM);
- 4) trasferimento di specifiche attività di ricovero programmato verso percorsi ambulatoriali organizzati.

Le azioni da porre in essere a livello ospedaliero debbono comunque essere associate ad altre azioni derivanti da riflessioni sul fatto che vi è spesso un utilizzo improprio dei letti di rianimazione, per gestione post-operatoria e a seguito di interventi complessi, per una insufficienza di servizi di sub intensiva; il tasso di ospedalizzazione, come anche gli indici di performance, sono fortemente condizionati dall'operatività del Pronto Soccorso in rapporto sia alla disponibilità di posti di osservazione breve intensiva nonché dalla possibilità di dimettere il paziente in condizioni di sicurezza verso altri livelli assistenziali quali riabilitazione intensiva e lungodegenza; un ricorso eccessivo ed improprio del Pronto Soccorso è da ritenersi conseguente anche ad un livello inadeguato di assistenza territoriale che deve essere potenziata al fine di assicurare la continuità delle cure nelle 24 ore e l'integrazione ed il raccordo funzionale fra i diversi servizi (Case della Salute, Ospedali di Comunità). È determinante inoltre il potenziamento delle dimissioni protette, secondo protocolli condivisi tra l'ospedale e i servizi territoriali organizzati a livello di distretto, in quanto è un'efficace misura per migliorare l'efficienza dell'assistenza ospedaliera, consentendo di ridurre il numero di giornate di ricovero inappropriate;

Le direzioni dei Presidi Unici assicureranno la realizzazione di programmi di controllo dell'attività ospedaliera erogata nei differenti livelli organizzativi (ricovero ordinario, DH/DS) secondo criteri e modalità operative in grado di assicurare una effettiva rappresentatività delle attività svolte al fine di rilevare eventuali criticità.

Le aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie sono tenute alla trasmissione degli esiti delle verifiche anche all'ATS che potrà effettuare o richiedere verifiche di II livello sulla base dei report comunicati.

I presidi pubblici sono individuati come **Presidio ospedaliero unico di area omogenea** inteso come un unico ospedale, eventualmente ripartito in più stabilimenti, che garantisce l'erogazione delle attività sanitarie di ricovero ai cittadini per i quali rappresenta il riferimento per il soddisfacimento dei bisogni di salute e nel cui ambito è organizzata una rotazione dei professionisti al fine di garantire il mantenimento delle competenze specialistiche e l'efficacia nella prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e follow-up del cittadino.

Gli stabilimenti afferenti al presidio ospedaliero è previsto possano ospitare funzioni ospedaliere di base, dell'acuzie e della post-acuzie, di riabilitazione, funzioni territoriali di emergenza e primo soccorso, cure intermedie, di comunità, cure primarie e specialistiche.

Tra le funzioni di ricovero per acuti, oltre alla disciplina di Medicina Generale, possono essere previsti processi di erogazione di prestazioni chirurgiche di chirurgia generale polispecialistica, individuate secondo modelli di intensità di cura coerente con il livello dello stabilimento considerato, nella logica sia della ottimizzazione dell'uso delle risorse e dello sviluppo delle competenze cliniche assistenziali, sia dello smaltimento delle liste d'attesa dell'ASSL e regionali, secondo un modello di erogazione in Day e/o Week Surgery organizzate di norma in un'unica area assistenziale di degenza multidisciplinare.

Nell'ottica della piena integrazione tra livelli di complessità differente, i professionisti garantiscono la continuità delle cure anche in altri contesti quali gli ambulatori territoriali, le case della salute, gli ospedali di comunità e, laddove indicato, al domicilio del cittadino.

I presidi unici di area omogenea, classificati DEA di I livello e articolati su più stabilimenti, devono assicurare un punto unico di accesso per le patologie tempo dipendenti, mentre le altre specialità possono essere allocate anche nello stabilimento di completamento del DEA, garantendo in ogni modo l'integrazione dei percorsi di presa in carico della popolazione di riferimento al fine di assicurare la sicurezza, la tempestività e la qualità delle cure con la condivisione delle equipe dei professionisti.

Negli ospedali di base/NROR facenti parte di presidi unici di area omogenea e oggetto di riorganizzazione strutturale, sono mantenute le specialità e i servizi presenti purché erogati in condizioni di appropriatezza.

Nei presidi ospedalieri deve essere, quindi, prevista una riorganizzazione funzionale alla costituzione di piattaforme di erogazione in regime di ricovero che facciano riferimento all'area di afferenza (medica o chirurgica), anche attraverso la sperimentazione di modelli organizzativi per intensità di cura; tali piattaforme di erogazione devono garantire la flessibilità nella gestione dei posti letto di area, finalizzata ad una presa in carico specialistica del cittadino maggiormente adeguata alla patologia emergente; DS e DH multispecialistici, con la sola esclusione delle discipline di oncologia ed oncoematologia; piattaforme assistenziali di area nelle quali ruotino gli specialisti che condividono la cura dei pazienti ricoverati, in stretta relazione professionale e tecnico-scientifica con gli altri nodi della rete e con operatori e strutture extra-ospedaliere presenti nel territorio; si devono prevedere, inoltre, modalità organizzative che garantiscano la presenza

giornaliera nei giorni feriali di professionisti/specialisti di riferimento (ematologia, pneumologia, gastroenterologia, nefrologia) e la pronta disponibilità per la gestione di eventuali urgenze non differibili nelle giornate (festivi e, eventualmente, pre-festivi) e orari (notturni) in cui lo specialista non è in servizio attivo con unificazione dei servizi di guardia medica attiva in un'unica piattaforma di erogazione.

Azioni da prevedere nel triennio

- Gestione in *"week surgery"* o delle attività di ricovero programmato con una degenza attesa inferiore alle 5 giornate.
- Conversione in regime diurno di alcune attività attualmente erogate in modo inappropriato in regime di ricovero ordinario.
- Conversione di alcune attività attualmente erogate in regime diurno in prestazioni ambulatoriali come il Day Service, i Percorsi Ambulatoriali Coordinati (PAC) ed i Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC).
- Attivazione/potenziamento posti letto osservazione breve intensiva nei Pronto Soccorso degli stabilimenti ospedalieri dei Presidi Unici di Area Omogenea.
- Attivazione/potenziamento posti letto di riabilitazione e di lungodegenza negli stabilimenti ospedalieri dei Presidi Unici di Area Omogenea.
- Attivazione/potenziamento posti letto di terapia semintensiva negli stabilimenti ospedalieri dei Presidi Unici di Area Omogenea.
- Consolidamento del sistema di monitoraggio delle attività erogate.
- Organizzazione/potenziamento attività per continuità assistenziale ospedale-territorio.
- Attivazione Presidi Unici di Area omogenea.

Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera

Un miglioramento della efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera è il risultato atteso come conseguenza della riconversione e riqualificazione di alcuni stabilimenti ospedalieri con accorpamento delle strutture che attualmente non garantiscono i volumi minimi di attività necessari per assicurare l'erogazione delle cure in condizioni di sicurezza, qualità ed efficacia per il cittadino nonché di appropriatezza per il buon funzionamento del Sistema Sanitario.

Riconversione e riqualificazione degli stabilimenti ospedalieri da realizzarsi con il contestuale sviluppo di una "organizzazione a rete", intesa come un insieme di strutture legate fra loro da connessioni continue con una riconfigurazione dell'offerta in termini di tipologia di prestazioni, di volumi e di case-mix produttivi dei servizi ospedalieri coinvolti, oltre che di coordinamento tecnico-scientifico, ossia di condivisione di linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, definizione di possibili percorsi di sviluppo professionale dei clinici, tra gli ospedali che ne fanno parte piuttosto che come "organizzazione in rete", che implica una relazione solo funzionale tra i servizi ospedalieri inclusi nella rete e si limita, quindi, ad un coordinamento tecnico-scientifico.

Al raggiungimento di tale obiettivo concorre la riorganizzazione dell'assistenza sulla base di modelli dipartimentali e di piattaforme omogenee di erogazione dell'assistenza, in particolare, secondo il modello di ospedale organizzato per livelli di assistenza e di intensità di cura.

Punto focale di questo modello è il bisogno di cura del paziente al quale il sistema sanitario deve necessariamente rispondere nonostante le criticità o le esigenze legate alla delicata situazione finanziaria che caratterizza l'attuale momento del Sistema Sanitario Sardo.

L'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura propone un ripensamento della presa in carico del paziente, rendendola personalizzata, univoca e condivisa in tutte le fasi del processo di cura, e nuovi ruoli e strumenti professionali. Occorre passare dall'idea di curare la malattia a quella di farsi carico del malato, dall'*hosting* al *case management*.

Questo modello richiede uno stile di lavoro multidisciplinare per percorsi e obiettivi, da svolgere in team e impiegando strumenti di normazione e standardizzazione delle attività (linee guida, procedure e istruzioni condivise). Con tale approccio, medici e infermieri sono chiamati a sviluppare e migliorare tutte le attività che compongono il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente orientandosi non per posti letto gestiti, ma per competenze clinico-assistenziali, tecnologiche e relazionali.

Con la individuazione di Aree Omogenee l'ATS ha posto le basi per la costruzione di una rete di presidi Ospedalieri organizzati per Unità di Cura e Unità di Assistenza modellate in ragione del fabbisogno di assistenza e non in ragione delle tradizionali specializzazione tecnico-professionale del medico.

Il modello di organizzazione dei ricoveri per intensità di cura prevede tre setting assistenziali:

- livello di intensive care che comprende le terapie intensive e sub intensive (rianimazione, UTIC, Stroke unit), deve essere centralizzato, polivalente e curare la reale instabilità clinica; l'accesso a questo livello è caratterizzato dalla instabilità del paziente e deve avvenire in una logica di appropriatezza;
- livello di high care costituito dalle degenze con alto grado di assistenza di breve durata per aree funzionali (area medica, area chirurgica, materno infantile), nel quale confluisce gran parte della casistica; questo livello è caratterizzato dalla complessità e da una elevata variabilità della complessità medica ed infermieristica;
- livello di low-care dedicato alla cura dei casi di minore complessità; fanno parte di questo livello le degenze a basso grado di assistenza e corrisponde ad un'area in cui vengono accolti pazienti con pluri-patologie, che necessitano di assistenza sanitaria, ma non ad alto contenuto tecnologico e ad alta intensità.

La presenza di presidi ospedalieri su tutto il territorio regionale determina la necessità di sviluppare questo concetto integrando le strutture in una logica Hub & Spoke, creando dipartimenti trasversali su più presidi ospedalieri per garantire i percorsi clinici, diagnostico-terapeutici e riabilitativi e assicurare la sicurezza delle prestazioni e l'ottimizzazione delle risorse per punto di cura (presidio); l'attenzione non sarà focalizzata sulla tradizionale cultura degli ospedali e dei reparti ma sui percorsi integrati che perseguono una composizione qualitativa dei gruppi assistenziali fondata sulla presa in carico del paziente e su una maggiore autonomia professionale degli infermieri, criteri che hanno già evidenziato migliori risultati sulla cura dei pazienti, sulla gratificazione professionale degli operatori e un benefico effetto sui costi. L'organizzazione per aree omogenee assistenziali è un elemento essenziale per l'integrazione dei percorsi in quanto sposta l'attenzione della gestione, e del controllo di gestione, dal "letto"

all'organizzazione dell'assistenza per processi di cura. Ciò consentirà di modificare anche gli elementi di valutazione delle attività integrando e correlando i dati gestionali standard (indice comparativo di performance e case mix) con la valutazione degli esiti e dei costi.

Con l'intensità di cura sarà innovata la logica organizzativa introducendo il "modello di linea" che permetterà l'ottimizzazione del flusso dei pazienti ed una maggiore interconnessione tra linea di attività, struttura di erogazione della prestazione e dotazione tecnologica.

Azioni da prevedersi nel triennio

- Riconversione e riqualificazione di p.l. nei diversi stabilimenti ospedalieri
- Organizzazione a rete secondo il modello *hub and spoke* all'interno di ATS e con le altre Aziende Sanitarie Regionali.
- Riorganizzazione dell'assistenza sulla base di modelli dipartimentali e di piattaforme omogenee di erogazione dell'assistenza secondo il modello di ospedale organizzato per livelli di assistenza e di intensità di cura.

Definire e governare le reti di cura

Contribuire alla creazione e sviluppo di reti assistenziali, in particolare per le patologie complesse e le patologie tempo dipendenti, rappresenta anche per ATS un obiettivo organizzativo prioritario così da poter assicurare ai cittadini una risposta appropriata e che consenta il superamento delle disuguaglianze nell'accesso e fruizione delle cure.

Per il raggiungimento dell'obiettivo si prevede di attivare dei dipartimenti funzionali aziendali ed interaziendali che realizzino una programmazione funzionale alla realizzazione dei cambiamenti necessari a livello dei *nodi*, dove occorre cambiare le regole che sottendono le relazioni tra le parti interessate superando l'attuale separazione, tra unità di cura nonché a livello delle *maglie* che collegano i nodi, dove si deve superare la logica della erogazione della singola prestazione per una logica di processo.

Sono identificate per una risposta efficace al bisogno: la rete per: urgenze cardiovascolari/infarto, traumatologica, ictus, neonatologica e punti nascita, oncologica, pediatrica, trapiantologica, emergenza e urgenza, terapia del dolore, malattie rare, da costruire con azioni che vedono necessariamente un raccordo interaziendale. La recente delibera regionale sulla riorganizzazione della rete chirurgica rappresenta un importante punto di riferimento in questa direzione.

Migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio

L'ATS ritiene che rivesta fondamentale importanza l'individuazione di percorsi del paziente che favoriscano la continuità dei processi di cura come espressione della presa in carico globale della persona con modalità che assicurino equità dell'accesso ai servizi, appropriatezza e tempestività degli interventi così da assicurare al cittadino risposte idonee in tempi rapidi.

Una valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni di bisogno sociosanitario complesso e la conseguente formulazione del Piano di Assistenza Individuale, prima della dimissione dall'ospedale, deve essere garantita a tutti i pazienti "fragili" così da assicurare le cure più appropriate a soddisfare i bisogni assistenziali, nel setting assistenziale più appropriato, sia esso il domicilio (Cure Domiciliari Integrate), sia strutture di riabilitazione a ciclo continuo o a ciclo

diurno o RSA, nonché le strutture socio assistenziali per la non autosufficienza come le Comunità Integrate per Anziani.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale al fine di assicurare la continuità delle cure nelle 24 ore e l'integrazione ed il raccordo funzionale fra i diversi servizi consentirebbe una risposta appropriata in luogo del ricorso eccessivo ed improprio del Pronto Soccorso.

Potenziamento connesso sia con l'attivazione delle Case della Salute sia con l'attivazione degli Ospedali di Comunità intesi come strutture territoriali di "Cure Intermedie" come meglio specificate negli atti di indirizzo regionali.

Azioni da prevedersi nel triennio

- Attivazione delle Unità di valutazione ospedaliera (UVO), come articolazione delle unità di valutazione territoriale (UVT) al fine di assicurare ai pazienti fragili dimissioni protette appropriate;
- Attivazione di percorsi assistenziali integrati verso cui orientare il cittadino con patologie croniche.

Migliorare la qualità e sicurezza delle cure

Il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure nei Presidi Ospedalieri si ritiene debba passare per l'adempimento normativo dell'accreditamento istituzionale posto dalla normativa a garanzia della qualità delle prestazioni erogate, ma diffusamente e, per vari motivi, sinora disatteso. Allo stato, una percentuale rilevante di stabilimenti non solo deve operare per attestare il possesso dei requisiti richiesti per poter conseguire l'accreditamento, ma anche acquisire i requisiti previsti per l'autorizzazione all'esercizio.

L'accreditamento istituzionale "è strumento di garanzia della qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione" "per il perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i livelli essenziali di assistenza" (Intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'art.7, comma 1, del patto per la salute per gli anni 2012-2012).

I requisiti autorizzativi riferiti agli aspetti strutturali (in particolare relativi alla protezione antincendio, al rispetto delle norme di edilizia ed urbanistica, protezione acustica, sicurezza antiinfortunistica e igiene dei luoghi di lavoro), agli aspetti impiantistici e tecnologici, più che quelli organizzativi (con la sola eccezione della dotazione di personale) sono stati considerati, sinora, un vincolo, in molti casi, insormontabile con pregiudizio all'avvio di iniziative, organiche e sistematiche, funzionali all'acquisizione o sviluppo dei requisiti organizzativi e all'acquisizione dei requisiti ulteriori previsti per l'accreditamento istituzionale.

L'attivazione/sviluppo del sistema aziendale per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico, oggetto di specifici atti di indirizzo da parte dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, è considerato di fondamentale importanza strategica.

Sono inoltre da valorizzare, ricomprendere e sviluppare in una logica sistemica i programmi e i progetti in corso negli ospedali o nelle Aree coerenti con le azioni del Piano (es. progetto "Fare di più non significa fare meglio") come anche le attività di certificazione volontaria di parte terza di UUOO o percorsi ai sensi delle norme UNI EN ISO con particolare riferimento alla norma UNI EN

ISO 9001:2015 e per assicurare i percorsi come “codice rosa” in tutti i punti di accesso al sistema dell'emergenza urgenza.

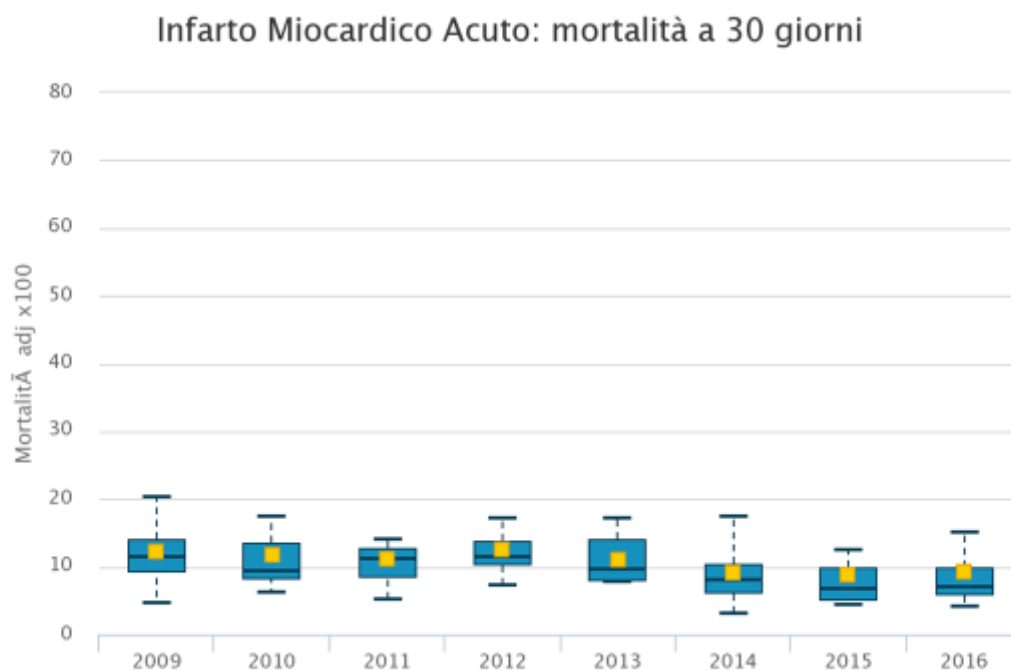
Sono da promuovere o sviluppare progetti funzionali al recupero o al rafforzamento di una cultura organizzativa orientata alla presa in cura della persona nella sua complessità e nei suoi vari bisogni, fisici, psicologici e spirituali riconoscendo modalità strutturate di collaborazione con associazione di pazienti o volontari e assicurando l'attivazione/potenziamento di servizi quali il counseling oncologico; gruppi di auto mutuo aiuto nelle malattie neurodegenerative; sostegno nelle patologie derivanti da dipendenze; auto mutuo aiuto in ambito psichiatrico; nel campo della pediatria e dell'oncologia pediatrica, le tecniche della terapia del sorriso.

Sono da istituirsi, presso i presidi ospedalieri, i Comitati consultivi misti per il controllo da parte dei cittadini e degli utenti con la partecipazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di difesa dei diritti degli utenti nonché di membri designati dall'Azienda sanitaria, scelti fra il personale medico e infermieristico, o eventuali altri esperti.

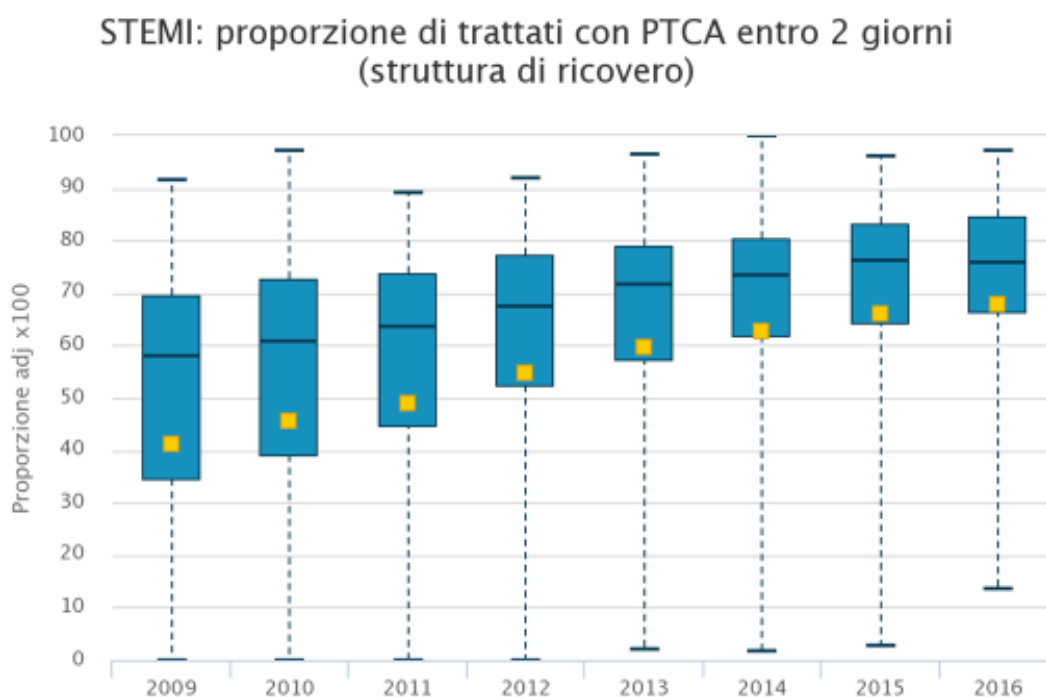
Azioni da prevedersi nel triennio

- Accreditamento istituzionale degli stabilimenti ospedalieri dei Presidi Unici di Area Omogenea con parallelo sviluppo delle attività relative sia ai requisiti strutturali, impiantistici e tecnologici sia organizzativi.
- Attivazione del sistema aziendale per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico
- Sostegno alle attività di certificazione volontaria di parte terza
- Realizzazione/partecipazione a programmi regionali o nazionali o attivazione di progetti in materia di appropriatezza e umanizzazione delle cure.
- Assicurare percorsi specifici per le vittime di violenza di genere in tutti i punti di ingresso del sistema emergenza urgenza

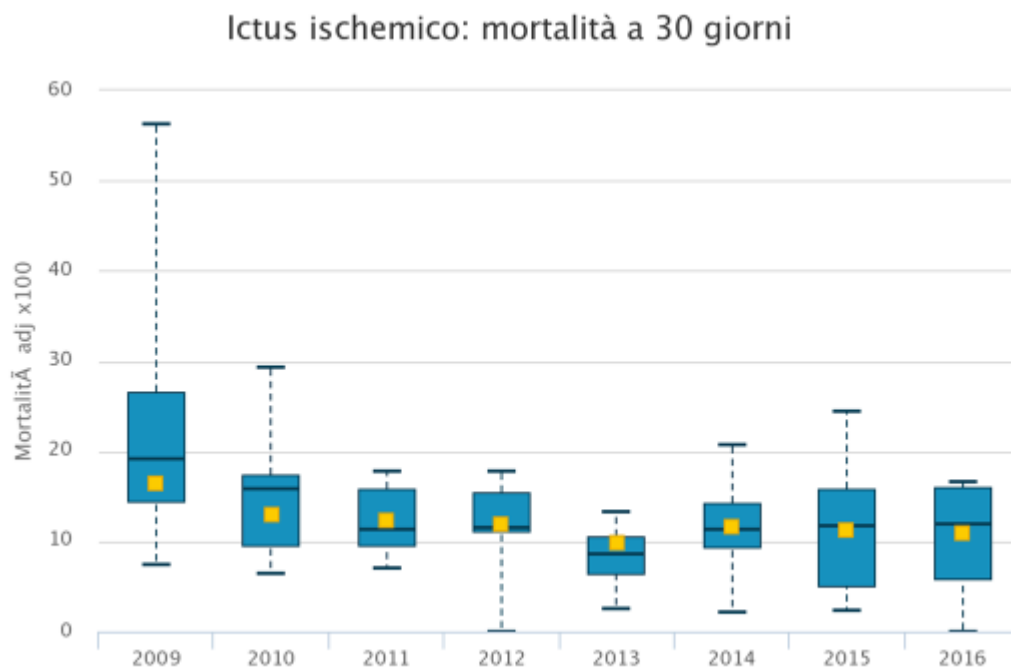
Uno dei principali strumenti attualmente in uso in Italia per il monitoraggio degli Outcome ospedalieri è rappresentato dal Piano Nazionale Esiti. È di seguito riportato l'andamento di alcuni tra i più importanti indicatori del PNE nel corso degli ultimi nella regione Sardegna.



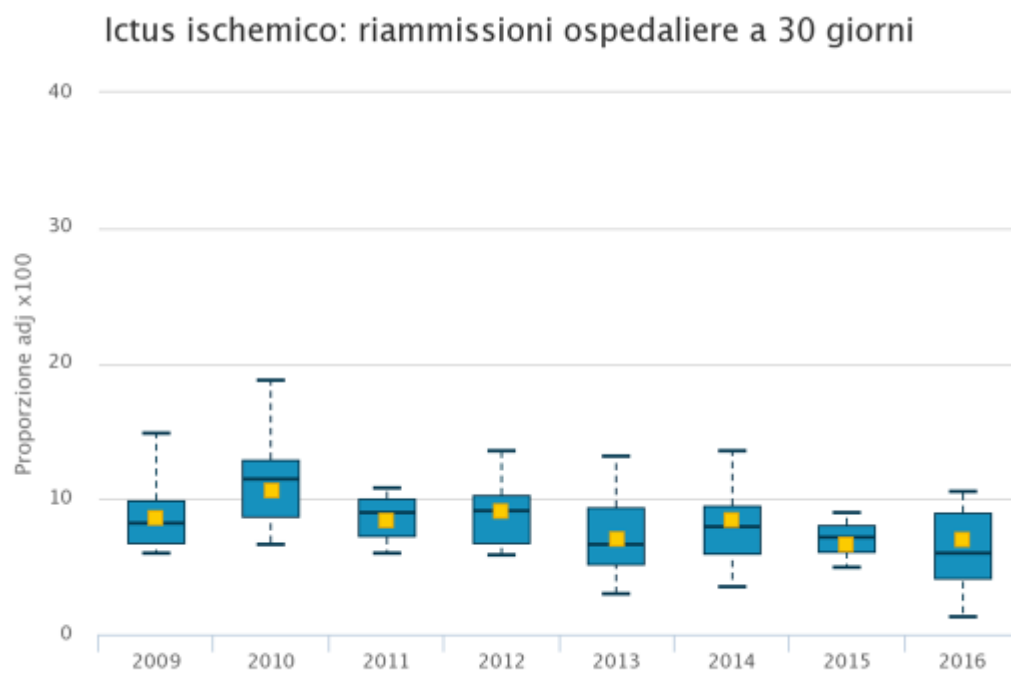
Per l'indicatore Infarto del Miocardio Trend di mortalità a 30 giorni il PNE evidenzia un trend in diminuzione



Per l'indicatore Proporzione di casi trattati con PTCA entro 2 giorni il PNE evidenzia che negli ultimi anni il trend è in crescita; si presume un probabile incremento dell'attivazione del servizio di Elisoccorso.

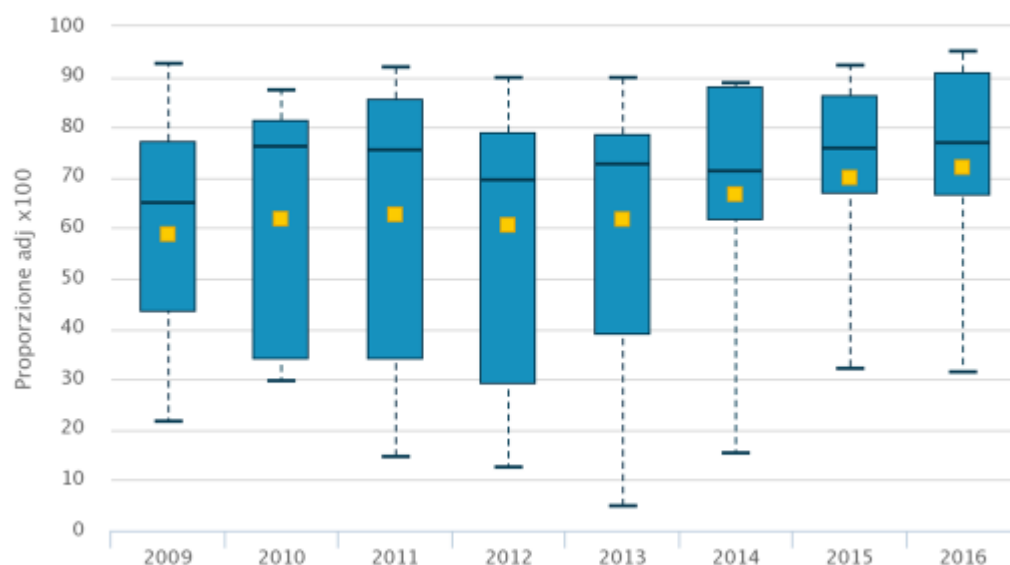


Per l'indicatore Ictus ischemico: Mortalità a 30 giorni, il PNE evidenzia un trend sostanzialmente stabile negli ultimi cinque anni



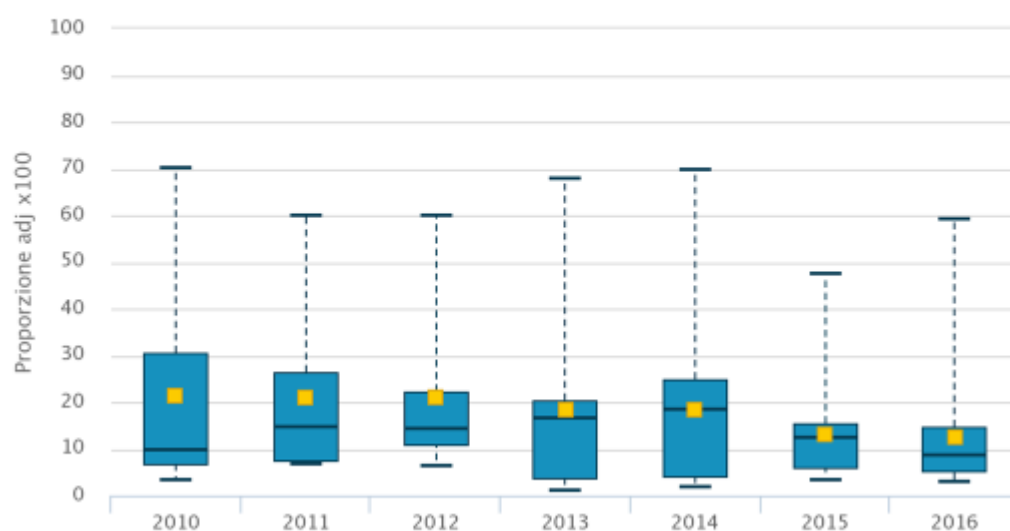
Per l'indicatore Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni, il PNE evidenzia un trend in diminuzione

Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

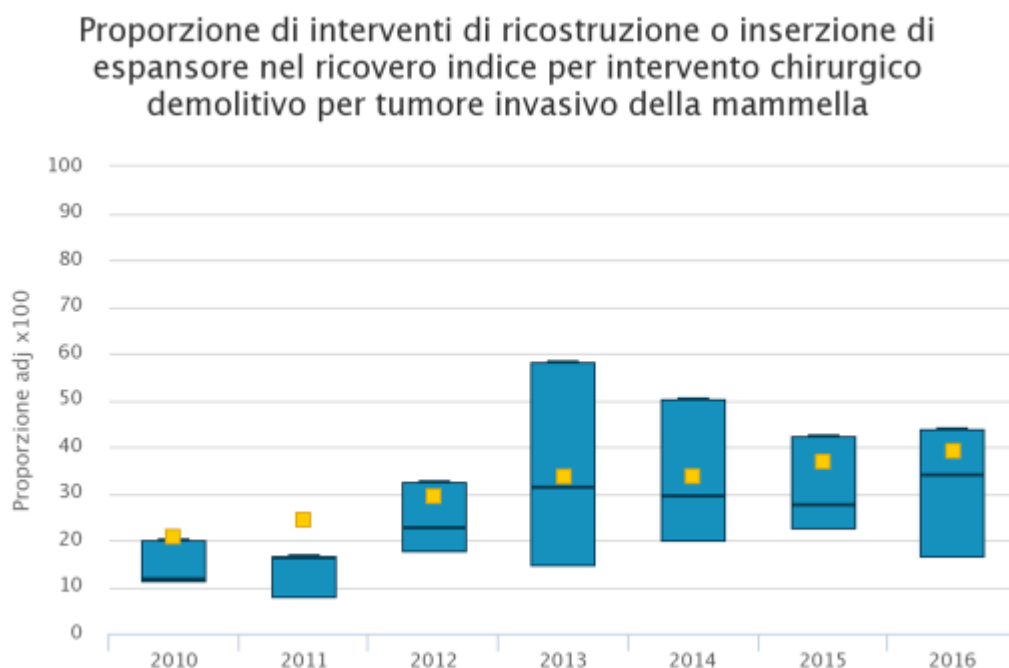


Per l'indicatore colecistectomie: Proporzione di ricoveri con degenze post-operatoria a 3 giorni il PNE evidenzia un trend in miglioramento.

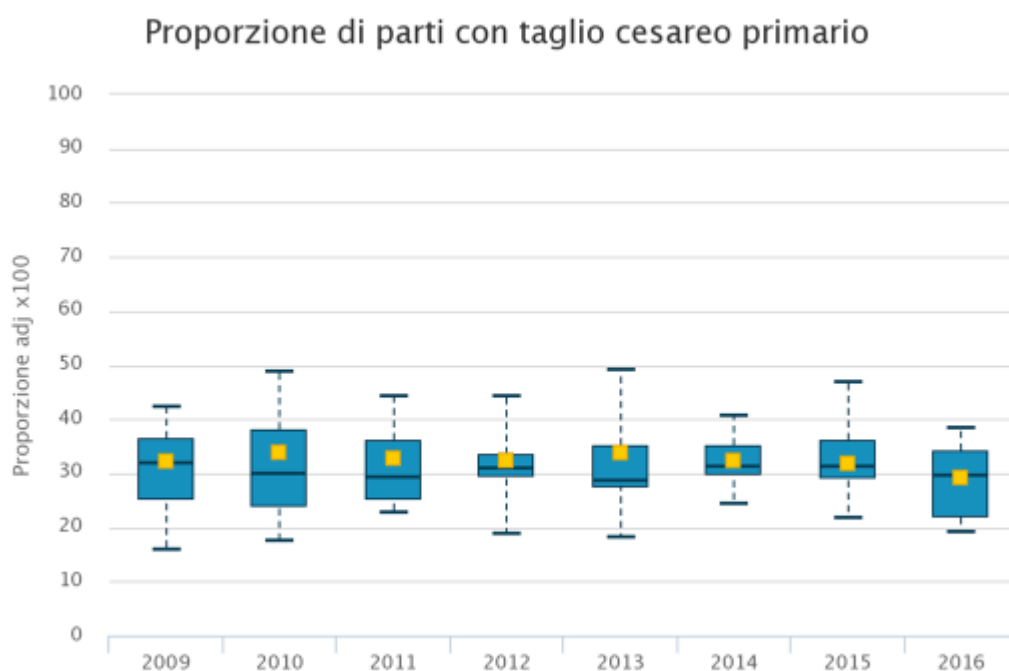
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella



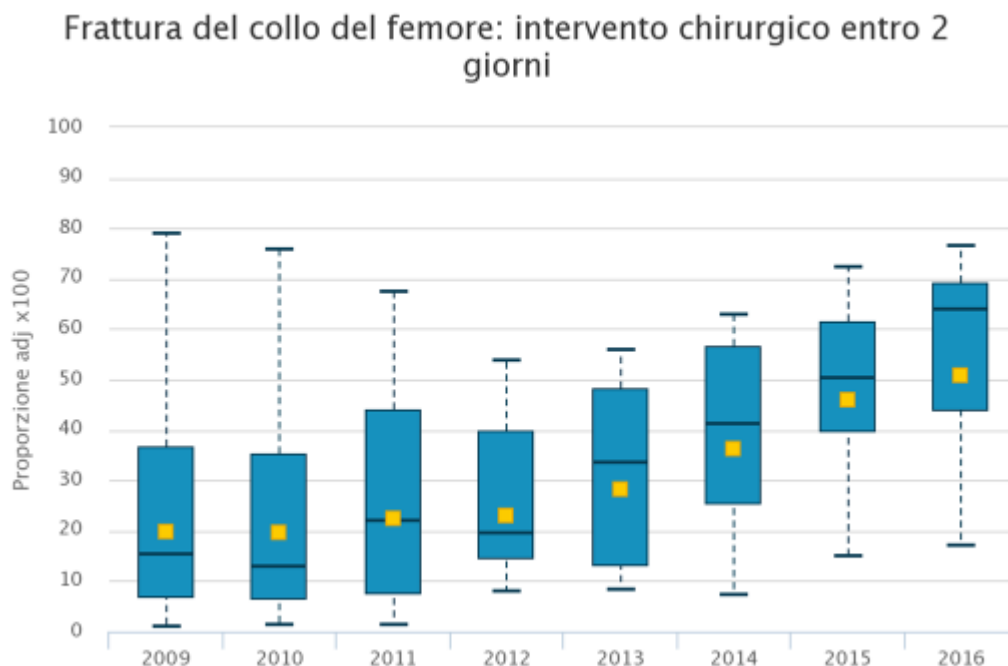
Per l'indicatore Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella il PNE evidenzia un trend in diminuzione.



Per l'indicatore Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per il tumore invasivo della mammella, il PNE evidenzia un trend in aumento.



Per l'indicatore Proporzione di parti con taglio cesareo primario il PNE evidenzia un trend stabile con una leggera diminuzione negli ultimi due anni.



Per l'indicatore Frattura di collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni, il PNE evidenzia un importante miglioramento, ed è prevedibile un ulteriore miglioramento nel corso del 2019 (Progetto obiettivo ospedale marino CA).

B. La Programmazione Attuativa Locale

La programmazione attuativa locale P.A.L. è lo strumento che traduce in interventi e servizi la programmazione sanitaria aziendale, con l'obiettivo di trasformare la domanda di salute ed assistenza in azioni concrete attuabili da parte delle ASSL, è uno strumento inoltre che valorizza e rafforza le relazioni con le comunità locali e i cittadini, rappresentati nelle Conferenze territoriali socio-sanitarie e nelle Consultazioni locali di cittadinanza.

Pertanto al fine di acquisire gli elementi utili per la predisposizione dei documenti di programmazione, in un'ottica di sinergia sistemica, facendo seguito alla riunione del Direttore Generale con i Direttori di ASSL tenutasi all'uopo il 4 settembre u.s., l'ATS, con nota NP/2018/60037 del 5/09/2018, ha trasmesso alle ASSL una sintesi delle Linee Strategiche delineate nel presente documento per definire i progetti attuativi da realizzare nel successivo triennio nelle ASSL di riferimento.

I progetti attuativi definiti dalle ASSL sono rappresentati nell'allegato **Programmazione Attuativa Locale 2019-2020** quale parte integrante e sostanziale del presente documento.

Parte III - La Programmazione Economico Patrimoniale

A. Il Bilancio Preventivo Economico Annuale e Pluriennale

Il Bilancio Economico Preventivo per gli anni 2019-2021 è stato redatto secondo gli schemi ed in conformità alle disposizioni contenute nella d.G.R. N. 58/16 del 27.12.2017 avente ad oggetto "direttive di programmazione per le Aziende Sanitarie, ai sensi degli artt. 13 e 27 della legge regionale 28 luglio 2006 n. 10 – Abrogazione della delib.G.R. n. 50/19 dell'11.12.2007"

In particolare, il citato provvedimento regionale, considerato che il riallineamento del quadro normativo regionale in materia di programmazione, contabilità e bilancio è stato completato dalla legge regionale 27 luglio 2016, n. 17, procede alla revisione delle direttive di programmazione sostituendo e abrogando definitivamente la delib.G.R. n. 50/19 del 2007.

La documentazione si compone del Bilancio di previsione, che include un conto economico preventivo (a cui è allegato il conto economico dettagliato secondo lo schema CE) e un piano dei flussi di cassa prospettici. Sono previsti, inoltre, la presente Nota Illustrativa (che esplica i criteri impiegati nell'elaborazione del bilancio) il Piano degli Investimenti (che definisce gli investimenti da effettuare nel triennio e le relative modalità di finanziamento) di cui alla Deliberazione n. 1103 del 27/10/2017 e una Relazione di accompagnamento del Direttore Generale.

Il CE di Previsione è stato redatto tenendo conto della normativa in materia di contabilità e bilancio dettata da:

- norme civilistiche, di cui agli articoli 2423 e seguenti del codice civile, e principi contabili emanati da OIC;
- Decreto Legislativo n. 118/2011, avente ad oggetto "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi";
- d.G.R. N. 58/16 del 27.12.2017 avente ad oggetto "direttive di programmazione per le Aziende Sanitarie, ai sensi degli artt. 13 e 27 della legge regionale 28 luglio 2006 n. 10 – Abrogazione della Delib.G.R. n. 50/19 dell'11.12.2007";
- nonché in ottemperanza a quanto previsto dalle comunicazioni assessoriali pervenute sulla tematica oggetto del presente documento.

Considerato il BEP 2018 è stato aggiornato ad ottobre (Deliberazione del Direttore Generale n. 1125 del 31/10/2018) dato il valore programmatico, i relativi valori sono stati assunti come base per l'effettuazione dei calcoli previsionali del bilancio 2019. Tuttavia occorre chiarire che per alcune voci specifiche si è fatto riferimento agli ultimissimi aggiornamenti dei dati del consuntivo 2017 (in fase di approvazione) in quanto ritenuti in alcuni casi più rappresentativi della dimensione e della consistenza annuale di alcune categorie di ricavi/costi.

Nella predisposizione del bilancio di previsione si è tenuto conto di quanto definito con la d.G.R. n. 63/24 del 15.12.2015 concernente "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Attuazione dell'articolo 29, comma 3 della legge" così come integrata ed aggiornata con d.G.R. n. 23/06 del 08/05/2018, contenente gli ultimi aggiornamenti degli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

(all. A) e dei target economici per il periodo in considerazione (all B). A tale proposito, si coglie l'occasione per ribadire che, come più volte concordato con il competente assessorato, anche per il periodo di programmazione oggetto della presente documentazione, pur rimanendo pienamente confermata l'intenzione di perseguire i target di risparmio indicati nei documenti della programmazione regionale secondo le relative aree tematiche, si ritiene comunque applicabile il principio della compensazione fra i costi, tale per cui i risparmi ulteriori ottenuti in alcune voci di costo posso andare a compensare i minori risparmi eventualmente conseguiti nelle voci oggetto di target.

Nell'elaborazione delle presenti ipotesi previsionali, inoltre, sono state considerate le varie interlocuzioni e note con il competente assessorato regionale ed in particolare, da ultimo, la nota Ras n. 24878 del 22/10/2018 in tema di indicazioni per la compilazione dei Bilanci di previsione 2019.

Le seguenti previsioni sono state elaborate in coerenza di quanto previsto con propria deliberazione del Direttore Generale n. 1098 del 24/10/2018 in tema di aggiornamento del programma triennale dei lavori pubblici.

Nell'effettuare le previsioni economiche in tema di personale si è fatto riferimento alla propria deliberazione n. 1041 del 25/09/2018 con la quale è stato approvato il Piano Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, che non si ritiene in questo momento opportuno modificare sia in ragione della sua recentissima approvazione che gli assegna, di fatto, un valore programmatico e sia in quanto lo scenario di riferimento, con particolare riguardo allo scenario normativo nazionale in materia pensionistica, non si può considerare ancora del tutto compiuto. Alla luce di queste considerazioni l'azienda si riserva di ridefinire e aggiornare in un momento più opportuno i termini della propria programmazione.

La presente documentazione è stata predisposta tenendo conto di quanto definito con il protocollo d'intesa tra la ATS e l'AREUS, in merito alla gestione dei processi amministrativi e contabili, di cui alla d.D.G. n. 876 del 04/07/2018 e del relativo programma di riparto dei costi allo stesso allegato. Tali previsioni economiche sono ovviamente legate al rispetto della tempistica di avvio e sviluppo della nuova azienda prevista nei programmi e qualora la detta tempistica non fosse rispettata, ciò comporterebbe un necessario adeguamento dei relativi valori economici.

Per il quadro macro economico previsionale, ed in particolare per la stima delle assegnazioni attese per gli anni 2020 e 2021 in relazione al livello di finanziamenti del SSN previsto, si è fatto riferimento a quanto riportato nella relazione tecnica di accompagnamento alla nota di aggiornamento al Def 2019, sottoposta all'esame delle Camere.

In estrema sintesi, la programmazione economica rappresentata considera uno scenario di coerenza con le previsioni regionali che determina il raggiungimento del pareggio di bilancio nell'anno 2019 ed il consolidamento di tale risultato nell'arco del triennio prossimo futuro.

Il Bilancio Preventivo Economico è stato redatto quale documento allegato al presente Piano per farne parte integrante e sostanziale e si compone dei seguenti documenti:

- 1.Conto economico preventivo annuale e pluriennale
- 2.Modello di rilevazione CE preventivo annuale
- 3.Piano dei flussi di cassa prospettici
- 4.Prospetto per la ripartizione dei pagamenti per missioni e programmi
- 5.Piano triennale degli investimenti
- 6.Nota illustrativa
- 7.Relazione del Direttore Generale
- 8.Piano del Fabbisogno del personale
- 9.Relazione del Collegio sindacale

Bilancio Preventivo economico Annuale e Pluriennale

		Annuale					
SCHEMA DI BILANCIO		ATS BEP 2019	ATS BEP 2018	Differen za T - (T-1)	Variazio ne % T/T-1	ATS BEP 2020	ATS BEP 2021
VALORE DELLA PRODUZIONE							
1)	Contributi in c/esercizio	€ 2.916.787	€ 2.854.106	€ 62.681	2,20%	€ 2.880.287	€ 2.848.087
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale		€ 2.686.774	€ 2.694.376	-€ 7.602	-0,28%	€ 2.733.654	€ 2.768.813
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo		€ 230.013	€ 159.730	€ 70.283	44,00%	€ 146.633	€ 79.273
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati		€ 42.238	€ 56.552	-€ 14.314	-25,31%	€ 42.238	€ 42.238
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA		€ 155.485	€ 66.704	€ 88.781	133,10%	€ 72.105	€ 4.745
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA		€ 8.409	€ 12.593	-€ 4.184	-33,22%	€ 8.409	€ 8.409
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro		€ 21.161	€ 21.161	€ -	0,00%	€ 21.161	€ 21.161
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)		€ -	€ -	€ -	#DIV/0!	€ -	€ -
6) Contributi da altri soggetti pubblici		€ 2.720	€ 2.720	€ -	0,00%	€ 2.720	€ 2.720
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca		€ -	€ -	€ -		€ -	€ -
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente		€ -	€ -	€ -		€ -	€ -
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata		€ -	€ -	€ -		€ -	€ -
3) da Regione e altri soggetti pubblici		€ -	€ -	€ -		€ -	€ -
4) da privati		€ -	€ -	€ -		€ -	€ -
d) Contributi in c/esercizio - da privati		€ -	€ -	€ -		€ -	€ -
2)	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-€ 15.000	-€ 14.000	-€ 1.000	7,14%	-€ 15.000	-€ 15.000
3)	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	€ 14.939	€ 13.232	€ 1.707	12,90%	€ 14.939	€ 14.939
4)	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	€ 24.810	€ 25.424	-€ 614	-2,42%	€ 24.810	€ 24.810
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche		€ 14.075	€ 14.075	€ -	0,00%	€ 14.075	€ 14.075
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia		€ 5.737	€ 6.351	-€ 614	-9,67%	€ 5.737	€ 5.737
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro		€ 4.998	€ 4.998	€ -	0,00%	€ 4.998	€ 4.998
5)	Concorsi, recuperi e rimborsi	€ 52.675	€ 76.368	-€ 23.693	-31,02%	€ 52.675	€ 52.675
6)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	€ 18.713	€ 15.092	€ 3.621	23,99%	€ 18.713	€ 18.713
7)	Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	€ 26.363	€ 29.532	-€ 3.169	-10,73%	€ 26.363	€ 26.363
8)	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -

9) Altri ricavi e proventi	€ 4.959	€ 1.887	€ 3.072	162,80%	€ 4.959	€ 4.959
Totale A	€ 3.044.246	€ 3.001.641	€ 42.605	1,42%	€ 3.007.746	€ 2.975.546
COSTI DELLA PRODUZIONE			€ -			
1) Acquisti di beni	€ 345.953	€ 354.292	-€ 8.339	-2,35%	€ 337.953	€ 326.953
a) Acquisti di beni sanitari	€ 338.193	€ 346.298	-€ 8.105	-2,34%	€ 330.193	€ 319.193
b) Acquisti di beni non sanitari	€ 7.760	€ 7.994	-€ 234	-2,93%	€ 7.760	€ 7.760
2) Acquisti di servizi sanitari	€ 1.442.032	€ 1.466.988	-€ 24.956	-1,70%	€ 1.428.532	€ 1.417.332
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	€ 196.994	€ 195.195	€ 1.799	0,92%	€ 196.994	€ 196.994
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	€ 240.280	€ 245.280	-€ 5.000	-2,04%	€ 232.780	€ 227.780
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	€ 201.923	€ 201.923	€ -	0,00%	€ 201.923	€ 200.923
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	€ 49.199	€ 50.199	-€ 1.000	-1,99%	€ 46.199	€ 44.499
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	€ 37.140	€ 38.246	-€ 1.106	-2,89%	€ 36.140	€ 35.140
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	€ 20.425	€ 21.319	-€ 894	-4,19%	€ 20.425	€ 20.425
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	€ 437.788	€ 438.788	-€ 1.000	-0,23%	€ 437.788	€ 436.788
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	€ 20.733	€ 20.733	€ -	0,00%	€ 20.733	€ 20.733
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	€ 120.748	€ 121.248	-€ 500	-0,41%	€ 120.748	€ 120.748
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	€ 2.251	€ 2.251	€ -	0,00%	€ 2.251	€ 2.251
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	€ 4.517	€ 17.816	-€ 13.299	-74,64%	€ 4.517	€ 4.517
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	€ 81.355	€ 82.355	-€ 1.000	-1,21%	€ 81.355	€ 80.355
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intraoemia)	€ 3.845	€ 3.845	€ -	0,00%	€ 3.845	€ 3.845
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	€ 9.829	€ 9.829	€ 0	0,00%	€ 9.829	€ 9.829
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	€ 11.718	€ 14.674	-€ 2.956	-20,14%	€ 9.718	€ 9.218
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	€ 3.284	€ 3.284	€ -	0,00%	€ 3.284	€ 3.284
q) Costi per differenziale Tariffe TUC	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -
3) Acquisti di servizi non sanitari	€ 178.280	€ 181.051	-€ 2.771	-1,53%	€ 171.280	€ 167.780
a) Servizi non sanitari	€ 172.484	€ 173.190	-€ 706	-0,41%	€ 165.984	€ 162.984
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	€ 3.342	€ 5.842	-€ 2.500	-42,79%	€ 2.842	€ 2.342
c) Formazione	€ 2.453	€ 2.018	€ 435	21,55%	€ 2.453	€ 2.453
4) Manutenzione e riparazione	€ 37.366	€ 41.511	-€ 4.145	-9,99%	€ 35.866	€ 33.866
5) Godimento di beni di terzi	€ 19.909	€ 20.145	-€ 236	-1,17%	€ 16.409	€ 12.409
6) Costi del personale	€ 823.099	€ 824.916	-€ 1.817	-0,22%	€ 823.099	€ 823.099
a) Personale dirigente medico	€ 352.039	€ 343.642	€ 8.397	2,44%	€ 352.039	€ 352.039
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	€ 38.190	€ 35.099	€ 3.091	8,81%	€ 38.190	€ 38.190

c) Personale comparto ruolo sanitario	€ 293.952	€ 301.385	-€ 7.433	-2,47%	€ 293.952	€ 293.952
d) Personale dirigente altri ruoli	€ 10.454	€ 9.766	€ 688	7,04%	€ 10.454	€ 10.454
e) Personale comparto altri ruoli	€ 128.464	€ 135.024	-€ 6.560	-4,86%	€ 128.464	€ 128.464
7) Oneri diversi di gestione	€ 10.420	€ 10.420	€ -	0,00%	€ 10.420	€ 10.420
8) Ammortamenti	€ 49.044	€ 49.288	-€ 244	-0,50%	€ 49.044	€ 49.044
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	€ 2.501	€ 2.501	€ -	0,00%	€ 2.501	€ 2.501
b) Ammortamenti dei Fabbricati	€ 23.135	€ 23.135	€ -	0,00%	€ 23.135	€ 23.135
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	€ 23.408	€ 23.652	-€ 244	-1,03%	€ 23.408	€ 23.408
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	€ 0	€ 1.891	-€ 1.891	-99,99%	€ 0	€ 0
10) Variazione delle rimanenze	-€ 520	-€ 50	-€ 470	939,20%	-€ 520	-€ 520
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	-€ 500	-€ 150	-€ 350	233,33%	-€ 500	-€ 500
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-€ 20	€ 100	-€ 120	-119,60%	-€ 20	-€ 20
11) Accantonamenti	€ 76.952	€ 64.149	€ 12.803	19,96%	€ 73.952	€ 73.452
a) Accantonamenti per rischi	€ 18.356	€ 23.855	-€ 5.499	-23,05%	€ 15.356	€ 14.856
b) Accantonamenti per premio operosità	€ 2.608	€ 2.608	€ -	0,00%	€ 2.608	€ 2.608
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	€ 21.274	€ 21.274	€ -	0,00%	€ 21.274	€ 21.274
d) Altri accantonamenti	€ 34.715	€ 16.413	€ 18.302	111,51%	€ 34.715	€ 34.715
Totale B	€ 2.982.537	€ 3.014.602	-€ 32.065	-1,06%	€ 2.946.037	€ 2.913.837
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	€ 61.709	-€ 12.961	€ 74.670	-576,11%	€ 61.709	€ 61.709
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			€ -			
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	€ 287	€ 287	€ -	0,00%	€ 287	€ 287
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	€ 2.479	€ 2.479	€ -	0,00%	€ 2.479	€ 2.479
Totale C	-€ 2.192	-€ 2.192	€ -	0,00%	-€ 2.192	-€ 2.192
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE			€ -			
1) Rivalutazioni	€ -	-€ 1	€ 1		€ -	€ -
2) Svalutazioni	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -
Totale D	€ -	-€ 1	€ 1		€ -	€ -
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI			€ -			
1) Proventi straordinari	€ -	€ 1.981	-€ 1.981		€ -	€ -
a) Plusvalenze	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -
b) Altri proventi straordinari	€ -	€ 1.981	-€ 1.981		€ -	€ -
2) Oneri straordinari	€ 0	€ -	€ 0		€ 0	€ 0
a) Minusvalenze	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -

b) Altri oneri straordinari	€ 0	€ -	€ 0		€ 0	€ 0
Totale E	-€ 0	€ 1.981	-€ 1.981		-€ 0	-€ 0
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	€ 59.517	-€ 13.173	€ 72.690	-	€ 59.517	€ 59.517
1) IRAP	€ 58.854	€ 59.088	-€ 234	-0,40%	€ 58.854	€ 58.854
a) IRAP relativa a personale dipendente	€ 52.678	€ 52.762	-€ 84	-0,16%	€ 52.678	€ 52.678
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	€ 5.903	€ 6.053	-€ 150	-2,48%	€ 5.903	€ 5.903
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	€ 272	€ 272	€ -	0,00%	€ 272	€ 272
d) Irapp relativa ad attività commerciali	€ -	€ -	€ -	#DIV/0!	€ -	€ -
2) Ires	€ 656	€ 656	€ -	0,00%	€ 656	€ 656
3) Accantonamento a fondo imposte (Accantonamenti, condoni)	€ 7	€ 7	€ -	0,00%	€ 7	€ 7
Totale Y	€ 59.517	€ 59.751	-€ 234	-0,39%	€ 59.517	€ 59.517
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	€ -	-€ 72.924	€ 72.924	-100,00%	€ -	€ -

Parte IV - La Programmazione Sanitaria triennale delle Aziende Ospedaliere e dell'AREUS

La L. R. n. 10 del 28.07.2006 "Tutela della salute e riordino del sistema sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995 n. 5, e ss.mm.ii." come modificata dalla legge Regionale n. 17/2016, al comma 1, lettera a) della L. n. 10 all'art. 13 prevede l'adozione del documento di programmazione sanitaria triennale da parte del Direttore Generale dell'Azienda per la Tutela della Salute (ATS), nel quale si esplicitano le azioni strategiche aziendali, si definisce la programmazione attuativa locale e le risorse individuate per ciascuna area socio sanitaria locale, sulla base delle priorità e degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale e degli obiettivi assegnati ai direttori generali dalla Giunta regionale.

La delibera di giunta regionale n. 58/16 del 27.12.2017, revisiona le direttive di programmazione, in sostituzione ed abrogazione di quelle previste nella Delib.G.R. n. 50/19 del 2007 e approva le nuove "Direttive di programmazione per le aziende sanitarie".

In tali direttive si evidenzia come il programma sanitario triennale del servizio sanitario regionale, debba essere espressione della compartecipazione di tutte le aziende del sistema sanitario regionale, pertanto ATS Sardegna, nel proprio ruolo di committente, nella stesura del presente documento tiene conto dell'offerta delle aziende ospedaliere e dell'AREUS, per soddisfare la domanda di salute della popolazione residente o presente a qualsiasi titolo nel territorio regionale. Al fine del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale e dalle delibere RAS n°19/41 del 17.04.2018 e n°34/12 del 0.07.2018, è indispensabile che le aziende del SSR nel loro complesso lavorino in sinergia con procedure operative condivise. A tal proposito, l'ATS al fine di acquisire gli elementi utili per la predisposizione dei documenti di programmazione ha trasmesso con nota prot.PG/2018/0293967 del 14.09.2018, alle aziende ospedaliere

universitarie, ospedaliere e all'AREUS, un documento di raccordo quale importante strumento per garantire una riorganizzazione dell'offerta produttiva finalizzata alla qualificazione dell'intera rete assistenziale regionale e ad orientare la produzione verso prestazioni strategicamente distribuite in tutto il territorio regionale.

A seguito di quanto inviato con la nota prot. PG/2018/0293967 del 14.09.2018, nonché degli incontri intercorsi tra le strutture di Staff ATS e le Direzioni delle Aziende del SSR, con nota prot. PG/2018/0320356 del 8/10/2018 si è richiesto alle aziende ospedaliere universitarie, ospedaliere e all'AREUS, l'invio di un documento sintetico, contenente le tendenze evolutive per il triennio dell'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale in termini di volumi e valore della produzione, con indicazione di eventuali variazioni in incremento/decremento dei volumi di attività per specifica disciplina o branca di erogazione, e le eventuali azioni di efficientamento organizzativo con impatto sui volumi e valore delle prestazioni erogabili; all'Azienda di Emergenza -Urgenza AREUS si è invece richiesto di trasmettere una scheda sintetica di evoluzione triennale della tipologia e dei volumi dei servizi erogabili.

L'ATS nell'ambito della **funzione di committenza** ha chiesto alle sopracitate aziende che nella predisposizione del suddetto documento esplicitassero azioni tendenti a garantire:

- Autosufficienza regionale per le prestazioni che non richiedano bacini di riferimento superiori ai 2 milioni di abitanti;
- Incremento delle attività riferibili alle discipline di alta complessità con tendenza al recupero della mobilità passiva extraregionale;
- Definizione di Azioni di efficientamento organizzativo che permettano lo svolgimento alle Aziende delle funzioni loro attribuite dal piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, tenendo conto del contesto metropolitano ed urbano di riferimento (Dea di II e I livello per l'AOU di SS e AO Brotzu, Dea di I livello per l'AOU di CA).
- Erogazione di tutte le prestazioni in condizioni di appropriatezza sia prescrittiva (secondi accessi ambulatoriali) che di setting erogativo. Analoga appropriatezza prescrittiva è richiesta nella prescrizione di ausili, dispositivi medici e farmaci secondo protocolli condivisi regionali (RAS o ATS – Aziende)
- Erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che contribuiscano all'abbattimento dei tempi d'attesa nei rispettivi bacini di riferimento. Con particolare riferimento a:
 - prestazioni di specialità erogate prevalentemente o esclusivamente dalle aziende ospedaliere;
 - prestazioni di diagnostica per immagini (PET, TC, RM, Ecografie specialistiche) per cui vi sia alta attesa nell'area di riferimento;
 - prestazioni specialistiche di II livello relative alle campagne di screening oncologici.
- Definizione di accordi operativi per la dimissione protetta e precoce dei pazienti presenti nelle strutture ospedaliere e la continuità di presa in carico dei pazienti cronici secondo specifici percorsi. (Ospedale -Territorio e Territorio -Ospedale).

Di seguito si evidenziano per il triennio 2019-2021 la tipologia e i volumi dei servizi erogabili da parte dell'AREUS e le tendenze evolutive dell'attività di ricovero, di specialistica ambulatoriale e le azioni di efficientamento organizzativo esplicitate dalle aziende ospedaliere universitarie e dall'azienda ospedaliera Brotzu. Nel documento di raccordo PG/2018/0293967 del 14.09.2018 è previsto che entro il 31.12.2018 ATS Sardegna e le Aziende ospedaliere del SSR, con il particolare coinvolgimento delle Aree Socio Sanitarie di Sassari e Cagliari, procedano alla definizione di un documento nel quale siano dettagliati i volumi, tendenziali attesi, per il 2019 delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale come contributo al governo delle liste d'attesa, nonché le procedure di presa in carico (territorio-ospedale) e dimissione (ospedale-territorio) dei pazienti con problematiche legate a cronicità o non autosufficienza.

A. La Programmazione Sanitaria dell'AOU di Cagliari

A seguito di quanto richiesto con note prot. PG/2018/0293967 del 14.09.2018 e prot. PG/2018/0320356 del 8/10/2018 nonché dei successivi incontri intercorsi tra le strutture di Staff ATS e la Direzioni della Azienda, alla data di conclusione del presente documento non sono evidenziabili le tendenze evolutive dei volumi di attività per il triennio 2019-2021, anche in virtù di problematiche legate all'evoluzione dell'edilizia ospedaliera.

Si espongono di seguito i volumi di attività erogati dall'AOU di Ca nel corso del 2017.

Accessi al P.S.



N. accessi al P.S. del San Giovanni di Dio suddivisi per codice triage

Struttura Erogante	Triage	Accessi 2016	Prestazioni Registrare 2016	Importo accesso 2016	Accessi 2017	Prestazioni Registrare 2017	Importo accesso 2017
20090601 - San Giovanni Di Dio - (Cagliari)	1-B - bianco, non critico	2.548	5.842	99.787,51	1.918	4.392	77.134,50
20090601 - San Giovanni Di Dio - (Cagliari)	2-V - verde, poco critico	17.520	44.855	746.428,62	14.227	38.450	630.480,44
20090601 - San Giovanni Di Dio - (Cagliari)	3-G - giallo, mediamente critico	11.136	28.712	670.566,38	6.583	18.228	421.632,99

20090601 - San Giovanni Di Dio - (Cagliari)	4-R - rosso, molto critico	753	2.313	62.464,35	475	1.510	40.943,25
20090601 - San Giovanni Di Dio - (Cagliari)	5-N - nero, deceduto	5	7	126,54	2	3	52,94
20090601 - San Giovanni Di Dio - (Cagliari)	6-X - non eseguito	-	-	-	2	0	0,00
Totali		31.962	81.729	1.579.373	23.207	62.583	1.170.244

N. accessi al P.S. del Policlinico di Monserrato suddivisi per codice triage

Struttura Erogante	Triage	Accessi 2016	Prestazioni Registrare 2016	Importo € accesso 2016	Accessi 2017	Prestazioni Registrare 2017	Importo € accesso 2017
Policlinico Monserrato	1-B - bianco, non critico	563	572	11.818	1.157	1.428	29.229
Policlinico Monserrato	2-V - verde, poco critico	1.507	1.529	31.589	8.615	13.060	277.065
Policlinico Monserrato	3-G - giallo, mediamente critico	3.416	3.475	71.833	9.362	21.135	486.949
Policlinico Monserrato	4-R - rosso, molto critico	-	-	-	466	1.510	45.813
Policlinico Monserrato	5-N - nero, deceduto	-	-	-	4	10	990
Policlinico Monserrato	6-X - non eseguito	-	-	-	3	0	0,00
Totali		5.486	5.576	115.240	19.607	37.143	840.046

Problema principale di accesso al P.S.

Problema Principale	Totale Dimessi 2017
01 - Coma	29
02 - Sindrome neurologica acuta	772
03 - Altri sintomi sistema nervoso	1.359
04 - Dolore addominale	2.922
05 - Dolore toracico	1.843
06 - Dispnea	925
07 - Dolore precordiale	98
08 - Shock	11
09 - Emorragia non traumatica	311
10 - Trauma	1.449
11 - Intossicazione	113
12 - Febbre	533
13 - Reazione allergica	159
14 - Alterazioni del ritmo	588
15 - Ipertensione arteriosa	396
16 - Stato di agitazione psicomotoria	25
17 - Sintomi o disturbi oculistici	13.067
18 - Sintomi o disturbi otorinolaringoiatrici	2.169
19 - Sintomi o disturbi ostetrico-ginecologici	7.247
20 - Sintomi o disturbi dermatologici	1.163
21 - Sintomi o disturbi odontostomatologici	55
22 - Sintomi o disturbi urologici	426
23 - Altri sintomi o disturbi	6.895
24 - Accertamenti medico legali	33
25 - Problema sociale	58
26 - Caduta da altezza inferiore o uguale alla statura del soggetto	10
27 - Ustione	14
28 - Psichiatrico	30
29 - Pneumologia/ Patologia Respiratoria	64
30 - Violenza altrui	50
Totale complessivo	42.814

Specialistica Ambulatoriale

Prestazioni ambulatoriali erogate per disciplina

Disciplina Erogatrice	Prestazioni 2016	Valore € prestazioni 2016	Prestazioni 2017	Valore € prestazioni 2017
00x0 - <NV>	554.975	3.578.227	534.950	3.438.231
01x0 - Allergologia	9.855	197.993	12.985	278.553
03x0 - Anatomia E Istologia Patologica	8.223	207.521	8.719	233.109
05x0 - Angiologia	15	1.037	17	1.330
08x0 - Cardiologia	3.900	108.437	7.779	221.066
09x0 - Chirurgia Generale	5.213	265.716	7.677	246.717
10x0 - Chirurgia Maxillo-Facciale	84	4.700	100	5.880
14x0 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	1.020	22.271	2.680	70.764
19x0 - Endocrinologia	32.573	254.363	48.085	433.042
21x0 - Geriatria	810	19.876	992	26.172
25x0 - Medicina Del Lavoro	27	558	234	4.819
26x0 - Medicina Generale	52.217	588.024	44.636	599.865
29x0 - Nefrologia	862	13.994	1.753	28.676
32x0 - Neurologia	9.574	136.704	10.272	167.382
33x0 - Neuropsichiatria Infantile	1.755	15.095	75	651
34x0 - Oculistica	5.321	518.967	12.034	1.435.548
35x0 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	2.560	52.083	2.317	86.537
37x0 - Ostetricia E Ginecologia	18.441	285.036	23.557	685.761
38x0 - Otorinolaringoiatria	1.732	32.982	8.159	154.693
39x0 - Pediatria	2.505	99.454	3.427	136.811
40x0 - Psichiatria	1.021	16.023	1.267	16.901
43x0 - Urologia	0	0	2.869	116.472
49x0 - Terapia Intensiva	4.121	50.930	6.188	85.754
51x0 - Astanteria	70.162	1.197.620	82.712	1.430.395
52x0 - Dermosifilopatia	7.996	156.683	26.215	541.642
55x0 - Farmacologia Clinica	6.709	53.463	10.944	121.755
56x0 - Medicina Fisica E Riabilitazione	1.129	21.157	2.294	55.518
58x0 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia	3.010	66.644	6.729	155.116
61x0 - Diagnostica Per Immagini - Medicina Nucleare	1.344	108.946	1.677	153.417
62x0 - Neonatologia	472	5.748	7.273	183.763
64x0 - Oncologia	5.701	69.169	4.872	64.046
69x0 - Diagnostica Per Immagini - Radiologia Diagnostica	7.137	772.471	10.054	1.007.060
71x0 - Reumatologia	7.257	157.614	9.500	243.482
x0x0 - <NV>	20.669	483.946	18.849	962.531
Totale	848.390	9.563.449	921.891	13.393.457

Attività ospedaliera

N. dimissioni per regime

COD. DISCI P.	DESCRIZIONE DISCIPLINA	Totale Dimes si ORD	Totale Dimes si DH/D S	Totale Dimes si	GG di Degenza	Acces si DH	Importo Degenza ORD (€)	Importo Degenza DH (€)	Importo degenza totale (€)
01	Allergologia	0	570	570	0	2.472	0	726.087	726.087
08	Cardiologia	1.080	111	1.191	8.489	147	5.466.491	378.427	5.844.917
09	Chirurgia generale	3.025	620	3.645	17.168	620	9.062.963	964.923	10.027.886
13	Chirurgia toracica	35	0	35	657	0	166.220	0	166.220
14	Chirurgia vascolare	131	42	173	1.419	42	727.584	59.767	787.351
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	74	8	82	727	57	142.137	15.749	157.887
26	Medicina generale	4.715	385	5.100	36.752	1.346	11.399.586	367.385	11.766.971
31	Nido	1.185	0	1.185	3.319	0	611.650	0	611.650
32	Neurologia	785	19	804	6.451	76	2.013.161	19.047	2.032.208
34	Oculistica	225	2.903	3.128	592	2.903	378.040	5.117.875	5.495.915
37	Ostetricia e ginecologia	2.982	579	3.561	13.090	579	5.658.966	806.027	6.464.992
38	Otorinolaringoiatria	874	114	988	4.246	114	2.639.254	165.003	2.804.257
49	Terapia intensiva	77	0	77	1.492	0	1.120.084	0	1.120.084
50	Unità coronarica	62	0	62	357	0	234.242	0	234.242
52	Dermatologia	0	484	484	0	518	0	1.030.081	1.030.081
55	Farmacologia clinica	0	79	79	0	905	0	222.374	222.374
58	Gastroenterologia	487	73	560	3.692	368	1.193.588	92.582	1.286.169
62	Neonatologia	797	0	797	5.665	0	1.698.268	0	1.698.268
64	Oncologia	589	956	1.545	4.621	6.123	1.893.639	1.911.368	3.805.007
71	Reumatologia	434	134	568	4.482	757	1.599.236	187.695	1.786.931
73	Terapia intensiva neonatale	211	0	211	6.586	0	1.625.772	0	1.625.772
Totale		17.768	7.077	24.845	119.805	17.027	47.630.879	12.064.389	59.695.268

Drg rappresentati con almeno 100 ricoveri

Codice DRG	DESCRIZIONE DRG	1 - Ricovero Ordinario		2 - Day Hospital		Dimessi totale	Valori (€) totale
		Dimessi	Valori (€)	Dimessi	Valori (€)		
042	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	117	214.359	2556	4.682.924	2673	4.897.283
391	NEONATO NORMALE	1260	649.697	0	0	1260	649.697
373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	1019	1.445.653	0	0	1019	1.445.653
490	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	6	15.917	671	827.216	677	843.133
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	66	116.639	547	1.247.484	613	1.364.122
371	PARTO CESAREO SENZA CC	604	1.469.475	0	0	604	1.469.475
183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETÀ >17 SENZA CC	533	475.298	2	457	535	475.755
359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	235	593.613	212	405.408	447	999.020
127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	432	1.172.342	0	0	432	1.172.342
266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	48	119.763	374	750.693	422	870.456

Codice DRG	DESCRIZIONE DRG	1 - Ricovero Ordinario		2 - Day Hospital		Dimessi totale	Valori (€) totale
		Dimessi	Valori (€)	Dimessi	Valori (€)		
143	DOLORE TORACICO	354	522.396	0	0	354	522.396
290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	354	884.728	0	0	354	884.728
381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	125	146.488	210	212.463	335	358.951
241	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	146	397.037	168	280.251	314	677.288
240	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	261	1.140.304	39	55.214	300	1.195.518
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	64	88.847	223	309.575	287	398.422
203	NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	263	790.577	14	19.160	277	809.737
395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17	270	499.628	2	840	272	500.468
089	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	268	851.182	0	0	268	851.182
202	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA	245	695.376	22	30.002	267	725.378
390	NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE	235	306.529	0	0	235	306.529
275	NEOPLASIE MALIGNI DELLA MAMMELLA SENZA CC	5	13.986	203	460.842	208	474.828
172	NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO DIGERENTE, CON CC	184	634.708	16	7.307	200	642.015
557	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON STENT MEDICATO CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE	197	1.557.051	0	0	197	1.557.051
014	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CELEBRALE	194	676.618	0	0	194	676.618
379	MINACCIA DI ABORTO	188	368.780	0	0	188	368.780
065	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO	180	185.460	0	0	180	185.460
158	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	116	155.016	62	82.276	178	237.292
383	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO CON COMPLICAZIONI MEDICHE	177	217.437	0	0	177	217.437
139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	146	232.246	28	13.651	174	245.897
040	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO LORBITA, ETA' > 17	39	46.117	133	145.070	172	191.187
494	COLECISTECT. LAPAR. SNZ. ESP. DOTTO COM. SNZ. CC	167	477.340	0	0	167	477.340
087	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	165	468.976	0	0	165	468.976
182	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELLAPPARATO DIGERENTE, ETA' > 17 CON CC	163	292.313	0	0	163	292.313
388	PREMATURITA' SENZA AFFEZIONI MAGGIORI	156	587.388	0	0	156	587.388
576	SETTICEMIA SENZA VENTILAZIONE MECCANICA >=96 ORE. ETÀ > 17 ANNI	154	661.252	0	0	154	661.252
142	SINCOPE E COLLASSO, SENZA CC	149	135.583	3	728	152	136.311
364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	26	28.709	124	136.694	150	165.403
384	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE	150	160.887	0	0	150	160.887
090	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 SENZA CC	147	296.393	0	0	147	296.393
450	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 SENZA CC	20	19.377	122	36.668	142	56.044

Codice DRG	DESCRIZIONE DRG	1 - Ricovero Ordinario		2 - Day Hospital		Dimessi totale	Valori (€) totale
		Dimessi	Valori (€)	Dimessi	Valori (€)		
039	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	14	15.483	126	139.350	140	154.833
564	CEFALEA. ETÀ > 17 ANNI	60	56.246	76	220.288	136	276.535
389	NEONATI A TERMINE CON AFFEZIONI MAGGIORI	135	258.508	0	0	135	258.508
082	NEOPLASIE DELLAPPARATO RESPIRATORIO	124	417.095	8	2.324	132	419.419
125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	132	219.011	0	0	132	219.011
558	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON STENT MEDICATO SENZA DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE	127	987.917	0	0	127	987.917
179	MALATTIE INFIAMMATORIE DELLINTESTINO	62	180.465	62	84.673	124	265.138
524	ISCHEMIA CEREBRALE TRANSITORIA	124	273.362	0	0	124	273.362
173	NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO DIGERENTE, SENZA CC	98	304.250	24	13.134	122	317.384
088	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	115	255.124	0	0	115	255.124
055	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	90	149.876	24	35.967	114	185.843
012	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	109	378.992	3	3.254	112	382.245
073	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETÀ > 17	102	152.361	8	2.487	110	154.848
134	IPERTENSIONE	110	100.812	0	0	110	100.812
138	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	102	288.627	8	5.140	110	293.767
265	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE CON CC	12	54.203	98	354.124	110	408.327

B. La Programmazione Sanitaria dell'AOU di Sassari

Fase A (anno 2019-2021)

1. Attivazione di misure di incremento del valore della produzione

Potenziamento dell'area cardiologica	E' previsto nel 2019 l'espletamento della gara di emodinamica che consentirà di potenziare le tecnologie (2 angiografi top di gamma), di accreditare la struttura e di incrementare le attività diagnostico-terapeutiche della U.O. a favore dell'utenza dell'area di riferimento
Potenziamento dell'area cardiocirurgica, con incremento del numero degli interventi operatori	È previsto un incremento della attuale dotazione dei pl da 7 a 11 (nella riorganizzazione ospedaliera ne sono previsti 22). Conseguentemente si potrà incrementare il numero e la complessità degli interventi di cardiocirurgia
Potenziamento dell'area di chirurgia oncologica	L'assunzione degli anestesisti a seguito dell'espletamento del concorso appena espletato potrà consentire il potenziamento delle sedute operatorie a favore dei pazienti oncologici (<i>breast unit</i> compresa) che potranno essere soddisfatte con maggiore tempestività limitando il numero dei cittadini sardi che accedono ai ricoveri extra-regione
Potenziamento dell'area di chirurgia toracica	Il piano di riorganizzazione dell'ospedale prevede la collocazione della SSD nel Dipartimento Cardio Toraco Vascolare insieme a Cardiocirurgia, Chirurgia Vascolare, Pneumologia Clinica ed Interventistica e Cardiologia Clinica ed Interventistica per consentire un aumento della produzione di interventi chirurgici sia in termini numerici che di complessità della casistica trattata.
Potenziamento dell'area di radioterapia.	L'assunzione di 2 TSRM, dei fisici e del direttore della U.O.C. consentirà la presa in carico di 80 pz. per ciclo di terapia contro gli attuali 60 pz. trattati

2. Attivazione di misure di efficientamento organizzativo

Trasferimento delle attività territoriali in ATS: centro TAO	Ad oggi tale attività continua ad essere in carico all'AOU pur essendo un'attività prettamente territoriale.
Trasferimento delle attività territoriali in ATS: ambulatori neurologici di 1^ livello, centro Alzheimer e Centro Parkinson	Così come per il centro Tao anche gli ambulatori di Alzheimer e Parkinson ad oggi gestiscono le attività sia di primo che di secondo livello con presa in carico di un numero di pazienti che hanno come unico riferimento l'AOU. L'obiettivo è quello di dare al paziente un riferimento territoriale e consentirne la presa in carico da parte delle strutture poliambulatoriali più vicine al proprio domicilio (I livello) ed essere AOU, riferimento solo per le attività complesse e per le complicanze (II livello).
Trasferimento delle attività ambulatoriali di I livello di assistenza ai malati con Diabete in ATS.	Anche per quanto riguarda l'assistenza ai malati diabetici, si ritiene che la struttura di diabetologia esistente non debba farsi carico del I livello, che deve essere garantito dal territorio, ma diventare riferimento per i pazienti ricoverati, per attivare e gestire i percorsi dei pazienti complessi e delle complicanze (piede diabetico, maculopatia, etc.).
Definizione condivisa con ATS del percorso dei pazienti ricoverati per trasferimento in strutture territoriali	E' necessario formalizzare processi condivisi con ATS per l'implementazione della rete territoriale dei servizi per la presa in carico dei pazienti in fase di dimissione (Lungodegenza - RSA - Cure Intermedie - ADI)
Definizione condivisa con ATS delle azioni di filtro per l'accesso in Pronto Soccorso	E' necessario formalizzare processi condivisi con ATS per lo sviluppo di strutture territoriali quali Case della salute, Ospedali di Comunità di riferimento territoriale per ridurre l'inappropriatezza nell'uso del Pronto soccorso

Definizione condivisa con ATS dell'attività di screening	Applicazione di quanto disposto dalla Delib.G.R. n. 34/12 del 3.7.2018: Definizione dei rapporti di committenza tra ATS da una parte e Aziende ospedaliero-universitarie e Azienda Ospedaliera Brotzu dall'altra, per l'acquisizione di prestazioni di secondo livello da erogare nell'ambito dei programmi di screening mammografico, cervicale e coloretale, laddove necessario sulla base delle esigenze derivanti dalla riorganizzazione dei percorsi su base regionale (o di area vasta - ricomprendente più ASSL) in funzione degli standard di qualità e di sostenibilità del sistema. Gli accordi interaziendali dovranno regolamentare sia gli standard di qualità garantiti dal percorso, sia i rapporti economici.
----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

C) Conto Economico del Piano Industriale Triennale

Le principali ipotesi utilizzate sono le seguenti:

- Per il lato "Valore della Produzione", l'assunto principale sul quale si è basato l'incremento riguarda l'obiettivo strategico che la Direzione Aziendale ha assegnato ad alcune aree al fine di incrementarne i ricavi caratteristici di produzione a fronte di un incremento meno che proporzionale dei correlati costi. Le aree ritenute strategicamente più rilevanti e quindi da sviluppare nel corso del triennio sono le seguenti:
 - clinica chirurgica
 - patologia chirurgica
 - radioterapia
 - oculistica
 - ortopedia
 - cardiochirurgia
 - cardiologia

C. La Programmazione Sanitaria dell'AO Brotzu di Cagliari

Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni

L'azienda "G. Brotzu" è un'azienda ospedaliera ad elevata specializzazione costituita da tre stabilimenti ospedalieri:

San Michele

Sito in Cagliari, piazzale Ricchi n. 1. Inaugurato nel 1982, è una struttura monoblocco che dispone di 580 posti letto, articolata su 14 piani ed un corpo staccato.

Oncologico A. Businco

Sito in Cagliari, via Jenner n. 1. Inaugurato nel 1972, è una struttura monoblocco dotata di 191 posti letto articolata su 11 piani e tre corpi staccati.

Pediatrico Microcitemico A. Cao

Sito in Cagliari, via Jenner n. 3. Inaugurato nel 1982, è una struttura monoblocco dotata di 69 posti letto articolata su otto piani.

L'accorpamento degli istituti ospedalieri Oncologico Businco e Pediatrico Microcitemico Cao al nucleo originario, costituito dall'istituto ospedaliero San Michele, ha acquisito piena efficacia giuridica a decorrere dal 01/07/2015. Il processo di accorpamento è poi proseguito con l'ulteriore trasferimento dell'unità operativa di Chirurgia Pediatrica, dal Presidio Ospedaliero SS. Trinità dell'ex ASL n. 8 di Cagliari, avvenuto il 14/11/2016. A decorrere da 01/10/2017, sono transitate presso l'AOB le unità operative di Neurochirurgia dal PO Marino e di Oftalmologia dal PO Binaghi. Dal 01/01/2018 è avvenuto il trasferimento delle unità operative di Medicina Nucleare dal PO SS. Trinità e dell'Ematologia CTMO dal PO Binaghi dell'ASSL Cagliari.

Al riguardo, vi è da precisare che l'acquisizione delle unità operative di Neurochirurgia, Oftalmologia, Medicina Nucleare e Ematologia-CTMO non ha comportato un aumento di strutture complesse in quanto le medesime si sono integrate con le strutture già presenti nell'AOB.

L'assetto organizzativo generale è definito nell'Atto Aziendale, approvato con deliberazione n. 1857 del 28/09/2017 e divenuto efficace a seguito della valutazione positiva di conformità agli indirizzi regionali espressa con la DGR n. 47/25 del 10/10/2017, di cui si è preso atto con la deliberazione n. 1961 del 16/10/2017.

L'AOB ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale. Eroga assistenza sanitaria polispecialistica, nell'ambito dell'emergenza-urgenza in qualità di DEA di II° livello, della medicina dei trapianti, delle patologie oncologiche, pediatriche e rare. Costituisce HUB di riferimento regionale per il Sud Sardegna per le altre reti di patologia individuate dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 6/15 del 02/02/2016 (Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna).

L'azienda ospedaliera "G. Brotzu", inoltre, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'08/04/1993, è riconosciuta come azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione, con particolare riferimento alla chirurgia dei trapianti, all'emergenza, alle patologie cardiovascolari e alla patologia neurologica. A seguito dell'accorpamento dei presidi Businco e Cao, ha assunto un ruolo di riferimento regionale anche per le patologie oncologiche e pediatriche.

Nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, secondo quanto anche previsto dalla rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna, l'Azienda Ospedaliera Brotzu è presidio ospedaliero di II livello (HUB) che insiste su una delle due aree più densamente popolate del territorio regionale, l'Area Sud Est.

L'attività dell'A.O.B. è rivolta ad un bacino di utenza di 600.000 abitanti e si sviluppa in prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario (in area medica e chirurgica), in elezione e di pronto soccorso, in regime di day surgery e day hospital, nonché prestazioni ambulatoriali e di day service.

L'Azienda accoglie pazienti provenienti da tutto il territorio regionale, in particolare nella distribuzione si evince una netta preponderanza dei ricoveri di pazienti provenienti dalla provincia di Cagliari, circa il 70%, e comunque dal territorio del sud centro Sardegna (vedi Tab. 1).

Nel 2017 son stati registrati 665 ricoveri per pazienti stranieri residenti all'estero o in altre regioni d'Italia (mobilità extra-regione) di cui 520 in regime di ricovero ordinario e 145 in regime diurno (DH/DS) come si evince dalla tabella seguente (Tab. 3).

Distribuzione dei pazienti residenti in Sardegna ricoverati nel 2017 (RO+DH)

ASL RESIDENZA	N° Ricoveri (ORD+DH)	% Ricoveri (ORD+DH)	Importo (ORD+DH)
101 - SASSARI	794	2,13%	€ 3.099.807,34
102 - OLBIA	546	1,47%	€ 1.754.668,33
103 - NUORO	970	2,60%	€ 3.788.098,25
104 - LANUSEI	768	2,06%	€ 3.234.658,50
105 - ORISTANO	2.296	6,16%	€ 8.203.378,99
106 - SANLURI	2.959	7,94%	€ 10.524.907,04
107 - CARBONIA	2.720	7,30%	€ 9.976.807,98
108 - CAGLIARI	26.209	70,34%	€ 83.982.873,40
TOTALE	37.262	100,00%	€ 124.565.199,83

Fonte : SDO Anno 2017 AOB

Tabella 2: Ricoveri intra ed extra regione Anno 2017

		101	102	103	104	105	106	107	108	EXTRA REG	TOT	101	102	103	104	105	106	107	108	EXTRA REG	TOT	Tot ale complesivo	
DISC	DISCIPLINA	ORD	ORD	ORD	ORD	ORD	ORD	ORD	ORD	ORD	ORD	DH	DH	DH	DH	DH	DH	DH	DH	DH	DH		
02	Day hospital											3		7	10	12	59	55	24	348	7	525	525
07	Cardiochirurgia	10	8	24	31	70	42	54	269	3	511											511	
08	Cardiologia	21	14	46	22	78	151	119	1.308	31	1.790	14	19	61	12	55	29	22	263	1	476	2.266	
09	Chirurgia generale	74	45	68	65	154	203	215	1.876	42	2.742	24	14	23	23	59	48	83	654	8	936	3.678	
10	Ch. maxillo facciale			1		1				9	12	3	6	9	15	150	175	139	973	10	1.481	1.493	
11	Chirurgia pediatrica	6	4	17	9	23	55	33	361	28	536	4	5	13	14	26	45	10	257	4	378	914	
12	Chirurgia plastica		1	2	3	10	20	6	61	2	105	2	2			4	9	14	7	92	3	133	238
13	Chirurgia toracica	24	13	25	20	31	47	58	194	4	416											416	
14	Chirurgia vascolare	14	5	8	18	69	71	94	461	12	752					1		1	2	10		14	766
18	Ematologia	19	4	6	11	26	56	66	252	11	451	28	24	12	22	75	107	163	622	11	1.064	1.515	
19	Mal. endocrine e della nutrizione											3	2	7	3	10	10	7	54		96	96	
26	Medicina generale	12	4	37	21	79	203	94	3.230	52	3.732				1	1		5	30	1	38	3.770	
30	Neurochirurgia	23	17	31	23	83	94	135	633	28	1.067											1.067	
31	Nido	1	1	5	7	12	27	27	547	8	635											635	
32	Neurologia	9	7	17	19	91	130	88	1.172	44	1.577	3	2	3	9	20	33	19	151	1	241	1.818	
33	Neuropsichiatria infantile	12	9	11	5	13	19	9	100	14	192	19	46	40	30	87	89	63	662	12	1.048	1.240	
34	Oculistica						1		2		3	1		20	15	55	53	63	341	8	556	559	
36	Ortopedia e traumatologia	3	3	24	10	10	34	30	326	15	455	1			3	2		5	5	79	1	96	551
37	Ostetricia e ginecologia	24	14	29	29	78	127	135	1.633	55	2.124	92	76	85	47	102	90	125	877	24	1.518	3.642	
38	Otorinolaringoiatria	1		5	1	5	9	8	45		74	4	2	7		7	9	6	93	1	129	203	
39	Pediatria	27	15	23	43	55	207	62	1.603	71	2.106	67	38	23	11	49	59	42	268	9	566	2.672	
43	Urologia	19	7	28	12	66	57	45	577	15	826	10	6	17	12	30	21	18	249	4	367	1.193	
48	Nefrologia (abilitazione tra	23	13	25	24	45	54	56	549	9	798	4			3	3	10	9	12	166	5	212	1.010
49	Terapia intensiva	32	12	23	19	33	60	50	350	20	599	14	8	26	10	33	50	40	451	4	636	1.235	
50	Unità coronarica			1	1	1	2	3	43	5	56											56	
	Recupero e riabilitazione funzionale														1	1	8	27	13	286		336	336
58	Gastroenterologia	3	3	11	10	32	55	28	701	23	866	4	2	5	1	13	7	23	77	1	133	999	
61	Medicina nucleare	54	8	30	8	27	10	23	83	1	244											244	
62	Neonatalogia	3	1	1	1	4	7	5	141	6	169											169	
64	Oncologia	22	13	43	27	108	55	114	816	16	1.214	18	5	32	39	166	169	237	1.426	19	2.111	3.325	
	Oncoematologia pediatrica	14	30	5	15	24	17	7	130	2	244	14	21	18	25	34	29	20	175	10	346	590	
75	Neuro-riabilitazione	2	1	1	2		3	4	40	2	55	10	9	4	1	10	8	4	93	1	140	195	
Totale complessivo		452	252	547	456	1.228	1.816	1.568	17.512	520	24.351	342	294	423	312	1.068	1.143	1.152	8.697	145	13.576	37.927	

Fonte: SDO Anno 2017 AOB

Ricoveri Extraregione per disciplina Anno 2017

DISC	DISCIPLINA	ORD	DH
02	Day hospital	0	7
07	Cardiochirurgia	3	0
08	Cardiologia	31	1
09	Chirurgia generale	42	8
10	Chirurgia maxillo-facciale	1	10
11	Chirurgia pediatrica	28	4
12	Chirurgia plastica	2	3
13	Chirurgia toracica	4	0
14	Chirurgia vascolare	12	0
18	Ematologia	11	11
26	Medicina generale	52	1
30	Neurochirurgia	28	0
31	Nido	8	0
32	Neurologia	44	1
33	Neuropsichiatria infantile	14	12
34	Oculistica	0	8
36	Ortopedia e traumatologia	15	1
37	Ostetricia e ginecologia	55	24
38	Otorinolaringoiatria	0	1
39	Pediatria	71	9
43	Urologia	15	4
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	9	5
49	Terapia intensiva	20	4
50	Unità coronarica	5	0
58	Gastroenterologia	23	1
61	Medina nucleare	1	0
62	Neonatalogia	6	0
64	Oncologia	16	19
65	Oncoematologia pediatrica	2	10
75	Neuro-riabilitazione	2	1
Totale complessivo		520	145

Fonte : SDO Anno 2017 AOB

L'AOB promuove l'innovazione tecnologica e terapeutica, lo sviluppo di attività di ricerca e formazione del personale nell'ottica della centralità del paziente e svolge le proprie funzioni assistenziali in modo unitario e inscindibile nell'ambito del servizio sanitario al fine di concorrere al raggiungimento degli obiettivi di tutela globale della salute dei cittadini.

L'AOB si propone di supportare la cooperazione tra le diverse Aziende regionali, quali componenti un unico sistema integrato, al fine di garantire uniformità ed efficienza nell'erogazione delle funzioni all'interno del Sistema Sanitario Regionale.

La dotazione dei posti letto per acuti e post acuti complessiva è di 840 posti letto, suddivisi in 695 per ricoveri in regime ordinario, 116 per ricoveri in regime di day hospital e 29 per ricoveri in regime di day surgery. La tabella di seguito riportata (Tab. 4) mostra la situazione dei posti letto per disciplina così come da Modello Ministeriale HSP12 aggiornata al 30 Giugno 2018.

Posti letto HSP12 Modello Ministeriale per disciplina al 30 Giugno 2018

Codice del reparto		Sub-codice	Posti letto		
Codice disciplina	Progressivo divisione		Day hospital	Day surgery	Degenze ordinarie
2	31	3	20	0	0
7	1	1	0	0	24
8	1	1	1	1	41
9	1	1	1	2	23
9	2	1	0	1	24
9	21	2	0	2	20
10	1	1	1	2	1
11	1	1	0	2	10
12	1	1	0	1	3
13	21	2	0	2	8
14	1	1	0	1	22
18	21	2	17	0	23
18	22	2	0	0	8
18	32	3	0	0	4
19	31	3	1	0	0
26	2	1	1	0	38
26	3	1	1	0	38
30	1	1	0	1	33
31	1	1	0	0	20
32	1	1	4	0	27
32	2	1	0	0	13
33	31	3	4	0	6
34	1	1	0	4	2
36	1	1	0	1	18
37	1	1	0	3	39
37	21	2	0	2	9
37	31	3	1	1	0
38	1	1	0	1	1
39	1	1	2	0	20
39	31	3	4	0	20
43	1	1	1	0	24
43	2	1	1	1	0
48	1	1	2	1	20
48	4	1	0	0	10
49	1	1	0	0	12
49	2	1	0	0	10
49	21	2	0	0	6
49	22	2	2	0	4
50	1	1	0	0	8
56	3	1	10	0	0
58	1	1	1	0	24
61	21	2	0	0	8
62	1	1	0	0	10
64	24	2	32	0	42
65	31	3	3	0	5
70	21	2	0	0	6
75	1	1	1	0	11
75	2	1	5	0	0
Totale			116	31	695

L'offerta dei servizi ed i programmi di intervento

La programmazione per l'anno 2019 e per il biennio successivo si è basata:

- sulle indicazioni Ministeriali dettate dal PNE (Piano Nazionale Esiti) e dal Monitoraggio dei LEA, dal Patto della Salute 2014/2016, dal Decreto Ministeriale n. 70 del 02/05/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", dai più recenti atti della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nonché su quelle desunte dalle disposizioni che disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nella efficienza degli enti del SSN, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza;
- sulle indicazioni regionali di razionalizzazione della rete ospedaliera;
- sulle indicazioni regionali di razionalizzazione della spesa farmaceutica;
- sull'analisi dei bisogni della popolazione sarda;
- sull'offerta del territorio;
- sulla capacità di offerta che l'A.O. Brotzu ha dal punto di vista strutturale, di risorse professionali e materiali.

L'Azienda Ospedaliera Brotzu, per la presenza di reparti di alta specialità, è stata identificata dalla Regione come DEA di II livello con la funzione di HUB nella rete dei servizi di emergenza, in particolare per le Aree di territorio del Sud della Sardegna, per cui si stima un possibile incremento per i prossimi anni degli accessi in Pronto Soccorso, che nell'anno 2017 sono stati 55.764 in totale, tra PS adulti e PS pediatrico.

Con riferimento agli obiettivi di produzione e in coerenza con tali linee di indirizzo, sulla base dell'analisi dei dati epidemiologici e delle liste d'attesa, si è evidenziata l'esigenza per l'AO Brotzu di dare maggiore rilievo, incrementandone la produzione nei limiti definiti a livello regionale, ad alcune attività chirurgiche di alta specialità per cui l'A.O. Brotzu è riferimento, come la cardiocirurgia, la chirurgia vascolare, la chirurgia dei tumori, la chirurgia addomino-pelvica e la chirurgia dell'obesità, portando avanti un processo di riorganizzazione e di efficientamento della sale operatorie e del personale, già iniziato negli anni precedenti. Si stima pertanto un lieve incremento dell'attività di ricovero, sia in termini di volumi che di produzione, giustificato dalla presenza di liste d'attesa per gli interventi nelle specialità identificate; tale incremento potrebbe anche portare ad un possibile recupero delle mobilità passiva extraregione, ad esempio di pazienti oncologici che per vari motivi si recano al nord Italia per effettuare interventi chirurgici. Altra attività di cui si stima un aumento è l'attività chirurgica di Neuroradiologia e Interventistica Vascolare, identificata come Struttura Complessa nel nuovo Atto Aziendale, che effettua interventi di II livello e di alta complessità sull'intera popolazione della regione Sardegna.

D'altro canto, si è rilevata la necessità di ricondurre a più appropriati setting assistenziali di erogazione alcune attività svolte all'interno dell'Azienda che possono trovare una graduale riallocazione all'interno del territorio, in quanto attività di I° livello o di base, tipicamente

ambulatoriale, che non necessitano di supporto ospedaliero (ad esempio i Disturbi pervasivi dello sviluppo e il Centro per le malattie diabetologiche e dismetaboliche).

Saranno inoltre attuate strategie d'azione per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri e dei DRG Potenzialmente Inappropriati, ad esempio attraverso il passaggio delle attività della Radioterapia e della Chemioterapia dal regime di ricovero e all'ambulatoriale.

Nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale verranno garantiti i volumi di attività effettuati negli anni precedenti, anche per le discipline erogate prevalentemente o esclusivamente dall'A.O.B.

In particolare:

- verranno mantenuti i volumi di prestazioni di diagnostica per immagini di II livello (PET, TC, RMN, Ecografie specialistiche); per le prestazioni PET non esistono tempi d'attesa in quanto vengono erogate mediamente in tempi brevi, mentre si prevede di riuscire ad incrementare le prestazioni di RMN cuore, come richiesto, erogate al territorio esclusivamente dalla nostra struttura, ovviamente a discapito di altre prestazioni; non è possibile prevedere un incremento delle prestazioni diagnostiche TC e RMN per la necessità di dover garantire appropriati tempi d'attesa ai pazienti ricoverati e/o in carico alle strutture, in particolare ai pazienti oncologici, sottoposti a continui controlli o in follow-up come da protocolli o secondo i PCA aziendali;
- non si ritiene possibile incrementare le attività di endoscopia digestiva per pazienti esterni in regime SSN, come richiesto, in quanto l'attività delle nostre strutture è prevalentemente rivolta ai pazienti ricoverati o ai pazienti cronici già seguiti dalle nostre strutture specialistiche;
- vengono effettuate dalla azienda prestazioni specialistiche di II livello nell'ambito dello screening del tumore del colon retto, attraverso esami endoscopici e attraverso prestazioni di anatomia patologica, nell'ambito dello screening dei tumori della mammella attraverso prestazioni di anatomia patologica, per i quali sono state inviate ad ATS proposte (3) di convenzione che a tutt'oggi non hanno ricevuto riscontro;
- viene eseguito dalla nostra azienda lo screening neonatale metabolico ed esteso per tutti i neonati della Sardegna ed è in fase di attivazione lo screening per la fibrosi cistica, per cui siamo stati riconosciuti come Centro di riferimento regionale.

In relazione alle problematiche che si verificano nella gestione dei pazienti ricoverati, si richiede la definizione di accordi operativi per la gestione di dimissioni protette e precoci dei pazienti e la continuità di presa in carico, in particolare, dei pazienti cronici che possono essere gestiti a livello territoriale, come ad esempio pazienti cardiopatici complessi, nefropatici complessi in dialisi, pazienti oncologici, che in assenza di percorsi e protocolli condivisi tra azienda e territorio permangono in carico alle strutture con un notevole incremento delle degenze.

In coerenza con le esigenze appena rappresentate, è stato elaborato il piano dei volumi di attività riportato analiticamente nelle tabelle sottostanti, che soprattutto per effetto dell'incremento dei volumi delle attività chirurgiche, determinerà un migliore rapporto tra costi e ricavi della produzione (tra valore prodotto e fattori produttivi utilizzati), con ricadute positive a livello di

sistema regione. È infatti previsto che i volumi di attività programmati per l'anno 2019 determinino un aumento dei ricavi rispetto agli importi stimati per l'anno 2018, tale incremento si consoliderà nel biennio successivo, per il quale si ipotizza che i volumi di attività ed i corrispettivi ricavi crescano in misura minima. Non si stima un incremento di volumi di attività per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale per il triennio 2019-2021, ma si spera nell'aggiornamento del nomenclatore tariffario in uso in quanto numerose prestazioni effettuate non sono ivi comprese e se presenti risultano sottostimate notevolmente, con tariffe ormai vecchie.

N ° dimessi per regime di ricovero e per disciplina Anno 2017

COD. DISC.	DESCRIZIONE DISCIPLINA	Totale DIMESSI ORD	Totale DIMESSI DH	Totale DIMESSI	GG di DEGENZA	ACCESSI DH/DS	Importo Degenza ORD	Importo Degenza DH	Importo Degenza Totale
02	Day hospital	0	525	525	0	9.568	0,00	2.719.289,83	2.719.289,83
07	Cardiochirurgia	511	0	511	7.902	0	8.357.302,42	0,00	8.357.302,42
08	Cardiologia	1.790	476	2.266	13.859	476	10.965.173,47	767.262,58	11.732.436,05
09	Chirurgia generale	2.742	936	3.678	17.753	1.000	11.170.741,41	1.240.057,56	12.410.798,97
10	Chirurgia maxillo-facciale	12	1.481	1.493	95	1.481	39.974,79	2.851.461,64	2.891.436,43
11	Chirurgia pediatrica	536	378	914	2.537	378	1.017.470,23	416.279,28	1.433.749,51
12	Chirurgia plastica	105	133	238	489	133	398.145,34	351.673,54	749.818,88
13	Chirurgia toracica	416	0	416	1.700	0	1.748.678,87	0,00	1.748.678,87
14	Chirurgia vascolare	752	14	766	6.518	14	4.063.417,40	41.360,38	4.104.777,78
18	Ematologia	451	1.064	1.515	10.187	6.513	6.129.972,47	2.610.016,12	8.739.988,59
19	Malattie endocrine, del ricambio e della	0	96	96	0	96	0,00	25.637,38	25.637,38
26	Medicina generale	3.732	38	3.770	26.705	248	11.374.779,98	63.716,32	11.438.496,30
30	Neurochirurgia	1.067	0	1.067	8.791	0	6.861.432,88	0,00	6.861.432,88
31	Nido	635	0	635	2.456	0	327.945,75	0,00	327.945,75
32	Neurologia	1.577	241	1.818	11.016	1.255	4.872.280,41	292.099,84	5.164.380,25
33	Neuropsichiatria infantile	192	1.048	1.240	1.859	2.311	416.225,33	550.976,17	967.201,50
34	Oculistica	3	556	559	7	566	5.469,12	1.149.768,24	1.155.237,36
36	Ortopedia e traumatologia	455	96	551	6.076	96	3.081.158,98	164.385,85	3.245.544,83
37	Ostetricia e ginecologia	2.124	1.518	3.642	12.218	1.640	4.730.610,81	2.149.020,38	6.879.631,19
38	Otorinolaringoiatria	74	129	203	153	129	220.968,42	202.890,12	423.858,54
39	Pediatria	2.106	566	2.672	10.049	850	3.874.304,82	237.380,89	4.111.685,71
43	Urologia	826	367	1.193	6.249	817	3.036.542,27	417.057,75	3.453.600,02
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	798	212	1.010	8.283	574	3.746.316,52	471.640,48	4.217.957,00
49	Terapia intensiva	599	636	1.235	5.972	1.191	4.902.499,99	764.897,91	5.667.397,90
50	Unità coronarica	56	0	56	253	0	230.108,35	0,00	230.108,35
56	Recupero e riabilitazione funzionale		336	336	0	4.757	0,00	955.118,37	955.118,37
58	Gastroenterologia	866	133	999	7.096	644	2.354.628,24	165.101,39	2.519.729,63
61	Medina nucleare	244	0	244	929	0	702.351,60	0,00	702.351,60
62	Neonatologia	169	0	169	712	0	349.333,90	0,00	349.333,90
64	Oncologia	1.214	2.111	3.325	10.239	19.039	3.475.108,74	6.397.014,77	9.872.123,51
65	Oncoematologia pediatrica	244	346	590	1.814	1.520	748.268,91	697.301,39	1.445.570,30
75	Neuro-riabilitazione	55	140	195	3.365	2.963	1.216.481,15	757.461,32	1.973.942,47
Totale complessivo		24.351	13.576	37.927	185.282	58.259	100.417.692,57	26.458.869,50	126.876.562,07

N° dimessi per regime e per MDC Anno 2017

MDC	DESCRIZIONE	REGIME		N. CASI totale	% 2017
		ORD	DH/DS		
00	Pre MDC	238	95	333	0,88%
01	Malattie e disordini sist. Nervoso	2.976	1.043	4.019	10,60%
02	Malattie e disordini Occhio	78	567	645	1,70%
03	Malattie e dis. Orecchio,naso,gola	211	1.640	1.851	4,88%
04	App. Respiratorio	2.200	214	2.414	6,36%
05	Sistema Circolatorio	3.424	889	4.313	11,37%
06	App. Digestivo	2.128	582	2.710	7,15%
07	Sistema Epatobiliare e pancreas	1.131	141	1.272	3,35%
08	Muscolo-scheletrico e connettivo	907	267	1.174	3,10%
09	Cute e sottocute e seno	870	640	1.510	3,98%
10	Endocrini, nutriz e metabol.	1.135	207	1.342	3,54%
11	Rene e tratto urinario	1.491	409	1.900	5,01%
12	Sist. Riprodot maschile	279	212	491	1,29%
13	Sist. Riprodot femminile	741	1.394	2.135	5,63%
14	Gravidanza,parto e puer.	1.312	121	1.433	3,78%
15	Neonati	810	6	816	2,15%
16	Sangue e Organi del sangue	457	935	1.392	3,67%
17	Mal e dis. Mieloprolif. E neopl.scars. Dif	1.809	2.535	4.344	11,45%
18	Mal. Infettive	891	25	916	2,42%
19	Mal e dis. Mentali	255	845	1.100	2,90%
20	Alcool e droga	15	1	16	0,04%
21	Traumatismi e avvelenamenti	315	31	346	0,91%
22	Ustioni	53	5	58	0,15%
23	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	522	769	1.291	3,40%
24	Traumatismi multipli	100	-	100	0,26%
25	Infezione HIV	3	3	6	0,02%
	Totale complessivo	24.351	13.576	37.927	100,00%

Prestazioni ambulatoriali erogate per disciplina Anno 2016 - 2017

COD	DISCIPLINA	Prestazioni 2016	Valore Prestazioni 2016	Prestazioni 2017	Valore Prestazioni 2017
00	Laboratorio	799.768	5.226.381,03	675.046	4.709.831,62
01	Allergologia	847	24.421,20	3.230	75.183,16
03	Anatomia ed istologia patologica	5.717	181.798,76	6.309	217.253,33
07	Cardiochirurgia	759	12.774,43	931	14.399,16
08	Cardiologia	38.633	1.051.127,16	36.602	1.030.521,20
09	Chirurgia generale	15.132	349.543,35	11.635	206.273,48
10	Chirurgia maxillo-facciale	1.187	24.107,57	1.504	30.580,07
11	Chirurgia pediatrica	162	3.123,76	1.397	27.217,31
12	Chirurgia plastica	1.524	19.035,08	2.122	24.884,06
13	Chirurgia toracica	1.423	54.830,30	1.503	68.665,02
14	Chirurgia vascolare	2.813	81.009,95	3.039	82.763,70
18	Ematologia	43.560	596.623,81	122.304	1.233.624,45
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	29.006	329.446,82	30.713	325.139,72
20	Immunologia	867	19.231,99	558	12.681,81
26	Medicina generale	2.762	46.799,97	2.620	45.265,25
29	Nefrologia	12	224,67	1	12,91
30	Neurochirurgia	1.675	42.788,67	1.978	36.241,99
31	Nido	775	28.382,35	0	0,00
32	Neurologia	7.485	120.381,92	6.695	103.441,53
33	Neuropsichiatria infantile	6.469	112.216,17	3.247	70.556,94
34	Oculistica	4.139	522.488,41	3.811	385.719,00
36	Ortopedia e traumatologia	5.662	81.365,32	6.120	95.382,23
37	Ostetricia e ginecologia	35.622	1.066.805,02	7.103	160.746,31
38	Otorinolaringoiatria	2.061	31.748,02	2.320	36.183,33
39	Pediatria	14.552	201.380,15	14.936	199.384,24
40	Psichiatria	380	6.499,87	755	12.962,19
43	Urologia	3.072	207.799,87	2.662	266.404,35
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	21.369	763.112,37	46.061	3.917.857,36
49	Terapia intensiva	4.085	62.124,98	0	0,00
52	Dermatologia	20.627	433.378,83	21.024	456.279,60
54	Emodialisi	19.059	3.177.426,79	0	0,00
56	Recupero e riabilitazione funzionale	42.739	508.006,70	40.554	469.060,51
57	Fisiopatologia della riproduzione umana	0	0,00	25.600	829.500,39
58	Gastroenterologia	11.043	262.932,14	15.254	412.297,41
61	Medina nucleare	24.370	3.913.699,58	17.947	3.454.010,71
62	Neonatologia	0	0,00	791	28.830,88
64	Oncologia	16.025	206.595,38	18.553	213.418,19
65	Oncoematologia pediatrica	2.242	16.290,69	2.059	16.701,02
68	Pneumologia	3.874	85.397,83	2.867	61.094,98
69	Radiologia	35.227	3.197.071,15	38.413	3.512.997,97
70	Radioterapia	51.834	1.995.312,77	85.280	3.343.395,36
71	Reumatologia	575	9.125,70	789	11.588,74
75	Neuro-riabilitazione	900	12.614,94	4.321	55.095,58
99	Cure palliative/hospice	4.663	104.164,35	10.877	196.682,25
TOTALI		1.284.696	25.189.589,82	1.279.531	26.450.129,31

Principali strategie di intervento

Aumentare l'efficacia e l'efficienza della produzione attraverso la revisione dei modelli organizzativi, secondo diverse linee di intervento:

- Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera definendo reti di cura col territorio, in particolare per le patologie complesse e le patologie tempo dipendenti: urgenze cardiovascolari/infarto, traumatologia, ictus, emergenza e urgenza.
- Implementare i PCA e PDTA già redatti negli anni precedenti e ufficializzati con atti deliberativi, come PCA Tumore della mammella, PCA IMA, PCA ICTUS, PCA Trauma e PCA Talassemia, attraverso Audit Clinici e monitoraggi ed integrazioni col territorio.
- Identificare ulteriori percorsi PCA di presa in carico dei pazienti secondo la complessità clinico-assistenziale (es tumorali, trapiantati, pediatrici) ritenuti strategici per l'Azienda attraverso il coinvolgimento e l'integrazione col territorio in modo tale da definire una presa in carico globale delle patologie croniche e degenerative, nonché delle malattie rare invalidanti.
- Implementare nuovi modelli organizzativi attraverso una rivalutazione del più appropriato setting assistenziale, sia in area medica che in area chirurgica (es. Chirurgia Ambulatoriale, Day surgery, Week surgery, chirurgia d'elezione e chirurgia d'urgenza) con ulteriore coinvolgimento delle Strutture.
- Implementare le attività di alta complessità chirurgica in modo da soddisfare le domande e i bisogni (abbattimento liste d'attesa) con aumento di alcune attività: cardiocirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia dei tumori (mammella, polmone, colon-retto, fegato, pancreas, utero e annessi), chirurgia dell'obesità.
- Migliorare l'efficienza organizzativa delle sale operatorie sfruttandone al meglio le potenzialità. Creazione del modello Week Surgery presso il PO Businco sulla base degli indirizzi regionali e implementazione delle attività di Day surgery e Chirurgia Ambulatoriale
- Coordinare al meglio l'attività operatoria e la terapia intensiva: pianificazione e coordinamento tra attività chirurgica in elezione delle diverse Strutture con definizione di posti letto di Terapia Intensiva a supporto della chirurgia elettiva (es. cardiocirurgia e chirurgia vascolare). Definizione di percorsi per pazienti cronici postoperatori in Terapia Intensiva (es. pazienti post cardiocirurgici che cronicizzano) anche attraverso il supporto di altre strutture a livello territoriale.
- Migliorare le performance aziendali rispetto agli obiettivi Regionali e al PNE.
- Miglioramento dei valori degli indici di complessità della casistica ospedaliera (ICM) e dell'efficienza (ICP).
- Implementare il sistema aziendale per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico, come da indirizzi regionali.
- Migliorare l'accessibilità ai servizi.
- Migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

Stima di volumi di produzione per il triennio 2019-2021 Attività di ricovero

		ANNO 2017		ANNO 2018		ANNO 2019		ANNO 2020		ANNO 2021	
COD DISC	DESCRIZIONE DISCIPLINA	Totale DIMESSI	Importo Degenza Totale	Totale DIMESSI	Importo Degenza Totale	Totale DIMESSI	Importo Degenza Totale	Totale DIMESSI	Importo Degenza Totale	Totale DIMESSI	Importo Degenza Totale
02	Day hospital	525	2.719.290	525	2.719.290	525	2.719.290	525	2.719.290	525	2.719.290
07	Cardiochirurgia	511	8.357.302	522	8.710.545	621	9.541.562	621	9.541.562	621	9.541.562
08	Cardiologia	2.266	11.732.436	2410	12.158.343	2410	12.158.343	2.410	12.158.343	2.410	12.158.343
09	Chirurgia generale	3.678	12.410.799	3.678	12.410.799	4.000	13.497.334	4.000	13.497.334	4.000	13.497.334
10	Chirurgia maxillo-facciale	1.493	2.891.436	1506	2.927.623	1.493	2.891.436	1.493	2.891.436	1.493	2.891.436
11	Chirurgia pediatrica	914	1.433.750	928	1.372.470	928	1.372.470	928	1.372.470	928	1.372.470
12	Chirurgia plastica	238	749.819	119	374.909	0	0	0	0	0	0
13	Chirurgia toracica	416	1.748.679	404	1.719.863	450	2.000.711	450	2.000.711	450	2.000.711
14	Chirurgia vascolare	766	4.104.778	848	4.628.523	900	4.912.347	900	4.912.347	900	4.912.347
18	Ematologia	1.515	8.739.989	1.515	8.739.989	1.600	9.230.351	1.600	9.230.351	1.600	9.230.351
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	96	25.637	62	16.520	62	16.520	62	16.520	62	16.520
26	Medicina generale	3.770	11.438.496	3.906	11.588.825	3.906	11.588.825	3.906	11.588.825	3.906	11.588.825
30	Neurochirurgia	1.067	6.861.433	1098	6.359.638	1150	6.660.823	1150	6.660.823	1150	6.660.823
31	Nido	635	327.946	520	268.554	520	268.554	520	268.554	520	268.554
32	Neurologia	1.818	5.164.380	1.818	5.164.380	1.818	5.164.380	1.818	5.164.380	1.818	5.164.380
33	Neuropsichiatri a infantile	1.240	967.202	334	368.585	320	353.135	320	353.135	320	353.135
34	Oculistica	559	1.155.237	1.172	2.351.018	1.172	2.351.018	1.172	2.351.018	1.172	2.351.018
36	Ortopedia e traumatologia	551	3.245.545	592	3.080.038	592	3.080.038	592	3.080.038	592	3.080.038
37	Ostetricia e ginecologia	3.642	6.879.631	3.642	6.879.631	3.717	7.385.281	3.717	7.385.281	3.717	7.385.281
38	Otorinolaringoi tria	203	423.859	220	646.859	220	646.859	220	646.859	220	646.859
39	Pediatria	2.672	4.111.686	2.672	4.111.686	2.672	4.111.686	2.672	4.111.686	2.672	4.111.686
43	Urologia	1.193	3.453.600	1.193	3.453.600	1.193	3.453.600	1.193	3.453.600	1.193	3.453.600
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	1.010	4.217.957	1.010	4.217.957	1.010	4.217.957	1.010	4.217.957	1.010	4.217.957
49	Terapia intensiva	1.235	5.667.398	1.235	5.667.398	1.235	5.667.398	1.235	5.667.398	1.235	5.667.398
50	Unità coronaria	56	230.108	56	230.108	56	230.108	56	230.108	56	230.108
56	Recupero e riabilitazione funzionale	336	955.118	336	955.118	336	955.118	336	955.118	336	955.118
58	Gastroenterolog ia	999	2.519.730	999	2.519.730	1.000	2.519.730	999	2.519.730	999	2.519.730
61	Medina nucleare	244	702.352	244	702.352	244	702.352	244	702.352	244	702.352
62	Neonatologia	169	349.334	169	349.334	169	349.334	169	349.334	169	349.334
64	Oncologia	3.325	9.872.124	3.325	9.872.124	3.000	8.907.179	3.000	8.907.179	3.000	8.907.179
65	Oncoematologi a pediatrica	590	1.445.570	590	1.445.570	590	1.445.570	590	1.445.570	590	1.445.570
75	Neuro- riabilitazione	195	1.973.942	195	1.973.942	195	1.973.942	195	1.973.942	195	1.973.942
Totale complessivo		37.927	126.876.562	37.843	127.985.322	38.104	130.373.254	38.103	130.373.254	38.103	130.373.254

Stima di volumi di produzione per il triennio 2019-2021 Attività ambulatoriale

CO D	DISCIPLINA	Prestazi oni 2017	Valore € Prestazion i 2017	Prestazi oni 2018	Valore € Prestazion i 2018	Prestazi oni 2019	Valore € Prestazion i 2019	Prestazi oni 2020	Valore € Prestazion i 2020	Prestazio ni 2021	Valore € Prestazio ni 2021
00	Laboratorio	675.046	4.709.832	675.046	4.709.832	675.046	4.709.832	675.046	4.709.832	675.046	4.709.832
01	Allergologia	3.230	75.183	3.230	75.183	3.230	75.183	3.230	75.183	3.230	75.183
03	Anatomia ed istologia patologica	6.309	217.253	6.309	217.253	6.309	217.253	6.309	217.253	6.309	217.253
07	Cardiochirurgia	931	14.399	931	14.399	931	14.399	931	14.399	931	14.399
08	Cardiologia	36.602	1.030.521	36.602	1.030.521	36.602	1.030.521	36.602	1.030.521	36.602	1.030.521
09	Chirurgia generale	11.635	206.273	11.635	206.273	11.635	206.273	11.635	206.273	11.635	206.273
10	Chirurgia maxillo-facciale	1.504	30.580	1.504	30.580	1.504	30.580	1.504	30.580	1.504	30.580
11	Chirurgia pediatrica	1.397	27.217	1.397	27.217	1.397	27.217	1.397	27.217	1.397	27.217
12	Chirurgia plastica	2.122	24.884	2.122	24.884	2.122	24.884	2.122	24.884	2.122	24.884
13	Chirurgia toracica	1.503	68.665	1.503	68.665	1.503	68.665	1.503	68.665	1.503	68.665
14	Chirurgia vascolare	3.039	82.764	3.039	82.764	3.039	82.764	3.039	82.764	3.039	82.764
18	Ematologia	122.304	1.233.624	122.304	1.233.624	122.304	1.233.624	122.304	1.233.624	122.304	1.233.624
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	30.713	325.140	30.713	325.140	30.713	325.140	30.713	325.140	30.713	325.140
20	Immunologia	558	12.682	558	12.682	558	12.682	558	12.682	558	12.682
26	Medicina generale	2.620	45.265	2.620	45.265	2.620	45.265	2.620	45.265	2.620	45.265
29	Nefrologia	1	13	1	13	1	13	1	13	1	13
30	Neurochirurgia	1.978	36.242	1.978	36.242	1.978	36.242	1.978	36.242	1.978	36.242
31	Nido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	Neurologia	6.695	103.442	6.695	103.442	6.695	103.442	6.695	103.442	6.695	103.442
33	Neuropsichiatria infantile	3.247	70.557	3.247	70.557	3.247	70.557	3.247	70.557	3.247	70.557
34	Oculistica	3.811	385.719	3.811	385.719	3.811	385.719	3.811	385.719	3.811	385.719
36	Ortopedia e traumatologia	6.120	95.382	6.120	95.382	6.120	95.382	6.120	95.382	6.120	95.382
37	Ostetricia e ginecologia	7.103	160.746	7.103	160.746	7.103	160.746	7.103	160.746	7.103	160.746
38	Otorinolaringoiatria	2.320	36.183	2.320	36.183	2.320	36.183	2.320	36.183	2.320	36.183
39	Pediatria	14.936	199.384	14.936	199.384	14.936	199.384	14.936	199.384	14.936	199.384
40	Psichiatria	755	12.962	755	12.962	755	12.962	755	12.962	755	12.962
43	Urologia	2.662	266.404	2.662	266.404	2.662	266.404	2.662	266.404	2.662	266.404
48	Nefrologia (abilitazione trapianto rene)	46.061	3.917.857	46.061	3.917.857	46.061	3.917.857	46.061	3.917.857	46.061	3.917.857
49	Terapia intensiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Dermatologia	21.024	456.280	21.024	456.280	21.024	456.280	21.024	456.280	21.024	456.280
54	Emodialisi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
56	Recupero e riabilitazione funzionale	40.554	469.061	40.554	469.061	40.554	469.061	40.554	469.061	40.554	469.061
57	Fisiopatologia della riproduzione umana	25.600	829.500	25.600	829.500	25.600	829.500	25.600	829.500	25.600	829.500
58	Gastroenterologia	15.254	412.297	15.254	412.297	15.254	412.297	15.254	412.297	15.254	412.297
61	Medicina nucleare	17.947	3.454.011	17.947	3.454.011	17.947	3.454.011	17.947	3.454.011	17.947	3.454.011
62	Neonatologia	791	28.831	791	28.831	791	28.831	791	28.831	791	28.831
64	Oncologia	18.553	213.418	18.553	213.418	18.553	213.418	18.553	213.418	18.553	213.418

CO D	DISCIPLINA	Prestazi oni 2017	Valore € Prestazion i 2017	Prestazi oni 2018	Valore € Prestazion i 2018	Prestazi oni 2019	Valore € Prestazion i 2019	Prestazi oni 2020	Valore € Prestazion i 2020	Prestazio ni 2021	Valore € Prestazio ni 2021
65	Oncoematologia pediatrica	2.059	16.701	2.059	16.701	2.059	16.701	2.059	16.701	2.059	16.701
68	Pnemologia	2.867	61.095	2.867	61.095	2.867	61.095	2.867	61.095	2.867	61.095
69	Radiologia	38.413	3.512.998	38.413	3.512.998	38.413	3.512.998	38.413	3.512.998	38.413	3.512.998
70	Radioterapia	85.280	3.343.395	85.280	3.343.395	85.280	3.343.395	85.280	3.343.395	85.280	3.343.395
71	Reumatologia	789	11.589	789	11.589	789	11.589	789	11.589	789	11.589
75	Neuro- riabilitazione	4.321	55.096	4.321	55.096	4.321	55.096	4.321	55.096	4.321	55.096
99	Cure palliative/hospice	10.877	196.682	10.877	196.682	10.877	196.682	10.877	196.682	10.877	196.682
TOTALI		1.279.531	26.450.129	1.279.531	26.450.129	1.279.531	26.450.129	1.279.531	26.450.129	1.279.531	26.450.129

D. La Programmazione Sanitaria dell'AREUS

Il dato dell'attività di emergenza e urgenza territoriale programmato da AREUS per il triennio 2019-21, parte dalla proiezione dei dati a consuntivo del 2017, corroborati dall'analisi del pre-consuntivo 2018, valutato al mese di settembre.

Per la stima delle attività si è considerato l'incremento costante e tendenziale delle medesime, di anno in anno, confermato dalle centrali operative 118 di Cagliari e Sassari.

In fase di programmazione pertanto è stato previsto un incremento dei dati di attività totale e dei mezzi di soccorso avanzato in misura pari all'1% annuale, sul dato dell'anno precedente, sia per il 2018 che per il 2019. Mentre per il 2020 e 2021, l'incremento sull'anno precedente è stato ridotto ad un + 0,5% annuale, per tenere conto anche del calo tendenziale della popolazione regionale.

Per quanto attiene invece ai dati delle patologie trattate dal sistema dell'emergenza urgenza extra-ospedaliera AREUS, si confermano sostanzialmente le percentuali storiche riscontrate dalle centrali operative negli anni passati.

La programmazione dell'attività di elisoccorso HEMS e di eliambulanza ha invece richiesto un'analisi maggiormente complessa, trattandosi di un servizio "ciclo-stagionale", con un picco di attività nella stagione estiva, per di più basata su soli tre mesi di dati a consuntivo considerato l'avvio del servizio nel mese di luglio 2018. Pertanto una previsione dell'attività pluriennale sulla base dei dati a consuntivo di soli tre mesi, risulta essere fortemente aleatoria.

Tale aleatorietà si ritiene di averla moderata grazie all'utilizzo dei dati stagionali consuntivi del pregresso servizio di elisoccorso gestito in collaborazione con i Vigili del Fuoco, proiettando sulla media mensile storica dei dati pluriennali, i dati a consuntivo dei mesi di luglio, agosto e settembre 2018 su base annua.

Per gli anni 2019/20/21 si prevede un incremento dell'utilizzo del servizio di elisoccorso, anche e soprattutto per l'attività di eliambulanza tra presidi della rete ospedaliera, di circa il 3% l'anno.

AGGREGATO AREUS
Attività di emergenza urgenza extra-ospedaliera

ATTIVITA' TOTALE	2017	2018	2019	2020	2021
n. missioni	147.382	148.856	150.344	151.096	151.852
n. richieste soccorso	269.354	272.048	274.768	276.142	277.523
n. chiamate ricevute	775.907	783.666	791.503	795.460	799.438

205

Numero di interventi dei Mezzi di Soccorso coordinati dalle C.Op. 118 di Cagliari e Sassari (con mezzo in stato "partito")	2017	2018	2019	2020	2021
MSA 1 (+bis) Sassari	3.606	3.642	3.678	3.697	3.715
MSA 2 Porto Torres	1.719	1.736	1.754	1.762	1.771
MSA 3 Alghero	1.503	1.518	1.533	1.541	1.549
MSA 4 Ozieri	784	792	800	804	808
MSA 5 Olbia	2.142	2.163	2.185	2.196	2.207
MSA 6 Tempio Pausania	1.049	1.059	1.070	1.075	1.081
MSA 7 Nuoro	1.773	1.791	1.809	1.818	1.827
MSA 8 Siniscola	1.054	1.065	1.075	1.081	1.086
MSA 11 Sorgono	458	463	467	470	472
MSA 12 Lanusei	891	900	909	913	918
MSA 12 bis Tortolì	159	161	162	163	164
MSA C.O. 118 CA	149	150	152	153	154
MSA 110 Bosa	623	629	636	639	642
MSA 185 Ales	796	804	812	816	820
MSA 190 Oristano	1.707	1.724	1.741	1.750	1.759
MSA 195 Ghilarza	940	949	959	964	969
MSA 109 Isili	761	769	776	780	784
MSA 120 Cagliari SS. Trinità	3.535	3.570	3.606	3.624	3.642
MSA 149 Sarroch	1.065	1.076	1.086	1.092	1.097
MSA 150 Cagliari Osp. Marino	2.495	2.520	2.545	2.558	2.571
MSA 153 Quartu S. Elena	2.839	2.867	2.896	2.911	2.925

MSA 160 Muravera	602	608	614	617	620
MSA 165 Senorbì	927	936	946	950	955
MSA 170 Iglesias	1.198	1.210	1.222	1.228	1.234
MSA 175 Carbonia	1.434	1.448	1.463	1.470	1.477
MSA 180 San Gavino	1.502	1.517	1.532	1.540	1.548
MSA C.O. 118 SS	28	28	29	29	29
INDIA SS	1.341	1.354	1.368	1.375	1.382
INDIA CA	340	-	340	342	343
Moto-infermieristica	9	9	9	9	9
Unimax/USME	3	3	3	3	3
MSA C.O. 118 CA	-	400	-	-	-
	37.432	37.863	38.178	38.368	38.560

ELISOCORSO	2017	2018	2019	2020	2021
Elisoccorso VVF(*) attivato da SS	242	99	-	-	-
Elisoccorso VVF(*) attivato da CA	69	7	-	-	-
Elisoccorso HEMS (**) attivato da SS	-	380	633	652	672
Elisoccorso HEMS (**) attivato da CA	-	250	476	490	505
	311	736	1.109	1.142	1.177

(*) operativo fino al 30/06/2018

(**) operativo dal 01/07/2018

Centrale Operativa 118 Cagliari					
Attività totale	2017	2018	2019	2020	2021
n. missioni	82.409	83.233	84.065	84.486	84.908
n. richieste soccorso	169.835	171.533	173.249	174.115	174.986
n. chiamate ricevute	448.480	452.965	457.494	459.782	462.081

Patologie trattate	2017	2018	2019	2020	2021
Traumi (C1)	24,45%	24,00%	24,00%	24,00%	24,00%
Cardio-circolatoria (C2)	10,75%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
Respiratoria (C3)	9,83%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
Neurologica (C4)	3,07%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
Gastroenterologica (C9)	6,37%	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%

Psichiatrica (C5)	7,76%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%
Intossicazioni (C7)	1,88%	2,00%	2,00%	2,00%	2,00%
Urologica (C10)	2,56%	2,60%	2,60%	2,60%	2,60%
Neoplastica (C6)	1,54%	1,80%	1,80%	1,80%	1,80%
Metabolica (C8)	1,03%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%
Ostetrico-Ginecologica (C14)	0,62%	0,70%	0,70%	0,70%	0,70%
Altre patologie (C19)	11,80%	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%
Patologia non identificata (C20)	16,06%	9,00%	9,00%	9,00%	9,00%

Numero di interventi dei Mezzi di Soccorso Sanitari coordinati dalla C.Op. 118 di Cagliari (con mezzo in stato "partito")	2017	2018	2019	2020	2021
MSA 110 Bosa	623	629	636	639	642
MSA 185 Ales	796	804	812	816	820
MSA 190 Oristano	1.707	1.724	1.741	1.750	1.759
MSA 195 Ghilarza	940	949	959	964	969
MSA 109 Isili	761	769	776	780	784
MSA 120 Cagliari SS. Trinità	3.535	3.570	3.606	3.624	3.642
MSA 149 Sarroch	1.065	1.076	1.086	1.092	1.097
MSA 150 Cagliari Osp. Marino	2.495	2.520	2.545	2.558	2.571
MSA 153 Quartu S. Elena	2.839	2.867	2.896	2.911	2.925
MSA 160 Muravera	602	608	614	617	620
MSA 165 Senorbi	927	936	946	950	955
MSA 170 Iglesias	1.198	1.210	1.222	1.228	1.234
MSA 175 Carbonia	1.434	1.448	1.463	1.470	1.477
MSA 180 San Gavino	1.502	1.517	1.532	1.540	1.548
MSA C.O. 118 SS	28	28	29	29	29
Elisoccorso VVF(*) attivato da CA	69	7	-	-	-
Elisoccorso HEMS (**) attivato da CA	-	250	476	490	505
MSA C.O. 118 CA	-	400	-	-	-
INDIA	340	-	340	342	343
TOTALI	20.861	21.314	21.679	21.799	21.920

(*) operativo fino al 30/06/2018

(**) operativo dal 01/07/2018

Centrale Operativa 118 Sassari					
Attività totale	2017	2018	2019	2020	2021
n. missioni	64.973	65.623	66.279	66.610	66.943
n. richieste soccorso	99.519	100.514	101.519	102.027	102.537
n. chiamate ricevute	327.427	330.701	334.008	335.678	337.357

Patologie trattate	2017	2018	2019	2020	2021
Traumi (C1)	24,09%	24,10%	24,10%	24,10%	24,10%
Cardio-circolatoria (C2)	15,26%	15,30%	15,30%	15,30%	15,30%
Neurologica (C4)	15,17%	15,20%	15,20%	15,20%	15,20%
Respiratoria (C3)	10,28%	10,30%	10,30%	10,30%	10,30%
Gastroenterologica (C9)	7,62%	7,70%	7,70%	7,70%	7,70%
Psichiatrica (C5)	3,08%	3,10%	3,10%	3,10%	3,10%
Intossicazioni (C7)	2,20%	2,20%	2,20%	2,20%	2,20%
Urologica (C10)	1,89%	1,90%	1,90%	1,90%	1,90%
Metabolica (C8)	1,34%	1,35%	1,35%	1,35%	1,35%
Neoplastica (C6)	1,04%	1,05%	1,05%	1,05%	1,05%
Ostetrico-Ginecologica (C14)	0,75%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%
Altre patologie (C19)	12,89%	12,90%	12,90%	12,90%	12,90%
Patologia non identificata (C20)	3,14%	3,15%	3,15%	3,15%	3,15%

Numero di interventi dei Mezzi di Soccorso Sanitari coordinati dalla C.Op. 118 di Sassari (con mezzo in stato "partito")	2017	2018	2019	2020	2021
MSA 1 (+bis) Sassari	3.606	3.642	3.678	3.697	3.715
MSA 2 Porto Torres	1.719	1.736	1.754	1.762	1.771
MSA 3 Alghero	1.503	1.518	1.533	1.541	1.549
MSA 4 Ozieri	784	792	800	804	808
MSA 5 Olbia	2.142	2.163	2.185	2.196	2.207
MSA 6 Tempio Pausania	1.049	1.059	1.070	1.075	1.081
MSA 7 Nuoro	1.773	1.791	1.809	1.818	1.827
MSA 8 Siniscola	1.054	1.065	1.075	1.081	1.086
MSA 11 Sorgono	458	463	467	470	472
MSA 12 Lanusei	891	900	909	913	918
MSA 12 bis Tortolì	159	161	162	163	164
MSA C.O. 118 CA	149	150	152	153	154
Elisoccorso VVF(*) attivato da SS	242	99	-	-	-
Elisoccorso HEMS (**) attivato da SS	-	380	633	652	672
INDIA	1.341	1.354	1.368	1.375	1.382
Moto-infermieristica	9	9	9	9	9
Unimax/USME	3	3	3	3	3
TOTALI	16.882	17.285	17.608	17.712	17.817

(*) operativo fino al 30/06/2018

(**) operativo dal 01/07/2018