



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

PIANO REGIONALE DEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI

Parte II: Piano dei Servizi Sanitari

NOVEMBRE 2005

INDICE

PARTE PRIMA	
OBIETTIVI DI SALUTE.....	7
1. MALATTIE AD ALTA SPECIFICITA' PER LA SARDEGNA.....	7
1.3 Sclerosi multipla.....	12
2. PATOLOGIE DI PARTICOLARE RILEVANZA SOCIALE	17
2.1 Demenze e Malattia di Alzheimer	17
2.2 Malattie reumatiche.....	19
In Sardegna l'assistenza sanitaria alle persone detenute presenta gravi difficoltà organizzative e di erogazione delle prestazioni, che non garantiscono alle persone in carcere il diritto alla salute. La drammatica situazione in cui versano i detenuti delle carceri isolate è stata evidenziata anche dalla risoluzione sulla situazione delle carceri in Sardegna, presentata dalla II Commissione permanente del Consiglio Regionale e approvata all'unanimità il 16 febbraio 2005..	23
Nel rispetto del "Principio di equivalenza delle cure" sancito dall'OMS e del diritto garantito dall'art. 32 della Costituzione Italiana, la Regione Sardegna si impegna ad assicurare alle persone detenute le stesse opportunità di cura che sono assicurate a tutti gli altri membri della comunità.	23
A tal fine, il presente Piano prevede, d'intesa con l'Amministrazione Penitenziaria e con l'Ufficio per i Minori, la predisposizione di un programma di interventi che definisca in particolare:.....	23
le mappe di rischio e gli obiettivi di salute da raggiungere in ciascuno degli Istituti Penitenziari con priorità per la prevenzione, l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze, ai minori ed alle persone con disturbo mentale;...	23
le modalità organizzative attraverso le quali il Servizio Sanitario regionale può garantire l'assistenza sanitaria continuativa alle persone detenute, in maniera integrata con la rete dei presidi e dei servizi sanitari regionali;.....	23
i programmi di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari che operano nelle carceri sarde;.....	24
attuazione della convenzione siglata con l'Amministrazione Penitenziaria al fine di garantire la presa in carico da parte dei Servizi di Salute Mentale delle persone con disturbo mentale detenute negli Istituti Penitenziari dell'Isola. Il testo integrale è riportato di seguito.....	24
Il monitoraggio e la valutazione dell'attuazione del programma di interventi è affidata ad un Osservatorio permanente per il diritto alla salute negli Istituti Penitenziari composto da	

rappresentanti di tutte le istituzioni competenti, delle associazioni di familiari e del volontariato.	24
3. PATOLOGIE CON MAGGIORE INCIDENZA EPIDEMIOLOGICA	30
3.1 Malattie cardiovascolari.....	30
3.2 Disturbi circolatori dell'Encefalo (Ictus Cerebrale).....	33
4.1 Rete per l'assistenza oncologica.....	36
5. SALUTE MENTALE.....	43
PARTE SECONDA	
OBIETTIVI DI SISTEMA.....	49
1. PREVENZIONE.....	49
1.4 Sanità Pubblica Veterinaria.....	54
2. DISTRETTO.....	56
2.2 Le risposte alle persone con disabilità.....	61
2.3 La tutela materno infantile.....	66
2.4 La continuità assistenziale.....	74
2.5 Le dipendenze.....	75
3. RETE OSPEDALIERA.....	77
3.5 Integrazione dell'ospedale nella rete di risposte - Reti Integrate (Hub and Spoke).....	95
102	
5. RICERCA E SVILUPPO	102
PARTE TERZA	
STRUMENTI PER IL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA.....	104
1.2 La valorizzazione delle risorse umane.....	107
4.1 Il sistema informativo sanitario.....	133
4.2 Agenzia regionale per la sanità.....	135

PREMESSA

Il **Piano Sanitario della Sardegna 2006-2008**, giunto a 20 anni di distanza dal precedente documento di programmazione sanitaria, si propone alcuni compiti complessi ma improrogabili. Il primo di essi è il **riordino** del sistema: la lunga assenza di indicazioni strategiche e di obiettivi condivisi ha con il tempo portato a una marcata frammentazione degli interventi, a carenze e a sovrapposizioni nell'offerta dei servizi. Un'altra necessità impellente è l'**ammodernamento**; il mancato recepimento della recente normativa nazionale (in particolare il D.Lgs. 229/99) rende l'attuale ordinamento legislativo sardo (e di conseguenza l'assetto organizzativo) non in linea con le innovazioni introdotte nel resto del Paese. La disarmonia dell'insieme si riflette su tutti i cittadini, che non sempre vedono garantita l'adeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e sugli operatori: le buone professionalità presenti nel sistema sanitario regionale sono state troppo spesso mortificate dalla mancanza di una rigorosa politica del personale e da un impiego delle risorse non sempre orientato all'efficacia e all'efficienza.

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

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

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

Sono frequenti i rimandi all'**appropriatezza**: finalità comune agli interventi proposti è l'offrire una qualità assistenziale che faccia riferimento alla validità tecnico-scientifica, all'accettabilità ed alla

pertinenza delle prestazioni erogate. L'attenzione non è puntata tanto sull'efficienza, intesa come strumento utile al risparmio economico, quanto sull'**efficacia**, vista come la ricerca del modo migliore di operare per il bene della persona ammalata.

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

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

Il Piano Sanitario della Sardegna compie delle scelte: nella consapevolezza che il processo di rinnovamento del sistema di servizi alla persona sarà di necessità graduale e non si esaurirà certo nel triennio di vigenza, si sono individuati alcuni traguardi strategici su cui far convergere gli sforzi, tralasciando molti aspetti forse di pari importanza, certo di pari dignità. Tale decisione dolorosa nasce dall'urgenza di avviare il processo di innovazione e offrire agli operatori obiettivi raggiungibili e circoscritti, evitando di ampliare i fronti di intervento tanto da far divenire il Piano un "libro dei sogni" più che un reale strumento di programmazione. Allo stesso modo, il Piano individua i documenti e percorsi attuativi, con i rispettivi tempi e criteri di realizzazione, e rispetto ai quali prevede un ampio coinvolgimento di tutte le componenti del mondo della sanità, delle istituzioni nonché delle parti sociali, in grado di contribuire alla loro puntuale ed efficace predisposizione.

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

- la prima parte affronta cinque bisogni di salute che per incidenza o peculiarità hanno una speciale rilevanza in Sardegna; la scelta di avviare la programmazione sanitaria regionale partendo dalle necessità dei cittadini vuole sottolineare

l'assoluta priorità delle persone rispetto ai servizi e al loro funzionamento;

- nella seconda parte vengono individuati obiettivi di riordino e di riorganizzazione del sistema di erogazione dei servizi che consentano di dare risposte eque e di qualità;
- la terza parte, infine, individua gli strumenti attraverso i quali il processo di cambiamento può essere avviato, governato e consolidato.

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

PARTE PRIMA

OBIETTIVI DI SALUTE

1. MALATTIE AD ALTA SPECIFICITA' PER LA SARDEGNA

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

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

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

1.1 *Diabete mellito*

La Sardegna è la regione che presenta il più alto numero di nuovi casi di diabete di tipo 1: l'incidenza del diabete mellito infantogiovanile è infatti di circa 39 casi ogni 100.000 abitanti, mentre nel resto d'Italia i nuovi casi si aggirano intorno a 6 su 100.000 abitanti. Ogni anno ci sono circa 200 nuovi casi di diabete tipo 1 nella fascia di età 0-29 anni. Attualmente nell'Isola il numero dei diabetici (tipo 1 e tipo 2) è di circa 50.000. Se a questo numero si aggiungono i diabetici non trattati e non ancora diagnosticati si stima un numero, approssimato per difetto, di circa 80.000 persone. Questo significa altrettante famiglie interessate, con circa 250-300.000 cittadini in totale (quasi 1/5 della popolazione sarda). Il diabete mellito è a tutti gli effetti da ritenersi una vera e propria emergenza sociosanitaria, anche perché il diabete mellito di tipo 2 (il cosiddetto diabete dell'adulto) è in costante crescita.

Epidemiologia

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

Le risposte attuali

Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e in coerenza della logica del "lavoro in rete" promossa dal presente Piano, obiettivo prioritario è l'istituzione di una rete integrata di strutture sanitarie specifiche per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito e delle malattie metaboliche correlate, in grado di garantire interventi integrati, continuità assistenziale e approccio multi disciplinare.

**Obiettivo
prioritario: la rete
dei servizi**

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

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

Con riferimento all'effettivo numero di persone con diabete da seguire, alla loro presenza sul territorio, alla conformazione geografica e alle vie di collegamento, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano la Regione individua un adeguato numero di strutture ambulatoriali (Unità Semplici di Diabetologia e Malattie Metaboliche) per consentire l'ottimale erogazione di prestazioni a carattere preventivo e assistenziale in senso stretto.

**Assistenza sul
territorio**

L'assistenza in regime di day hospital dovrà, in particolare:

- consentire l'attuazione di procedure diagnostiche attualmente non eseguibili ambulatoriamente e che comportano potenziali rischi di complicanze;
- iniziare la terapia insulinica in ambiente protetto;
- attuare, in casi particolari, un monitoraggio dello stato degli organi bersaglio delle complicanze del diabete mellito e delle malattie metaboliche correlate.

Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, la Giunta, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, istituisce la *Commissione Regionale per la Diabetologia e le Malattie Metaboliche*. La Commissione ha il compito di formulare proposte in ordine alla predisposizione di:

**La Commissione
regionale**

- a) linee guida e protocolli diagnostici terapeutici;
 - b) programmi di indagine epidemiologica;
 - c) programmi di aggiornamento e formazione permanente;
 - d) programmi di educazione sanitaria;
 - e) protocollo per la compilazione e l'aggiornamento del Registro Regionale del diabete mellito e malattie metaboliche correlate;
 - f) programmi di ricerca sulla genetica e fattori ambientali locali.
- La Commissione predispone un rapporto annuale sullo stato dell'assistenza ai diabetici.

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

1.2 Malattie rare

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

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

Per migliorare la prognosi delle malattie e la qualità della vita dei pazienti, anche al fine di evitare gli alti costi sociali conseguenti a una mancata o ritardata diagnosi, è necessario il riconoscimento precoce delle patologie per le quali è disponibile una terapia appropriata ed efficace. Per una prevenzione primaria nell'ambito

familiare, data la possibile ricorrenza della stessa malattia in più soggetti dello stesso nucleo familiare, è altrettanto importante una diagnosi precoce.

In adempimento di quanto previsto dal D.M. 18/5/2001 n. 279, la Regione Sardegna ha individuato con D.G.R. del 26/8/2003 n. 30/11 i presidi e il centro di riferimento, dotato dei servizi e delle strutture di laboratorio necessari per la diagnosi (pre e postnatale) e la cura di molte malattie rare. Allo stato attuale il centro di riferimento non ha sufficienti informazioni sulle potenzialità della maggior parte dei presidi coinvolti né è in possesso di informazioni precise e dettagliate sulla loro attività diagnostica. Non tutti i presidi individuati appaiono inoltre in grado di assicurare una risposta assistenziale efficace e omogenea.

**La risposta in
Sardegna**

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

Obiettivi

- riorganizzazione della rete dei presidi sulla base della dotazione di attrezzature e di risorse professionali, nonché dell'attività clinica e scientifica svolta dagli stessi, al fine di garantire una continuità assistenziale, una risposta multidisciplinare integrata di diagnosi, cura, riabilitazione e supporto alla persona e alla famiglia;
- istituzione e aggiornamento di un registro regionale epidemiologico delle malattie rare;
- predisposizione di programmi di screening neonatali finalizzati alla diagnosi precoce di alcune malattie la cui prognosi sia modificabile da un tempestivo intervento terapeutico;
- predisposizione di linee guida su percorsi assistenziali omogenei e protocolli diagnostici per malattie o per gruppi di malattie;
- promozione di attività di supporto e formazione al personale sanitario e del volontariato;
- promozione di iniziative di educazione sanitaria e di informazione scientifica anche in collaborazione con le associazioni dei familiari dei malati;
- identificazione di centri territoriali di coordinamento ed integrazione degli interventi sanitari e sociosanitari in grado di operare a fianco delle famiglie al fine di facilitare le risposte necessarie a gestire la malattia, preservare le autonomie residue, integrare i soggetti fragili nelle attività sociali nell'ambito della scuola, del lavoro e delle attività ricreative.

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

Comitato tecnico-scientifico per le malattie rare

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

Azioni

- attuazione di programmi di miglioramento della diagnosi (clinica e di laboratorio), della cura e della riabilitazione di tutti i pazienti affetti da errori congeniti, pediatrici e adulti, garantendo un trattamento specifico preventivo e sintomatico attraverso interventi integrati in ambito ospedaliero, ambulatoriale e, ove possibile, domiciliare;
- realizzazione degli *screening* neonatali e diffusione della consulenza genetica per specifiche patologie;
- predisposizione e realizzazione di programmi di *follow-up* dei pazienti, di età pediatrica e adulta, anche attraverso accordi fra strutture pediatriche e internistiche regionali e, ove necessario, nazionali;
- sviluppo di forme di collaborazione attiva con il medico curante di ogni singolo paziente;
- sostegno all'aggiornamento professionale sulla diagnosi e cura di tali patologie, anche attraverso la creazione di una rete tra i centri regionali e nazionali specializzati nelle diverse patologie;
- promozione di un'adeguata assistenza farmacologica e dietetica;
- promozione di un programma di cure domiciliari con presa in carico dei pazienti e fornitura di assistenza sanitaria e dei presidi sanitari necessari alla cura e all'autonomia.

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

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

1.3 Sclerosi multipla

La prevalenza (casi osservati) della Sclerosi Multipla (SM) in Sardegna è intorno ai 150 casi ogni 100.000 abitanti, a fronte di 20 - 60 casi per 100.000 abitanti nel resto dell'Italia. La Sardegna appare pertanto come la regione italiana più colpita dalla malattia, con un carico attuale stimato di oltre 2.500 pazienti.

Epidemiologia

L'incidenza (nuovi casi) è di circa 102 per anno. Il trend temporale di incidenza mostra che dal 1955 al 1995 i nuovi casi/anno si sono triplicati. Inoltre, dati recenti mostrano in Sardegna una progressiva diminuzione dell'età di esordio, attualmente in media attorno ai 22 anni.

Per le caratteristiche cliniche di malattia cronico-progressiva, gravemente invalidante e a esordio giovanile, la SM rappresenta in Sardegna un grave problema sanitario e sociale, con costi assistenziali (diretti e indiretti) e di sofferenza personale e familiare rilevanti.

Attualmente in Sardegna operano 3 centri, uno a Cagliari, uno a Sassari e uno a Nuoro.

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

Obiettivi
prioritari

- istituzione del Registro regionale della Sclerosi Multipla, con scopi di raccolta ed elaborazione delle informazioni necessarie per il monitoraggio della patologia e la programmazione degli interventi;
- potenziamento dell'assistenza domiciliare, prevedendo una forte integrazione con le cure ospedaliere, in modo da garantire in ogni azienda USL l'assistenza medica (neurologica, urologica, fisiatrice), l'assistenza infermieristica, l'assistenza riabilitativa, il supporto ai familiari nelle problematiche inerenti la gestione del malato e l'integrazione possibile;
- potenziamento e riqualificazione dell'attività di riabilitazione nelle fasi di riacutizzazione e di gestione della cronicità ad andamento degenerativo, anche attraverso la realizzazione di centri configurati secondo lo schema delle piccole unità, con capacità di risposta residenziale e semiresidenziale.

1.4 Talassemie

Le talassemie costituiscono un gruppo eterogeneo di anemie geneticamente determinate dovute al difetto di produzione di una o più delle catene globiniche che compongono le molecole della

emoglobina (Hb). In base al tipo di catena interessata si distinguono principalmente due varietà, le β -talassemie e le α -talassemie, oltre a forme di minore rilevanza clinica.

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

La maggior parte delle persone con β -talassemia e α -talassemia risiedono nella Sardegna meridionale.

Epidemiologia

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

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

Terapia

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

Situazione attuale

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

Obiettivi di consolidamento e potenziamento

- consolidamento dell'attività di prevenzione;

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

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

Prevenzione

La diagnosi prenatale è assicurata dal Servizio di Ginecologia dell'Ospedale Microcitemico di Cagliari in collaborazione con il Servizio di Consultazione Genetica e il centro di Ozieri.

Il Piano propone la riorganizzazione e il potenziamento dell'assistenza attraverso la definizione della *Rete dei centri di assistenza* per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle talassemie. L'Ospedale Microcitemico di Cagliari è individuato come *Centro regionale di riferimento*. L'attività di trapianti di cellule staminali è garantita attraverso l'adozione del modello dipartimentale, nel quale confluiscono le unità operative che attualmente operano presso l'Ospedale per le Microcitemie e l'Ospedale Binaghi di Cagliari.

**Rete Regionale
Assistenziale**

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

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

Piano Sangue

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

di donazioni annue per donatore con frequente ricorso a donatori occasionali.

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

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

Le azioni da porre in essere sono:

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

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

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

**Registro
regionale delle
talassemie**

rilevanti. Il Registro è istituito presso l'Ospedale per le Microcitemie di Cagliari.

2. PATOLOGIE DI PARTICOLARE RILEVANZA SOCIALE

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

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

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

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

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

2.1 Demenze e Malattia di Alzheimer

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

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

Epidemiologia

Oltre alla risposta sanitaria, il principale problema è il sostegno alla famiglia che nella maggior parte dei casi sopporta in solitudine il carico assistenziale e garantisce continuità di cure ai malati. La famiglia si trova a convivere con i malati, ad accudirli e assisterli 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, affrontando disagi continui, costi onerosi, perdita di giornate lavorative e di tempo libero, con conseguenti

Sostegno alla famiglia

isolamento dal contesto sociale e deterioramento della qualità di vita di tutti i componenti il nucleo familiare.

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

Situazione attuale

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

Obiettivi

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

A tal fine ogni azienda sanitaria locale, anche tenendo conto di quanto indicato dal *Piano locale unitario dei servizi, Plus* (di cui al *Piano dei servizi sociali*, paragrafo 2.2.3), elabora uno specifico programma volto a individuare nel territorio di propria competenza:

Azioni

- i centri di riferimento per diagnosi e terapie;
- le modalità di erogazione dell'assistenza domiciliare da parte di personale adeguatamente preparato;
- i centri diurni nei quali dare risposte di tipo terapeutico e di sollievo ai familiari;
- gli interventi per il sostegno alle famiglie, anche attraverso i gruppi di auto aiuto, nella gestione del malato;

- i ricoveri di “solievo” per brevi periodi in strutture specializzate;
- le strutture residenziali specializzate sul territorio con moduli espressamente dedicati ai malati con demenze;
- gli interventi di formazione specifica per i medici di medicina generale.

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

Per garantire un’adeguata presa in carico della persona con malattia di Alzheimer si promuove la valutazione multiprofessionale del bisogno sociosanitario anche attraverso il modello previsto nel *Piano per i servizi sociali* (par. 2.2.3) cui si rinvia.

2.2 Malattie reumatiche

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

Epidemiologia

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

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

La situazione attuale

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

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

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

**La rete di
assistenza**

La rete mira a garantire trattamenti assistenziali appropriati rispetto alle specifiche esigenze dei pazienti affetti da malattie reumatiche e ad assicurare adeguate condizioni di accesso ai trattamenti all'intera popolazione regionale, sulla base delle evidenze scientifiche circa l'efficacia dei diversi interventi. In particolare, con riguardo alla recente introduzione degli agenti biologici, farmaci costosi che necessitano di un monitoraggio specialistico, è indispensabile promuoverne un uso appropriato attraverso una corretta valutazione dei pazienti idonei e il monitoraggio degli effetti terapeutici e collaterali.

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

Obiettivi strategici

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

2.3 Altre aree di bisogno di particolare rilevanza

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

Donazioni e trapianti

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

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

Nel 2004 in Sardegna sono stati segnalati 30 donatori per milione persone, con una tendenza all’aumento che secondo le prime stime del 2005 collocherebbero la Regione al di sopra della media nazionale. La percentuale di opposizione alla donazione sono del 20%, contro una media nazionale del 27%. Nel 2004 sono stati effettuati 77 trapianti di rene (54 a Cagliari, 22 a Sassari), 15 trapianti di fegato a Cagliari, 11 trapianti di cuore sempre nel capoluogo.

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

- aumentare il numero di donatori segnalati e di donatori effettivi nonché ridurre la percentuale di opposizioni alla donazione, anche attraverso azioni di sensibilizzazione alla cultura della donazione con lo sviluppo di attività formative nelle scuole, l’organizzazione di incontri seminariali e la produzione di materiale divulgativo;
- monitorare l’attività dei centri trapianti e garantire gli standard qualitativi e quantitativi previsti dal Centro Nazionale Trapianti (Conferenza Stato-Regioni documento 232 del 3 ottobre 2002 e 1966 del 29 aprile 2004);
- provvedere all’istituzione della banca di sangue placentare e all’attivazione della banca delle cornee, anche attraverso la stipula di apposita convenzione con altre regioni;
- potenziare idonei servizi per l’assistenza psicologica specialistica sia nella fase della donazione sia in quella del trapianto.

**Obiettivi in tema
di donazioni e
trapianti**

La salute della bocca

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

La Regione promuove l'avvio nel corso del triennio della sperimentazione di un programma di "protesi sociale" destinata ad anziani ultrasessantacinquenni e un programma di prevenzione delle malocclusioni, all'origine di gran parte delle patologie parodontali e cariose, nella popolazione giovanile e in quella con disabilità.

I programmi saranno definiti da una commissione regionale, che definirà anche modalità operative e i criteri di accesso al servizio.

La sperimentazione sarà destinata alle fasce più deboli e alle persone con una situazione economica particolarmente critica.

**Progetto
sperimentale
"protesi sociale"**

La Medicina del dolore

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

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

Da qui la necessità di creare una rete integrata per la gestione ed il trattamento del dolore cronico che comprenda un centro ad alta specializzazione (con funzione di riferimento per l'intera Regione, dove vengano applicate tutte le metodiche) e ambulatori aziendali (con funzione di riferimento specialistico per il territorio dell'azienda e raccordo con la struttura ad alta specializzazione).

Le strutture ospedaliere si attivano per assicurare ai pazienti il trattamento del dolore acuto, con particolare riferimento al dolore post-operatorio, anche concretizzando quanto previsto dal progetto "Ospedale senza dolore".

**La medicina del
dolore**

Le malattie endocrine

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

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

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

Obiettivi in tema di malattie endocrine

L'assistenza sanitaria alle persone detenute

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

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

A tal fine, il presente Piano prevede, d'intesa con l'Amministrazione Penitenziaria e con l'Ufficio per i Minori, la predisposizione di un programma di interventi che definisca in particolare:

- le mappe di rischio e gli obiettivi di salute da raggiungere in ciascuno degli Istituti Penitenziari con priorità per la prevenzione, l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze, ai minori ed alle persone con disturbo mentale;
- le modalità organizzative attraverso le quali il Servizio Sanitario regionale può garantire l'assistenza sanitaria continuativa alle

Il programma di interventi

persone detenute, in maniera integrata con la rete dei presidi e dei servizi sanitari regionali;

- i programmi di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari che operano nelle carceri sarde;
- attuazione della convenzione siglata con l'Amministrazione Penitenziaria al fine di garantire la presa in carico da parte dei Servizi di Salute Mentale delle persone con disturbo mentale detenute negli Istituti Penitenziari dell'Isola. Il testo integrale è riportato di seguito.

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

CONVENZIONE

tra la Regione Autonoma della Sardegna, Assessorato dell'Igiene e Sanità
e dell'Assistenza Sociale
e il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria della
Sardegna

**per l'organizzazione del servizio relativo alla tutela della salute
mentale in ambito penitenziario.**

Si conviene e si stipula la seguente convenzione:

Art. 1- Oggetto

L'Azienda USL nell'ambito dei compiti di tutela della salute che le sono propri assicura, attraverso il Servizio di tutela della salute mentale (Centro di salute mentale), tutte le prestazioni specialistiche in favore delle persone detenute ed internate nell'istituto penitenziario, nell'osservanza dei Livelli Essenziali di Assistenza disciplinati dallo Stato e dalla Regione, con lo scopo di:

1. promuovere la tutela della salute mentale negli istituti stessi per tutte le persone detenute indipendentemente dalla posizione giuridica e senza distinzione di nazionalità così come previsto dall'art.1 del D.L. 230 del 1999;
2. organizzare una continuità terapeutica per tutte le persone detenute con disturbo mentale già seguite dai servizi di salute mentale e farsi carico di nuovi casi di disturbo mentale emersi nel corso della carcerazione;

3. promuovere il coinvolgimento di tutte le professionalità a vario titolo presenti all'interno dell'Istituto (personale di Polizia Penitenziaria, assistenti sociali, educatori, infermieri, psicologi, medici) in un progetto di intervento sull'intero sistema dell'Istituto diretto a promuovere il benessere psichico;
4. promuovere ogni azione utile a limitare il ricorso all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Nel rispetto del principio della leale collaborazione fra istituzioni le Parti osservano la normativa vigente in materia e le disposizioni attuative della stessa.

Art. 2 – Compiti del Servizio di tutela della salute mentale (Centro di salute mentale)

Gli operatori autorizzati a svolgere attività di Salute Mentale all'interno dell'Istituto svolgono i compiti di presa in carico del paziente attraverso visite specialistiche psichiatriche, prescrizione di terapia farmacologica, interventi psicologici, colloqui di sostegno, visite di altre figure professionali, attivazione di programmi riabilitativi intra ed extra carcerari, integrazione con altri servizi sanitari e sociali. Favoriscono inoltre i contatti con la famiglia e con il contesto di provenienza.

Essi partecipano, altresì, alla realizzazione di attività di prevenzione del comportamento suicidario, ad attività di rilevazione epidemiologica ed alla predisposizione di programmi utili in caso di concessione di eventuali misure alternative alla detenzione,

Il Servizio tutela della salute mentale (Centro di salute mentale) articola il proprio intervento coordinandosi con le altre aree dell'assistenza sanitaria nella struttura penitenziaria (tossicodipendenze e HIV).

Art. 3 – Accesso

L'Azienda Usl fornisce alla Direzione dell'Istituto un elenco degli operatori addetti agli interventi di cui all'art. 2.

La Direzione dell'Istituto autorizza l'accesso degli operatori di cui all'elenco e per gravi e comprovati motivi di sicurezza può non rilasciare o revocare l'autorizzazione con comunicazione motivata alla Azienda Usl.

L'elenco aggiornato degli operatori del Servizio di Salute Mentale viene comunicato all'atto dell'avvio della convenzione.

Eventuali sostituzioni e/o integrazioni di operatori verranno segnalate tempestivamente.

Art. 4 – Modalità operative

Il Sanitario dell'Amministrazione penitenziaria, dopo la visita generale di primo ingresso prevista dall'art. 11 comma 5 L 26 luglio 1975 n. 354, o dopo la visita giornaliera agli ammalati o di coloro ne abbiano fatto richiesta

prevista dai commi 6 e 7 dello stesso articolo e, comunque, in qualsiasi altro caso di sospetto di disturbo mentale, segnala senza indugio il caso al Servizio di Salute Mentale per la presa in carico, ed assume gli altri provvedimenti nel rispetto delle norme concernenti l'assistenza psichica, la sanità mentale, e le norme della presente convenzione.

Il Servizio tutela della salute mentale (Centro di salute mentale) potrà essere attivato anche su richiesta della singola persona detenuta, ove nulla osti da parte della Autorità Giudiziaria competente e del Direttore dell'Istituto.

Gli operatori si impegnano ad eseguire di norma le visite e le prestazioni presso l'ambulatorio dell'Istituto o altro luogo da concordare con la Direzione, salvo i casi in cui si rendano necessarie, per ragioni cliniche, l'effettuazione della visita e delle altre prestazioni in altro ambiente idoneo.

Art. 5 - Organizzazione

Il Servizio tutela della salute mentale (Centro di salute mentale) impegna un'equipe multiprofessionale, che dedicherà a tale servizio una quota oraria definita dalle parti sulla base delle esigenze della popolazione detenuta negli istituti penitenziari. In fase di prima applicazione della presente convenzione, il servizio si impegna a garantire una disponibilità minima in grado di assicurare una presenza almeno settimanale.

Di regola ogni intervento all'interno del carcere sarà effettuato da non più di due operatori del servizio per volta.

Ferma restando la competenza territoriale stabilita in via generale per i Servizi di Salute mentale, le necessità di cura ed assistenza delle persone detenute ed internate è assicurata dal Servizio di Salute mentale nel cui territorio è ubicato l'Istituto che li ospita.

Nei confronti dei detenuti provenienti da altro istituto penitenziario o che, prima della carcerazione risiedevano in territori diversi da quello in cui è situato l'Istituto di appartenenza, il Centro di salute mentale competente assicura la piena continuità terapeutica ed assistenziale attraverso un costante raccordo con le strutture sanitarie che avevano precedentemente in carico il paziente ovvero che lo riceveranno all'atto della dimissione dall'Istituto penitenziario.

Il Servizio assicura le urgenze e predispone le reperibilità.

La disponibilità e l'accessibilità dei servizi in carcere si articola con le stesse modalità attivate nel Servizio tutela della salute mentale (Centro di salute mentale) nei limiti di quanto disposto dall'art. 3 della presente convenzione.

Le prestazioni di Psichiatria forense, ove erogate da personale del Sistema Sanitario Regionale, sono ricomprese tra le attività del Dipartimento di Salute Mentale, il quale ne regola con apposita successiva convenzione i rapporti con l'Autorità Giudiziaria.

Art. 6 – Compiti dell'Istituto Penitenziario

La Direzione dell'Istituto Penitenziario:

- assicura l'accesso degli operatori della Salute Mentale e favorisce la relazione terapeutica tra questi e la persona detenuta e gli operatori penitenziari;
- si impegna a dar corso alle indicazioni terapeutiche degli operatori dei Servizi tutela della salute mentale (Centri di salute mentale);
- si impegna a concordare con gli operatori del Servizio tutela della salute mentale (Centro di salute mentale), per ogni singolo caso, i tempi e i modi della presa in carico e si impegna ad attivare la collaborazione del personale sanitario e di Polizia Penitenziaria;
- si impegna a tenere informati, nei limiti delle disposizioni di legge, gli operatori della Salute Mentale di eventuali trasferimenti, sempre che non ostino motivi di sicurezza, o dimissioni riguardanti la persona detenuta in carico e di altri interventi giuridici e socio-sanitari in atto.
- qualora la persona detenuta rifiuti il rapporto con gli operatori del Servizio della Tutela della Salute Mentale, si impegna a facilitare tutte quelle azioni che consentano agli operatori stessi di stabilire o ristabilire un rapporto terapeutico, anche mediante il Trattamento Sanitario Obbligatorio ove ricorrano i presupposti di legge.

La Direzione dell'istituto ha facoltà, in caso d'assoluta urgenza, di sospendere l'autorizzazione all'ingresso degli operatori dell'Azienda sanitaria: le motivazioni della sospensione dovranno essere rappresentate al responsabile del Servizio di tutela della salute mentale.

I medici incaricati in organico all'Amministrazione penitenziaria e gli altri sanitari comunque operanti all'interno dell'istituto penitenziario collaborano con il Servizio di Salute Mentale

Art. 7 – Disposizioni finali

L'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale e il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria della Sardegna promuovono con spirito di leale collaborazione iniziative di formazione, aggiornamento e sensibilizzazione nei confronti di tutti gli operatori coinvolti nell'attuazione della presente convenzione.

Al fine di garantire la corretta attuazione di quanto previsto nella presente convenzione e di suggerire eventuali adeguamenti, le parti concordano di istituire un tavolo tecnico paritetico composto da un magistrato designato dalla Corte d'Appello e da un rappresentante del Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria e due componenti designati

dall'Assessorato alla Sanità individuati tra i dipendenti dell'Amministrazione regionale o delle Aziende sanitarie.

La presente convenzione decorre, a tutti gli effetti, dal trentesimo giorno successivo alla data della sottoscrizione e ad essa sarà data attuazione con la necessaria gradualità rapportata alle esigenze delle parti e ai bisogni prioritari degli assistiti.

Le malattie gastroenteriche

Le patologie gastro-intestinali, di rilevante impatto economico e sociale oltre che sul benessere della popolazione, richiedono interventi estesi e mirati al fine di garantire una prevenzione efficace e una diagnosi precoce delle patologie dell'apparato digerente.

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

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

**Malattie gastro-
enteriche**

La medicina dello sport

In Sardegna soltanto il 30% degli atleti si sottopone a visita preventiva. Nella nostra regione vi è un marcato squilibrio tra offerta di servizio pubblico, diffusamente ridotta, e offerta privata convenzionata che in alcune realtà supera di gran lunga quella pubblica.

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

- monitorare il rispetto dell'obbligo della certificazione di idoneità allo sport agonistico;
- promuovere programmi di educazione sanitaria in merito ai benefici dell'attività fisica e agli effetti dannosi delle pratiche dopanti anche con il coinvolgimento delle associazioni professionali, degli enti locali, delle Università, delle scuole e degli altri soggetti interessati;
- elaborare linee guida per la valutazione dei soggetti a rischio, dei soggetti con patologie croniche per la conseguente prescrizione di attività fisiche;

**Obiettivi di Piano per
la medicina dello sport**

- verificare l'adeguatezza della rete degli ambulatori di medicina dello sport e il rispetto degli obblighi di certificazione di idoneità allo sport agonistico;
- garantire gli adempimenti previsti dalla normativa nazionale in materia di laboratori antidoping attraverso l'attività di laboratori ospedalieri operanti nella regione e attraverso convenzione con uno dei centri nazionali già esistenti.

3. PATOLOGIE CON MAGGIORE INCIDENZA EPIDEMIOLOGICA

Il terzo “obiettivo di salute” del Piano 2006-2008 si propone di contrastare alcune patologie di elevata incidenza presso la popolazione. Le aree di intervento rispetto alle quali il Piano intende concentrare l’attenzione sono:

- le malattie cardiovascolari,
- i disturbi circolatori dell’encefalo,
- le malattie respiratorie.

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

3.1 Malattie cardiovascolari

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

Epidemiologia

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

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

Secondo dati dell’Osservatorio epidemiologico regionale, nel 2003 si sono verificati in Sardegna 4700 ricoveri per sindromi coronariche acute, di cui 2600 infarti acuti del miocardio (IMA). Di questi il 75% è stato accolto in strutture dotate di UTIC (Unità Terapia Intensiva Coronarica), il rimanente 25% in posti letto monitorizzati dei reparti di Medicina degli presidi ospedalieri. Solo il 65% dei pazienti colpiti da IMA riceve un’adeguata terapia ripercussiva (21% PTCA primaria, 44% trombolisi), mentre il rimanente 35% non viene trattato per motivi in larga parte connessi al ritardo nei tempi di ricovero.

La situazione attuale

L'efficienza del sistema di assistenza sul territorio è principalmente limitata dallo scarso numero di ambulanze medicalizzate, dalla insufficiente capacità diagnostica e terapeutica e dall'assenza di un elisoccorso (particolarmente utile in un territorio con le caratteristiche geografiche dell'interno dell'Isola).

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

La rete integrata

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

Obiettivi

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

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

Rete Regionale per le emergenze cardiologiche

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

La rete integrata deve soddisfare una duplice esigenza:

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

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

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

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

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

La riabilitazione cardiologica rappresenta l'insieme degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali affinché i pazienti con cardiopatia postacuta o cronica possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società. Secondo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la

**Riabilitazione
cardiologica**

riabilitazione cardiovascolare deve costituire parte integrante del trattamento a lungo termine di tutti i pazienti cardiopatici. Il programma deve essere elaborato e condotto da personale competente e dedicato e deve prevedere il coinvolgimento dei familiari.

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

3.2 Disturbi circolatori dell'Encefalo (Ictus Cerebrale)

I disturbi circolatori dell'encefalo rappresentano, per dimensioni epidemiologiche e per impatto socio economico, un'importante problematica sanitaria. L'ictus cerebrale costituisce infatti la prima causa di invalidità permanente nell'adulto, la terza causa di morte e la seconda causa di demenza. Il tasso di mortalità per Disturbi Circolatori dell'Encefalo (ISTAT) nel 2001 in Sardegna è stato di 8,7 decessi per 10.000 abitanti (Italia 8,4). I trend storici rivelano una diminuzione del tasso di mortalità, spiegabile grazie al miglioramento degli interventi terapeutici e alla diffusione delle pratiche preventive, mirate alla riduzione dei principali fattori di rischio. La letteratura scientifica documenta che interventi specializzati, rapidi, integrati e multidisciplinari riducono notevolmente la mortalità e le conseguenze invalidanti.

Epidemiologia

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

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

La situazione attuale

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

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

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

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

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

3.3 Le malattie respiratorie

Le malattie respiratorie rappresentano in Sardegna la terza causa di morte (909 decessi nel 2001, ISTAT 2004), con un quoziente di mortalità di 55/100.000 abitanti, un'incidenza maggiore nelle decadi centrali della vita ed un'elevata mortalità nelle fasce di età più avanzate.

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

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

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

Azioni

- l'attivazione di programmi di educazione sanitaria e screening, in collaborazione con le associazioni dei cittadini, nelle scuole e negli ambienti di lavoro;
- il potenziamento di programmi per la disassuefazione dal fumo di tabacco;
- la realizzazione di percorsi integrati, condivisi dai medici di medicina generale e dagli specialisti in Pneumologia e Riabilitazione respiratoria, tra il territorio e l'ospedale, in cui viene garantita una presa in carico globale del paziente finalizzata al riconoscimento precoce delle forme di BPCO, Asma bronchiale e Tumori polmonari;
- lo sviluppo dell'offerta di posti letto di post-acuzie in Riabilitazione respiratoria che faranno fronte anche ai problemi dei malati in insufficienza respiratoria od in ossigenoterapia a lungo termine, in stretta collaborazione con le strutture di assistenza territoriale;
- l'istituzione nei tre centri pneumologici di Cagliari, Sassari e Nuoro, di Unità di Terapia respiratoria intensiva intermedia per i pazienti affetti da Insufficienza respiratoria cronica che necessitano del ricovero ospedaliero e dell'assistenza ventilatoria;
- l'istituzione di un Registro regionale allo scopo di rilevare i pazienti in ossigeno e ventiloterapia a domicilio.

4. MALATTIE ONCOLOGICHE

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

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

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

4.1 Rete per l'assistenza oncologica

I tumori costituiscono la seconda causa di morte in Sardegna. Attualmente nell'Isola i bisogni sanitari in campo oncologico possono essere stimati solo approssimativamente, mediante ricorso alle statistiche sulla mortalità o estendendo all'ambito regionale le osservazioni del Registro Tumori dell'Azienda USL di Sassari. Secondo tali stime, nel periodo che va dal 1980 al 1994, il tasso di mortalità per tumori in Sardegna è stato inferiore a quello nazionale, ma ha mostrato una tendenza all'aumento (del 2,7-2,9% all'anno) a fronte di una sostanziale stabilità in ambito nazionale; sempre nello stesso periodo si registra un eccesso di mortalità (rispetto alla media nazionale) nei tumori del fegato, della prostata e per le leucemie.

Epidemiologia

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

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

L'attività ospedaliera erogata ai malati tumorali può essere valutata sulla base dei dati contenuti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), disponibili per gli anni 2001-2003 con buon livello di affidabilità, con riferimento ai ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere operanti

L'assistenza in ospedale

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

Nell'arco del triennio considerato, i ricoveri ospedalieri per tumori (benigni e maligni) si mantengono sostanzialmente costanti, mentre i trattamenti radio e chemio-terapici aumentano lievemente.

Ricoveri oncologici in Sardegna		
<i>anno</i>	<i>per tumori</i>	<i>per trattamenti radio e chemio-terapici</i>
2001	31.560	10.841
2002	31.139	11.161
2003	31.849	11.660

Per quanto riguarda le modalità di intervento, diminuiscono i ricoveri per tumore in regime ordinario (da 22.626 del 2001 a 21.363 del 2003) mentre aumentano i day hospital (da 8.934 del 2001 a 10.486 del 2003). Analogamente, per i trattamenti radio e chemio-terapici si registra un leggero calo di ricoveri in regime ordinario (da 6.070 del 2001 a 5.647 del 2003) e un aumento del day hospital (da 4.771 del 2001 a 6.013 del 2003). L'area cagliaritano svolge un ruolo significativo nella produzione di ricoveri ospedalieri, grazie in particolare alla presenza di una struttura specialistica alla quale si rivolge una discreta quota della domanda regionale. Al di fuori dell'area metropolitana cagliaritano, l'attività appare relativamente dispersa, distribuita su un numero elevato di ospedali, per lo più con ridotti volumi di attività per singole tipologie di tumore.

Un aspetto rilevante dal punto di vista della garanzia del diritto alla salute riguarda la migrazione di pazienti per motivi di ricovero. Ogni anno circa 1900 persone si spostano fuori Sardegna in occasione di un ricovero oncologico. Il fenomeno è in gran parte da ricondurre alla carenza di coordinamento clinico e organizzativo nonché alla disomogenea distribuzione sul territorio dell'offerta assistenziale. Attraverso lo sviluppo di una rete di servizi per l'assistenza ai malati oncologici, il presente Piano si propone di ridurre progressivamente i disagi e i costi (diretti e indiretti) sopportati dai pazienti e dalle loro famiglie per la diagnosi e il trattamento dei tumori, a partire da quelli più diffusi, per i quali l'offerta assistenziale sarda deve tendere a garantire adeguati servizi all'interno della Regione.

La migrazione fuori Sardegna

L'efficace contrasto della patologia neoplastica richiede interventi coordinati e integrati in termini di risorse dedicate alla prevenzione, alla diagnosi e alle cure oncologiche, nonché il coinvolgimento di tutti i soggetti in grado di collaborare fattivamente al miglioramento

Obiettivi

dell'assistenza oncologica, comprese per quanto di propria competenza le Università e le istituende Aziende ospedaliere-universitarie.

A tal fine è necessario:

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

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

3 Poli oncologici

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

I servizi di Anatomia Patologica sono articolati sul territorio in modo da garantire tempestività delle procedure diagnostiche, qualificazione delle attività di diagnosi e cura, prevenzione secondaria; la riorganizzazione comporta la progressiva riduzione delle Unità Operative concentrate nei presidi ospedalieri di Cagliari e il potenziamento della risposta assistenziale nel nord della Sardegna.

Il riequilibrio dell'Anatomia Patologica

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

L'umanizzazione
dei servizi

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

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

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

La prevenzione

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

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

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

Registro Tumori
della Regione
Sardegna

Nelle singole aziende USL sono istituiti *Gruppi di lavoro sulle aree a rischio* finalizzati alla realizzazione di analisi e valutazioni tecniche del rischio oncogeno, anche in collaborazione con l'Arpas. I Gruppi contribuiscono alla predisposizione di una mappa del territorio nella quale siano identificate le fonti di emissioni ambientali che costituiscono un potenziale fattore di rischio oncogeno per la popolazione e le aree suscettibili di monitoraggio. I Gruppi contribuiscono altresì alla valutazione di impatto ambientale, in tema di effetti sulla salute della popolazione e in particolare al potenziale rischio oncogeno, nel quadro delle attività di studio e analisi delle azioni rivolte a limitare e prevenire

Gruppi di lavoro
sulle aree a rischio

le cause morbigene di matrice ambientale, più ampiamente trattate nello specifico capitolo.

I Centri di Prevenzione Oncologica (CPO), attualmente dislocati nelle strutture delle aziende USL corrispondenti ai quattro storici capoluoghi di provincia, sono i centri deputati all'educazione sanitaria, alla promozione della salute e alla diagnosi precoce dei tumori. Tali Centri necessitano di una riorganizzazione complessiva, di una integrazione con gli altri presidi territoriali e ospedalieri, di una riqualificazione dei compiti di Prevenzione Primaria in campo oncologico. In particolare, ogni CPO deve attivare al suo interno un Programma permanente di promozione della salute tendente alla riduzione della incidenza delle più frequenti neoplasie. **CPO**

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

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

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

4.2 Cure palliative

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

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

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

- potenziare e qualificare i servizi offerti attraverso la costituzione di una organizzata ed efficiente Rete territoriale per le Cure Palliative, prevedendo almeno una unità operativa in ogni azienda sanitaria;
- realizzare la rete di Cure Palliative - Hospice già deliberata dalla Regione;
- formare e qualificare gli operatori coinvolti, compreso quelli operanti all'interno delle cure domiciliari;
- ridurre i ricoveri impropri in ambiente ospedaliero;
- coinvolgere le associazioni di volontariato e gli altri soggetti che collaborano al sostegno del malato e dei suoi familiari;
- migliorare i risultati dell'assistenza garantendo interventi coordinati e integrati;
- supportare la famiglia durante la fase di cura e del lutto.

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

4.3 Radioterapia

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

**La situazione in
Sardegna**

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

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

**Rete della
Radioterapia**

immagini e piani di trattamento in rete. I tre centri di radioterapia sono dotati di apparecchiature e figure professionali adeguate.

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

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

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

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

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

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

**Commissione
Regionale per la
Radioterapia**

5. SALUTE MENTALE

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

Gli obiettivi e le azioni proposte nel presente capitolo integrano e completano quelli illustrati nel *Piano per i servizi sociali* (parte seconda, par. 2.1) cui si rimanda.

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

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

Epidemiologia

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

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

A fronte di tale situazione, l'assetto organizzativo dei servizi di salute mentale risulta particolarmente carente:

Un assetto organizzativo molto carente

- i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) non sono costituiti;

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

Il persistente vuoto di risposte da parte dei Servizi ha favorito lo sviluppo dell'associazionismo dei familiari, dei cittadini e delle persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale. Tali associazioni faticano tuttavia a interagire con i Servizi di salute mentale, dai quali sono poco riconosciute.

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

Cooperazione con il Centro di eccellenza per l'Europa

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

Obiettivi prioritari

Le singole aziende USL, nel breve periodo, operano per rafforzare i programmi di salute mentale, mirando a prefigurare un'organizzazione dipartimentale e il raggiungimento dei parametri di operatori/popolazione prossimi a quelli individuati dal Progetto Obiettivo Nazionale. A tal fine, le aziende verificano le risorse impegnate per la salute mentale.

5.1 Progetto strategico salute mentale

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

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

**Il Centro di Salute
Mentale**

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

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

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

b) Ridefinizione del ricorso al ricovero nei *Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)*, con l'obiettivo della progressiva riduzione dei Trattamenti

**Il Servizio
Psichiatrico di
Diagnosi e Cura**

Sanitari Obbligatori, dei ricoveri ripetuti e della loro durata. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, che è attivo presso la struttura ospedaliera, è integrato e in continuità con le altre strutture del STSM (DSM) e in particolare col CSM.

Il Centro di Salute Mentale, in quanto responsabile del progetto sul singolo caso, collabora alla gestione del ricovero delle persone di competenza territoriale e stabilisce il più rapidamente possibile un programma di presa in carico territoriale.

I DSM si dotano, in accordo con il CSM, di programmi volti al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- ridefinizione della modalità del ricovero, al fine di evitare ogni forma di contenzione fisica e limitare allo stretto necessario il ricorso all'uso dei farmaci a scopo esclusivamente contenitivo;
- qualificazione di spazi, arredi e forme dell'accoglienza.
- definizione, in accordo con i servizi dell'emergenza - urgenza e l'ordine pubblico, di protocolli per la risposta adeguata all'emergenza e all'urgenza e per le procedure per l'attuazione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori.

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

**Le strutture
residenziali**

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

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

d) Integrazione delle cliniche psichiatriche universitarie nelle attività assistenziali del DSM attraverso la definizione di aree territoriali di intervento e la condivisione degli obiettivi di Piano. L'Università contribuisce alla formulazione e al sostegno di percorsi formativi in accordo con le indicazioni regionali e tenuto conto del fabbisogno formativo espresso dalle realtà territoriali.

e) In ogni azienda sanitaria, il DSM cura la predisposizione e la realizzazione di appositi programmi per il riconoscimento e il rafforzamento delle *associazioni* dei familiari e delle persone con disturbo mentale, il sostegno dei familiari sul piano dell'informazione e della riduzione del carico, il sostegno delle persone con disturbo mentale nei percorsi di aggregazione, del protagonismo e della cittadinanza sociale.

Le associazioni dei familiari e il protagonismo sociale lei

f) Verifica della presenza, nel territorio di competenza dei singoli CSM, della cooperazione sociale e attivazione, con questa, di idonei percorsi rivolti sia alla formazione e all'inserimento lavorativo di giovani con esperienza di disturbo mentale, sia alla progettazione di qualificati percorsi residenziali.

Cooperazione sociale

g) Predisposizione in ogni azienda USL di un programma di prevenzione del suicidio in particolare nelle persone che manifestano disagio mentale, privilegiando l'ambito distrettuale e la collaborazione con il medico di medicina generale.

Prevenzione del suicidio

h) Attuazione della convenzione siglata con l'Amministrazione Penitenziaria al fine di garantire la presa in carico da parte dei Servizi di Salute Mentale delle persone con disturbo mentale detenute negli Istituti Penitenziari dell'Isola.

Convenzione con l'Amministrazione penitenziaria

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

La formazione degli operatori

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

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

Azioni da avviare

1. definire, attivare e organizzare il DSM;
2. realizzare l'apertura dei CSM per almeno 12 ore al giorno, 7 giorni su 7;
3. disporre risorse e progetti per avviare percorsi di *riabilitazione* in alternativa all'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario;
4. monitorare le attività di ricovero, al fine di ridurre fino ad evitare ogni forma di contenzione fisica;
5. qualificare gli spazi, i luoghi e gli arredi dove le persone con disturbo mentale vivono e vengono curate al fine di migliorare le forme dell'accoglienza e le condizioni di lavoro degli operatori;

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

PARTE SECONDA OBIETTIVI DI SISTEMA

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

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

1. PREVENZIONE

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

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

La situazione attuale

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

Per superare tali criticità, il Piano prevede la concreta istituzione del *Dipartimento di Prevenzione*, quale strumento operativo attraverso il quale garantire la tutela della salute collettiva. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore del Piano, la Regione predispone le direttive per l'istituzione del Dipartimento di Prevenzione che indicano compiti e funzioni dei servizi e il modello organizzativo di riferimento. In coerenza con quanto previsto dal D.Lgs. 229/99, le attività del Dipartimento sono integrate con quelle delle altre strutture della azienda USL, in particolare del Distretto.

Il Dipartimento di
Prevenzione

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

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

Il livello regionale

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

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

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

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

Il livello aziendale

- *Igiene e Sanità Pubblica*
- *Igiene degli alimenti e nutrizione*
- *Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro*
- *Veterinario*, ripartito nelle tre aree funzionali:
 - a) *Sanità animale*
 - b) *Controllo degli alimenti di origine animale*
 - c) *Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.*

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

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

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

Legame ambiente
- salute

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

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

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

Rispetto a tali aree, è necessario un preciso impegno da parte della Regione a risposta delle esigenze di informazioni complete e accurate sullo stato dell'ambiente e sui rischi per la salute, nonché di interventi di prevenzione, sorveglianza e risanamento. Più specificamente, la presenza di aree già dichiarate "ad elevato rischio di crisi ambientale", e rispetto alle quali è in corso uno specifico "Piano di risanamento", richiede un rafforzamento della capacità di intervento della Regione, attraverso un'azione congiunta degli Assessorati più direttamente interessati, in termini di identificazione e valutazione dei rischi per la salute, sorveglianza e bonifica dei siti contaminati, informazione e comunicazione a tutti i portatori di interessi.

1.1 Igiene e Sanità pubblica

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

Igiene e sanità pubblica

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

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

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

- realizzazione di un capillare programma di monitoraggio sugli incidenti domestici, anche al fine di definire linee-guida di controllo e prevenzione,
- avvio e potenziamento di programmi di vigilanza e controllo sulle strutture di vita collettiva (scuole, impianti sportivi) e sulle attività potenzialmente a rischio (solarium, centri di tatuaggio e *piercing*, cosmetici),

- verifica degli effetti sulla salute collettiva dei rischi connessi all'inquinamento atmosferico e allo smaltimento dei rifiuti,
- verifica delle compatibilità ambientali e territoriali nei processi di insediamento industriale,
- promozione, in collaborazione con le scuole, di corsi di primo soccorso rivolti ai ragazzi in età scolare (BLS/BLSD).

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

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

1.2 Igiene degli alimenti e nutrizione

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

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

Igiene degli alimenti e nutrizione

1.3 Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

I mutamenti dell'economia e del mercato del lavoro incidono profondamente sui fattori di rischio, con notevole aumento degli incidenti sul lavoro. Il quadro nella Regione Sardegna, secondo i dati INAIL riferiti al 2003, mostra una situazione molto grave che richiede un immediato adeguamento delle strategie e degli strumenti di intervento, a partire dalla formazione degli operatori (a lungo trascurata).

Igiene e sicurezza ambienti di vita e lavoro

I dati disponibili indicano le seguenti priorità d'intervento:

- a. attività di vigilanza nei cantieri e nell'edilizia, settore in cui alla notevole pericolosità del lavoro si affianca un'elevata presenza di lavoro nero,
- b. prevenzione degli incidenti in agricoltura, settore di grande rilievo per l'economia sarda, ma che presenta un elevato numero di incidenti, in particolare quelli connessi all'uso delle macchine.

Due priorità:
edilizia e
agricoltura

Ulteriori azioni riguardano la decontaminazione dall'amianto (attraverso la vigilanza sui programmi di bonifica da predisporre sulla scorta dei dati del censimento dei siti inquinati da completare entro un anno dall'entrata in vigore del Piano), la vigilanza sulla messa a norma delle strutture ospedaliere e sociosanitarie e la sicurezza delle dotazioni strumentali, la sicurezza nella scuola (anche in collaborazione con il competente Assessorato), il monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs. 626/'94.

Amianto e messa in
sicurezza delle
strutture

1.4 Sanità Pubblica Veterinaria

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

Sanità Pubblica
Veterinaria

Nelle aziende USL, la Sanità Pubblica Veterinaria è articolata nelle tre aree funzionali, ad ognuna delle quali è preposto un dirigente di secondo livello, le quali operano in stretto coordinamento, nel rispetto delle specifiche competenze.

Gli obiettivi dell'area funzionale *Sanità Animale*, da raggiungere prevedendo una forte sinergia con i servizi dell'Assessorato regionale all'Agricoltura, sono:

- realizzazione dell'anagrafe degli allevamenti,

- eradicazione e controllo di tubercolosi bovina, leucosi, *blue tongue*, peste suina e encefalopatie spongiformi, brucellosi bovina e ovicaprina, prevedendo specifici piani annuali di intervento,
- intensificazione dei programmi di biosicurezza e di vigilanza sugli scambi e sulla commercializzazione animale,
- controllo delle emergenze epidemiche.

Gli obiettivi dell'area funzionale *Produzione e Commercializzazione degli Alimenti di Origine Animale*, strategici per la valorizzazione della produzione isolana, sono:

- adeguamento rispetto alla normativa comunitaria delle procedure di controllo in tutti gli stabilimenti di produzione, lavorazione, trasformazione, deposito, distribuzione e somministrazione di alimenti di origine animale,
- monitoraggio sull'applicazione degli standard strutturali e igienici degli stabilimenti, con particolare attenzione a quelli destinati a mercati internazionali,
- verifica sull'applicazione dei sistemi di autocontrollo,
- controlli sui sistemi di certificazione della sicurezza e delle procedure di garanzia di tracciabilità.

L'area funzionale *Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche* riveste particolare importanza in relazione all'evoluzione di alcuni indirizzi dell'allevamento animale orientato all'exasperazione produttiva. Nello specifico, si pone i seguenti obiettivi da perseguire:

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

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

Il comparto del latte

Al fine di evitare sovrapposizioni o conflitti di competenze, il Dipartimento di Prevenzione pone in essere forme d'integrazione fra l'area della *Produzione e Commercializzazione degli alimenti di origine animale* e il *Servizio alimenti e nutrizione*.

2. DISTRETTO

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

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

Le funzioni strategiche del Distretto sono essenzialmente finalizzate al perseguimento degli obiettivi di salute definiti nel *Piano locale unitario dei servizi, Plus* (di cui al paragrafo 2.2.3 del *Piano dei Servizi Sociali*) e al governo del rapporto fra domanda e offerta di servizi sanitari e sociali.

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

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

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

**L'assistenza sanitaria
primaria**

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

Nell'accordo integrativo regionale della medicina in convenzione dovranno essere valorizzati gli strumenti che facilitino lo sviluppo di tali funzioni (es. l'associazionismo, le equipe territoriali, l'UTAP, ecc.) per coniugare le strategie aziendali con le esigenze specifiche della medicina

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

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

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

2.1 Pianificazione e organizzazione dell'attività distrettuale

Lo strumento per la promozione della salute e dell'offerta distrettuale è il *Piano locale unitario dei servizi (Plus)*, dove vengono definiti i criteri di allocazione delle risorse, dell'organizzazione dell'offerta, dell'accesso e della valutazione del bisogno, della continuità assistenziale, dell'efficace funzionamento della rete dei servizi territoriali. In particolare le risorse distrettuali sono allocate con riferimento alle cure primarie, all'assistenza farmaceutica, specialistica, riabilitativa e di continuità assistenziale e altre funzioni attribuite al Distretto, sulla base di specifici indirizzi regionali.

Come già indicato nel Piano per i servizi sociali (paragrafo 2.2.1), entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, la Regione adotta le linee guida per la predisposizione dei Piani Locali Unitari dei servizi alla persona.

In coerenza con quanto previsto dall'articolo 3 del D.Lgs. 299/99, il coordinamento delle attività distrettuali è attribuito dal direttore generale al direttore di Distretto, che si avvale di un Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali del quale deve far parte un medico di medicina generale con particolari e certificate attitudini e competenze. Il direttore di Distretto ha la responsabilità di direzione e governo delle risorse assegnate al Distretto, del conseguimento degli obiettivi, del rapporto con le amministrazioni locali e con gli altri soggetti che nella comunità locale collaborano per il conseguimento dei risultati condivisi di salute.

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

Nella sua operatività il Distretto concorre alla conoscenza dei bisogni, creando le premesse per dare risposte appropriate e per sviluppare una programmazione che non sia condizionata dall'offerta esistente. In questa

**Organizzazione e
direzione del distretto**

logica ogni Distretto è parte viva di un sistema regionale di monitoraggio epidemiologico e di produzione di conoscenza a supporto delle decisioni.

Entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, la Regione predispone le linee guida per l'organizzazione del Distretto.

Le attività del Distretto sono organizzate in modo da garantire:

L'organizzazione

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

Nell'organizzazione del Distretto, il coordinamento infermieristico garantisce il coordinamento funzionale di tutto il personale infermieristico presente e agisce in stretto collegamento con le altre aree di responsabilità tecnico-professionale. Il direttore di Distretto si avvale di adeguati supporti amministrativi in modo da integrare il governo della domanda con il governo clinico e con il governo delle risorse assegnate al Distretto.

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

Obiettivi strategici

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

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

e tempi coerenti con il graduale superamento della centralità dell'ospedale.

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

**Integrazione dei
processi di cura**

La continuità assistenziale è finalizzata a qualificare l'assistenza ovunque essa venga erogata, a ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, a contenere i ricoveri inappropriati, a favorire dimissioni programmate, a ridurre il consumo di prestazioni specialistiche non coerenti con i percorsi diagnostico-terapeutici personalizzati e a evitare il consumo di prestazioni sanitarie di efficacia non documentata scientificamente.

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

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

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

Compito del Distretto è facilitare l'effettiva collaborazione e ottimizzazione dei percorsi seguiti dai cittadini all'interno dell'offerta sanitaria, assumendo tutte le iniziative necessarie per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della rete integrata di risposte fornite al cittadino.

La Regione emana linee guida e indirizzi operativi per qualificare la continuità assistenziale con riferimento alle diverse tipologie di bisogno, all'integrazione tra decisioni cliniche e scelte organizzative, ai criteri per garantire adeguata continuità assistenziale nei rapporti tra ospedale e territorio. Il Piano individua nel modello già illustrato nel *Piano dei servizi sociali* (paragrafo 2.2.3) e riportato di seguito le condizioni necessarie per soddisfare questa esigenza e la conseguente strategia professionale e operativa.

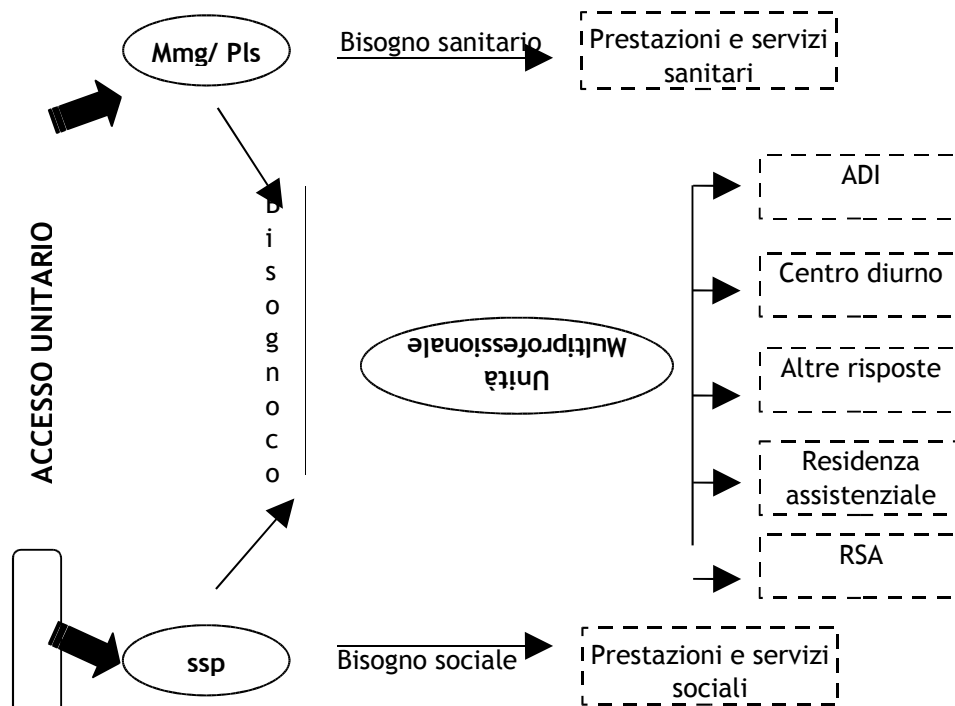
**Qualificare la
continuità
assistenziale**

Con riferimento al secondo obiettivo, ogni azienda organizza l'assistenza sanitaria extra ospedaliera nell'ambito dei distretti tenendo conto delle diverse aree di bisogno. A tal fine riorganizza e potenzia i servizi

territoriali e le cure primarie, riservando l'ospedalizzazione ai casi in cui non appaiono appropriati sotto il profilo clinico regimi alternativi al ricovero.

Risposte domiciliari, ambulatoriali, diurne, residenziali

La complessità delle problematiche affrontate dal Distretto impone un forte impulso alla progettualità e al lavoro in rete con tutte le altre Istituzioni. Lo sviluppo organizzativo del Distretto va quindi accompagnato e sostenuto con l'aggiornamento e la formazione continua, incentivando la collaborazione tra tutti i professionisti e con quanti si prendono cura dei bisogni delle persone. Anche a questo fine l'area dei servizi specialistici necessita di un potenziamento per coprire le carenze territoriali, in stretta connessione con le effettive esigenze della popolazione e con adeguati investimenti strutturali.



Con riferimento al terzo obiettivo, ogni azienda sviluppa le risposte integrate socio-sanitarie tenendo conto della crescente domanda di assistenza da parte delle persone e famiglie in condizioni di bisogno tali da richiedere assistenza socio-sanitaria, anche di lungo periodo.

Sviluppare risposte integrate socio-sanitarie

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

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

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

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

Nuclei di cure primarie

2.2 Le risposte alle persone con disabilità

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

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

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

In particolare è ormai universalmente raccomandato per una efficace azione di riabilitazione, di recupero funzionale, di integrazione lavorativa e sociale l'approccio unitario al soggetto con metodi interdisciplinari e multiprofessionali. Altrettanto importante è il criterio della continuità

terapeutica che va declinata nelle fasi caratterizzate da diversa intensità assistenziale nei servizi interessati.

Sono, pertanto, obiettivi strategici del presente Piano:

- la diminuzione degli esiti invalidanti delle disabilità più significative e frequenti, nel campo delle neuromotulesioni e in quello psichico e relazionale;
- la qualificazione delle risposte con percorsi riabilitativi in tutto il territorio regionale.

Indicazioni strategiche

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

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

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

In Sardegna, la rete di servizi per la riabilitazione appare per molti aspetti insoddisfacente, sia in riferimento alle strutture di riabilitazione intensiva - a livello ospedaliero o presso presidi extraospedalieri - e sia in riferimento ai presidi di riabilitazione estensiva.

La situazione attuale

È costituita in maggioranza da centri privati, convenzionati prevalentemente per prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge 833/78, e da presidi che erogano prestazioni specialistiche di riabilitazione secondo il D.M. 22 luglio 1996, con una distribuzione non equilibrata nel

territorio e seri problemi di appropriatezza e di efficacia. Una quota elevata di prestazioni domiciliari e di internato è in buona parte orientata a risposte socio assistenziali, ha una componente sanitaria-riabilitativa molto ridotta ed eroga prestazioni per lo più di custodia della persona con disabilità.

La rete pubblica ha una insufficiente dotazione di unità operative in termini quantitativi e nell'articolazione delle diverse tipologie riabilitative, con conseguente utilizzo improprio delle risorse professionali ed economiche disponibili e, soprattutto, gravi ritardi nel recupero delle abilità personali, nell'avvio di azioni positive di gestione della condizione di disabilità, e rischio di accettazione passiva della disabilità.

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

Obiettivi

- rafforzamento della rete pubblica dei servizi di riabilitazione estensiva, attraverso la riqualificazione e il potenziamento delle strutture esistenti e la loro riorganizzazione territoriale;
- riqualificazione della riabilitazione estensiva erogata dalle strutture private, anche attraverso una valutazione sistematica e continuativa dell'attività svolta e la verifica delle capacità tecnico-organizzative di garantire progetti personalizzati di assistenza ai sensi del Dpcm 14 febbraio 2001;
- potenziamento delle unità operative specializzate collocate presso presidi di alta specialità e in presidi ospedalieri plurispecialistici o monospecialistici ove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostiche ed assistenziali;
- sviluppo di protocolli operativi (clinici e organizzativi) per garantire continuità assistenziale nelle diverse fasi del percorso riabilitativo, con chiara definizione delle responsabilità;
- definizione di progetti riabilitativi individuali e di programmi terapeutici integrati tra attività sanitaria e attività sociale di competenza del Comune, differenziati in termini di complessità e intensità della componente sanitaria e sociale nelle diverse fasi del percorso riabilitativo e a seconda della tipologia di intervento riabilitativo;
- promozione di una rete di servizi sanitari e sociali volti alla prevenzione e alla riabilitazione delle disabilità sensoriali (visive e uditive), ad ottimizzare le capacità residue, ad assicurare un soddisfacente livello di vita e il mantenimento dell'autonomia delle persone in condizioni di disabilità.

Entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente piano, la Regione adotta un provvedimento di definizione dei criteri di accreditamento delle strutture che erogano assistenza riabilitativa, gli standard di

personale, tecnologici e strutturali, di indirizzo per l'accesso e la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione intensiva ed estensiva. La Regione regola altresì le modalità per l'eventuale adeguamento delle strutture attualmente esistenti sul territorio regionale. L'offerta di prestazioni e servizi è definita sulla base di indicatori demografici ed epidemiologici.

Fino all'adozione dello specifico documento tecnico di indirizzo, non possono essere rilasciate autorizzazioni alla realizzazione di nuove strutture e presidi.

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

**Compiti di controllo
delle aziende Usl**

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

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

Riqualificazione delle strutture residenziali per soggetti non autosufficienti

A favore dei soggetti non autosufficienti, il Piano Sanitario Regionale promuove un sistema integrato di servizi sociali e sanitari, articolato in livelli d'intervento differenziati per complessità e durata dell'assistenza, con riferimento alla fase in cui necessitano di interventi orientati a mantenere l'eventuale capacità funzionale residua o a contenerne il deterioramento.

In Sardegna, la disponibilità di strutture volte alla prevenzione del degrado funzionale presenta notevoli criticità, in particolare quando il soggetto non autosufficiente non è assistibile a domicilio. Nel complesso, tali strutture hanno una distribuzione non equilibrata sul territorio e presentano livelli qualitativi molto differenti; le diverse tipologie

**La situazione
attuale**

residenziali non sono chiaramente definite; il sistema delle regole non è in grado di contrastare il ricorso improprio all'ospedalizzazione.

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

**Regole e
interventi per la
riqualificazione**

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

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

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

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

2.3 La tutela materno infantile

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

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

I cambiamenti in atto

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

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

La situazione sarda si caratterizza per tassi di natalità e di fecondità inferiori al dato medio nazionale; la natalità si attesta infatti su valori di 8,3 nati per mille abitanti rispetto a 9,4 di media nazionale e il tasso di fecondità totale per mille donne, di età compresa tra i 15 e i 45 anni, è di 1,04 rispetto a un valore medio nazionale di 1,25.

La situazione attuale

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

Le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) nel 2003 sono state in Sardegna pari a 5,8 ogni 1000 donne di età 15-49 anni (media nazionale: 9,8).

Negli ultimi 10 anni il numero di donne straniere residenti o domiciliate in Sardegna è sicuramente aumentato anche se è difficilmente quantificabile. Si tratta per lo più di giovani donne a cui è necessario facilitare l'accesso delle prestazioni sanitarie anche attraverso la presenza e il potenziamento dei servizi di mediazione linguistico - culturale. Infatti le donne immigrate sono generalmente esposte a tutta una serie di fattori di rischio per la salute, specie durante le varie fasi della vita riproduttiva, anche a causa della carenza di conoscenze dei servizi sanitari. La tutela della salute del bambino è garantita a tutte le persone immigrate.

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

Obiettivo strategico

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

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

La Regione, entro 180 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, predispose un programma di interventi per la prevenzione e la presa in carico delle situazioni di rischio relative alle famiglie di bambini ed adolescenti problematici. Tale programma terrà conto delle specificità territoriali e dell'attuale allocazione delle risorse umane.

Nel corso del triennio ogni azienda ha il compito di potenziare e mettere in rete le diverse strutture esistenti (territoriali, ospedaliere e del privato sociale, anche in collaborazione con l'Università), organizzando i servizi per la tutela della salute neuropsichica di bambini ed adolescenti secondo le indicazioni elaborate dalla Regione anche grazie alla *Commissione per la salute neuropsichica dei bambini e degli adolescenti* che viene a tal fine istituita con decreto dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale.

Commissione per la salute neuropsichica di bambini e adolescenti

I consultori

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

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

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

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

La riorganizzazione della rete consultoriale e delle attività svolte tiene conto dei nuovi bisogni e disagi emergenti in una situazione notevolmente cambiata sotto il profilo culturale, economico e demografico rispetto a quella degli inizi degli anni ottanta, in cui queste strutture sono nate.

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

- il potenziamento delle attività di informazione ed educazione alla procreazione responsabile,

**Salute neuropsichica
di bambini e
adolescenti**

Obiettivi

**Tutela della
donna e della
maternità**

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

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

**Tutela neonato,
bambino e
adolescente**

I campi di attività riguardano prevalentemente:

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

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

Il percorso nascita

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

In Sardegna l'assistenza è erogata da un numero elevato di punti nascita (20 presidi ospedalieri pubblici e 4 case di cura private), con volumi di attività estremamente diversificati.

La situazione attuale

Solo 4 ospedali (P.O. SS. Annunziata di Sassari, San Francesco di Nuoro, San Giovanni di Dio di Cagliari e A.O. Brotzu) effettuano un numero di parti/anno superiore a 1000, valore indicato dal Progetto Obiettivo Nazionale Materno-infantile per le strutture di terzo livello. Altri 6 ospedali rispettano i parametri di attività fissati dal Progetto per il II e I livello (rispettivamente, 800 parti/anno e 500 parti/anno); ulteriori 6 punti nascita hanno volumi di attività inferiori a 500 parti/anno, ma mediamente attestati tra 300 e 400. Vi sono infine alcune strutture (P.O. La Maddalena, Tempio, Sorgono, Bosa, Isili, Ghilarza, Muravera) al di sotto dei 200 parti/anno e la Casa di cura Città di Quartu che ha effettuato nel 2003 solo una decina di parti.

Per quanto attiene al ricorso al taglio cesareo si osserva una incidenza superiore ai dati nazionali: si ha infatti una percentuale di parti cesarei in costante incremento con valori che sono passati dal 32% dell'anno 2001 a quasi il 37% del 2003.

Eccessivo ricorso al parto cesareo

Il ricorso al taglio cesareo presenta una notevole variabilità tra i diversi presidi ospedalieri, con valori che vanno dal 25% a oltre il 45-50%. Si può osservare che, salvo poche eccezioni, sono proprio i presidi ospedalieri che effettuano un basso numero di parti (al di sotto dei 500) quelli in cui è maggiore il ricorso al taglio cesareo, che dovrebbe invece essere effettuato prevalentemente nelle strutture di III livello.

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

L'obiettivo strategico di medio periodo che la Regione si pone è quello della riorganizzazione della rete dei punti nascita secondo le indicazioni del *Progetto Obiettivo Materno Infantile* nazionale (la cui validità è stata confermata anche dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005), adattandole alla specificità della situazione regionale. Infatti la mera applicazione dei parametri del Progetto Obiettivo comporterebbe la chiusura di diversi punti nascita, per alcuni dei quali è invece necessario prevedere la

possibilità di deroga tenendo conto delle particolari condizioni geomorfologiche e di viabilità dei territori di riferimento. Per queste situazioni particolari si potrà procedere alla sperimentazione di modelli organizzativi di erogazione dell'assistenza già utilizzati in altre regioni e che prevedono una forte integrazione tra più strutture ospedaliere (caratterizzate da diverse presenze di specialità appartenenti all'area funzionale materno infantile) nonché tra strutture ospedaliere e territorio (si pensi ad esempio alle *case di maternità*, o alla possibilità di dipartimenti interpresidi).

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

Più sicurezza per la madre e il bambino

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

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

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

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

Assistenza al parto e al puerperio

- l'assistenza di almeno l'80% delle gravide e dei neonati ad alto rischio presso unità di terzo livello;
- l'attivazione di percorsi per il parto-analgesia, uniformando i comportamenti delle diverse strutture;
- la definizione di protocolli operativi per la riduzione del ricorso al parto cesareo, quando non motivato da esigenze cliniche e di sicurezza della madre e del bambino, in particolare nelle strutture di I e II livello dove più frequentemente si concentrano i casi di inappropriata;
- la definizione di protocolli operativi per il trasporto in utero e per il trasporto protetto neonatale, che prevedano la riduzione del trasporto neonatale con incremento di quello in utero;
- l'adozione di interventi rivolti alla umanizzazione dell'assistenza alle donne;

- l'attivazione di percorsi specifici per le donne straniere nel rispetto delle diverse culture di appartenenza anche mediante gli interventi di mediazione culturale da realizzare attraverso iniziative di formazione degli operatori;
- la formazione degli operatori su comunicazione della diagnosi e primo sostegno ai genitori in caso di nascita di un bambino con deficit;
- l'immediata attivazione di percorsi di supporto alla famiglia, anche con la collaborazione delle associazioni dei familiari, in caso di nascita di un bambino con deficit.

L'area pediatrica

Per la tutela della salute nell'area pediatrica è necessario prevedere alcune azioni inerenti l'organizzazione dei servizi che si prendono cura dei problemi sanitari dell'infanzia, con caratteristiche specifiche per il neonato, il bambino e l'adolescente sino a 18 anni, che si riportano di seguito:

Riorganizzare i servizi

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

Parti e ricorso al parto cesareo - 2001 - 2003

Strutture		2001*			2002			2003**		
		N. parti (a)	N. cesarei (b)	b/a %	N. parti (a)	N. cesarei (b)	b/a %	N. parti (a)	N. cesarei (b)	b/a %
Asl 1	OSPEDALE SS. ANNUNZIATA SASSARI	641	126	19,7	1.064	254	23,9	1.244	525	42,2
	OSPEDALE CIVILE ALGHERO	280	105	37,5	312	121	38,8	317	136	42,9
	OSPEDALE ANTONIO SEGNI OZIERI	319	118	37,0	348	131	37,6	325	118	36,3
	CASA DI CURA POLICLINICO SASSARESE SASSARI	687	193	28,1	584	213	36,5	607	236	38,9
Asl 2	OSPEDALE CIVILE TEMPIO PAUSANIA	345	108	31,3	269	110	40,9	289	118	40,8
	OSPEDALE MERLO LA MADDALENA	97	18	18,6	86	21	24,4	126	43	34,1
	OSPEDALE S.GIOVANNI DI DIO OLBIA	693	194	28,0	794	201	25,3	807	225	27,9
Asl 3	OSPEDALE S.FRANCESCO NUORO	1.191	379	31,8	1.064	372	35,0	1.139	424	37,2
	OSPEDALE CIVILE SORGONO	121	36	29,8	115	55	47,8	141	70	49,6
	OSPEDALE CIVILE BOSA	115	44	38,3	128	33	25,8	151	63	41,7
	OSPEDALE CIVILE ISILI	169	68	40,2	157	82	52,2	158	75	47,5
Asl 4	OSPEDALE CIVILE LANUSEI	469	111	23,7	377	103	27,3	389	98	25,2
Asl 5	OSPEDALE S.MARTINO ORISTANO	757	201	26,6	711	200	28,1	750	233	31,1
	OSPEDALE DELOGU GHILARZA	225	77	34,2	225	85	37,8	186	85	45,7
Asl 6	OSPEDALE CIVILE S.GAVINO	651	181	27,8	643	171	26,6	600	171	28,5
Asl 7	OSPEDALE SIRAI CARBONIA	417	189	45,3	437	172	39,4	396	148	37,4
	OSPEDALE S.BARBARA IGLESIAS	344	90	26,2	362	138	38,1	290	100	34,5
Asl 8	OSPEDALE S.GIOVANNI DI DIO CAGLIARI	1.263	450	35,6	1.302	332	25,5	1.339	492	36,7
	OSPEDALE (SS. TRINITA) CAGLIARI	862	317	36,8	740	292	39,5	703	292	41,5
	OSPEDALE SAN MARCELLINO MURAUVERA	171	86	50,3	149	70	47,0	124	55	44,4
	CASA DI CURA S.ANNA OSTETRICA E GIN. CAGLIARI	353	122	34,6	380	141	37,1	390	155	39,7
	CASA DI CURA CITTA' DI QUARTU QUARTU S.ELENA	-	-	-	-	-	-	10	9	90,0
CASA DI CURA VILLA ELENA CAGLIARI	623	241	38,7	694	279	40,2	854	352	41,2	
	OSPEDALE S. MICHELE CAGLIARI	1.538	473	30,8	1.509	470	31,1	1.578	521	33,0
TOTALE		12.331	3.927	31,8	12.450	4.046	32,5	12.913	4.744	36,7
*	Mancano 711 SDO SS. Annunziata 2001									
**	Mancano 228 SDO SS. Annunziata 2003 (DRG 391 nato sano)									

2.4 La continuità assistenziale

Il servizio di continuità assistenziale assicura interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne, festive e prefestive. Esso è articolato in 192 punti di guardia medica, distribuiti nel territorio regionale come riportato nella tabella allegata e occupa circa 860 medici per un monte ore complessivo di circa 29.000 all'anno. Rispetto alla media nazionale di 0,2 medici di guardia medica per 1000 abitanti, il dato relativo alla Sardegna è decisamente superiore (0,5 per mille), giustificato in parte dalle condizioni geomorfologiche del territorio e dalle caratteristiche della rete viaria.

La situazione attuale

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

Il Piano si propone una riorganizzazione della continuità assistenziale, finalizzata a garantire tempestività delle risposte ed equità nell'accesso, in modo da assicurare un'effettiva continuità dell'assistenza rispetto sia ai medici di assistenza primaria sia al sistema del 118. Particolare attenzione va riservata all'esigenza di garantire maggiore sicurezza al personale, già vittima di gravi episodi di violenza che hanno scosso tutto il mondo sanitario e i cittadini sardi.

Obiettivi di riorganizzazione

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

A tal fine, la riorganizzazione prevede:

- la localizzazione dei punti di guardia medica presso i presidi sanitari o sociosanitari presenti nei territori di riferimento (pronto soccorso ospedalieri, postazioni di soccorso avanzato, associazioni di volontariato inserite nella rete dell'emergenza o, in assenza di uno dei presidi sopraindicati, anche presso strutture residenziali afferenti alla rete dell'assistenza residenziale territoriale); nel caso di allocazione presso il pronto soccorso e presso le postazioni di soccorso avanzato dovrà essere favorita l'integrazione degli operatori afferenti

ai diversi servizi anche ai fini del miglioramento delle competenze professionali;

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

2.5 Le dipendenze

Come già evidenziato nel *Piano dei Servizi Sociali* il crescente utilizzo, anche da parte dei giovani, di sostanze che inducono dipendenza (droghe, alcool, fumo ecc), spesso associato a difficoltà sociali, psicologiche e mediche, determina gravi problemi di salute che possono essere efficacemente presi in carico e trattati nell'ambito dei servizi distrettuali.

Al fine di migliorare l'assistenza garantita alle persone che utilizzano sostanze che inducono dipendenza, costituiscono obiettivi prioritari da perseguire nel triennio di validità del presente Piano:

- garantire la presa in carico personalizzata delle persone dipendenti da sostanze (inclusi alcolisti e tabagisti), integrando la valutazione e gli interventi di ordine farmacologico, psicologico, riabilitativo nei contesti ambulatoriali, semiresidenziali o residenziali più indicati nel singolo caso;
- coordinare e raccordare le risorse e l'operatività dei diversi punti della rete dei servizi (sanitari, sociosanitari, sociali, educativi) impegnati nell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione;
- riorientare l'operatività dei servizi, in modo da incontrare le diversificate necessità e richieste di salute, intergrandola nel Distretto con gli altri servizi;
- garantire in particolare l'integrazione con i servizi per la tutela della salute mentale per assicurare la presa in carico integrata dei pazienti in situazione multiproblematica. A tal fine si prevede la formulazione

**Gli obiettivi
prioritari**

di uno specifico atto di indirizzo che assicuri la piena collaborazione dei servizi per le dipendenze e di quelli per la salute mentale in presenza di problemi di abuso e dipendenza associati a livelli significativi di sofferenza mentale;

- adottare strumenti di analisi epidemiologica a livello regionale per sostenere la pianificazione degli interventi, il loro monitoraggio e la valutazione dei risultati ottenuti;
- attuare programmi di prevenzione, definiti in base alle evidenze scientifiche della loro efficacia, rivolti prevalentemente ai giovani nell'intento di scoraggiare l'uso delle varie sostanze d'abuso (legali ed illegali).

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

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

3. RETE OSPEDALIERA

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

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

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

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

3.1 Il quadro di riferimento nazionale

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

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

I livelli essenziali di assistenza ospedaliera

Il DPCM 29.11.2001, *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*, relativamente all'assistenza ospedaliera fornisce limitate indicazioni di rilievo programmatico:

- nella classificazione delle prestazioni comprese nei livelli assistenziali relativi all'assistenza ospedaliera (allegato 1, § 1.A, DPCM 29.11.2001), ove, accanto alle prestazioni tradizionali, prevede espressamente gli interventi ospedalieri a domicilio;
- con riferimento agli standard relativi alle prestazioni erogabili e alle strutture di offerta (allegato 1, § 1.B);
- con riguardo ai ricoveri ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria (allegato 2);
- relativamente al ruolo dell'ospedale nella rete dei servizi sanitari (allegato 3), rispetto al quale fornisce indicazioni di carattere generale.

Gli standard relativi al tasso di ospedalizzazione e alla dotazione di posti letto, già definiti dal DL 347/2001 convertito dalla L 405/2001 e nel DPCM 29.11.2001, sono stati rideterminati con l'Intesa sottoscritta in sede di *Conferenza per i Rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome* per il triennio 2005 - 2007 del 23.3.2005, atto n. 2271, nei seguenti termini:

Standard su tasso di ospedalizzazione e dotazione di posti letto

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

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

- 2005: 4,7 pl per 1000 abitanti, di cui 4,5 per acuti e 0,2 postacuzie.
- 2006: 4,6 pl per 1000 abitanti, di cui 4,1 per acuti e 0,5 postacuzie.
- 2007: 4,5 pl per 1000 abitanti, di cui 3,7 per acuti e 0,8 postacuzie.

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

Il tasso di utilizzo dei posti letto, invece, è stato determinato nella misura minima del 75% dalla L. 549/1995, art. 2, c. 5, e successivamente confermato con il DPCM 27.11.2001.

La classificazione e organizzazione interna degli ospedali

L'ultima classificazione funzionale organica degli ospedali prevista a livello nazionale è quella introdotta dalla L 132/1968.

Successivamente la normativa nazionale ha regolamentato i requisiti per l'esercizio delle attività di alta specialità (DM 29.1.1992) e ha definito i criteri di classificazione degli ospedali specializzati (DM 31.1.1995).

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

Classificazione funzionale

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

Obiettivi strategici del PSN

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

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

Il successivo accordo Stato - Regioni per l'attuazione del PSN 2003 - 2005 del 24.7.2003 individua tra le priorità la realizzazione di una rete di centri di eccellenza e prevede la definizione di criteri oggettivi per la loro individuazione.

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

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

3.2 La domanda regionale di ricoveri

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

Nel 2003 (ultimo anno per il quale sono disponibili informazioni complete), il tasso di ospedalizzazione è stato pari a 226 ricoveri per 1.000 abitanti, così distribuiti:

**Situazione attuale
del tasso di
ospedalizzazione**

- 217 presso presidi regionali e 9 presso strutture extra-regionali;
- 225 per ricoveri in reparti per acuti e 1 per ricoveri in reparti di post acuzie;
- 161 per degenza ordinaria e 65 per degenza diurna.

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

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

Il tasso di ospedalizzazione 2003, standardizzato per età e genere su base regionale e con la correzione dei ricoveri diurni, presenta il valore minimo nella azienda USL 1 (174) e quello massimo nelle aziende USL 4 e 8 (circa 250). Occorre peraltro rilevare che la variabilità deriva prevalentemente dai ricoveri diurni (sulla cui corretta registrazione permangono dubbi); in particolare:

- i ricoveri ordinari in 6 aziende sanitarie su 8 sono compresi tra 150 e 170 ricoveri per mille abitanti; fanno eccezione le aziende USL 6 (142) e 4 (198);
- i ricoveri diurni variano da 16 nella azienda USL 1 a 75 nella azienda USL 8.

In coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente, obiettivo del Piano è ricondurre entro il 2007 il tasso di ospedalizzazione nei limiti dello standard nazionale, con le seguenti tappe intermedie:

**Obiettivi del
Piano**

- 2005: 210 ricoveri per 1000 abitanti;
- 2006: 200 ricoveri per 1000 abitanti;

- 2007: 190 ricoveri per 1000 abitanti (tasso medio annuo da raggiungere progressivamente in modo da pervenire negli ultimi mesi dell'anno allo standard di 180 ricoveri per 1000 ab.);
- 2008: 180 ricoveri per 1000 abitanti.

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

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

- accordi con i medici di medicina generale per il monitoraggio delle prescrizioni di ricovero, in attuazione dell'accordo regionale;
- sviluppo dell'assistenza territoriale: assistenza specialistica ambulatoriale, anche in forma di day service, Assistenza Domiciliare Integrata, ospedalizzazione domiciliare, Residenza Sanitaria Assistenziale ecc.;
- sviluppo dei ricoveri di Day Surgery e di Day Hospital (ad esclusione di quelli diagnostici) e riduzione di quelli ordinari, a partire da quelli a elevato rischio di inappropriatazza.

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

3.3 La rete ospedaliera regionale

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

La situazione attuale

La rete presenta le seguenti caratteristiche principali:

- dotazione totale effettiva di posti letto degli ospedali pubblici e dei soggetti erogatori accreditati complessivamente superiore allo

standard nazionale di 4,5 posti letto per 1000 abitanti (7.824 posti letto effettivi a fronte di un fabbisogno stimato in base ai parametri nazionali di 7.375 posti letto);

- forte esubero di posti letto per acuti (7.643 posti letto effettivi a fronte di un fabbisogno stimato di 5.737 posti letto);
- carenza di posti letto post-acuzie (181 posti letto effettivi a fronte di un fabbisogno stimato di 1.638 posti letto);
- tasso complessivo di utilizzo dei posti letto ordinari inferiore al tasso nazionale di riferimento nazionale del 75%: 68,6% per gli ospedali pubblici, 52,6% per i soggetti erogatori privati e, in media complessiva regionale, 66,5%;
- posti letto diurni per acuti attualmente inferiori al tasso minimo del 10% (ma potenzialmente in crescita, con la necessaria riduzione dei posti letto ordinari).

La dotazione per specialità

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

Con riguardo alla *dotazione complessiva di posti letto ospedalieri*, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa nazionale, obiettivo del presente Piano Sanitario è pervenire, entro il 2007, alla dotazione standard di 7.370 posti letto, di cui 5.737 per acuti e 1.638 post-acuzie. Tale dotazione “*obiettivo*” è calcolata con riferimento al parametro nazionale, distinto per le patologie acute e post acute, il cui rispetto è oggetto di monitoraggio da parte del Governo e condiziona le scelte delle singole regioni.

La situazione a regime: dotazione complessiva

Con riferimento alla dotazione di posti letto per *acuti*, la Regione ritiene che la capacità ricettiva possa essere ulteriormente incrementata del 5% dei posti letto (per un totale di 286 posti letto), tenuto conto della dispersione della popolazione e delle caratteristiche del territorio della Sardegna, ai sensi dell’Intesa Stato - Regioni del 23.3.2005, la quale prevede deroghe allo standard nazionale ancorché per motivazioni differenti da quelle legate al territorio. Su tale punto, la Regione è impegnata in un confronto con il Governo nazionale.

La dotazione di posti letto per le *post-acuzie* è complessivamente articolata in 1.127 posti letto per la riabilitazione e 511 posti letto per la lungodegenza.

Con riguardo alla dotazione di posti letto per discipline ospedaliere, il fabbisogno è stato calcolato partendo dalla distribuzione effettiva

rilevata a livello nazionale per le singole specialità (classificate secondo i criteri di cui alle rilevazioni ministeriali), con il seguente procedimento:

- sono stati compresi nel calcolo sia i posti letto ordinari sia quelli diurni, delle strutture pubbliche e private accreditate;
- sono stati considerati solo i posti letto rilevati per le singole discipline, con l'esclusione di quelli ad utilizzo misto (reparti "pensionanti" e "detenuti" e "day hospital multispecialistico"), ovvero dei posti letto diurni che non vengono attribuiti alle singole discipline (quest'ultimo è presente in alcuni ospedali sardi ed è pertanto stato considerato nella colonna della dotazione attuale);
- poiché i posti letto oggi presenti a livello nazionale per l'acuzie sono superiori allo standard di 3,5 posti letto per 1.000 abitanti, il parametro è stato reso compatibile con lo standard complessivo riducendo in modo proporzionale la dotazione di tutte le discipline (rinviando in questa prima fase ogni considerazione circa l'evoluzione delle patologie e delle tecnologie);
- per la postacuzie, in presenza di un numero di posti letto inferiore allo standard di 1 posto letto per 1.000 abitanti, si è operato con il processo inverso, ovvero incrementando in modo proporzionale la dotazione di tutte le discipline ivi comprese.

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

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

- la carenza (regionale o locale) di alcune discipline, causa di sviluppo delle attività da parte di reparti affini (in particolare, le medicine e le chirurgie generali);
- le specifiche condizioni epidemiologiche e della domanda di assistenza;
- la presenza di un eccesso di posti letto ordinari in alcune discipline caratterizzate da un basso tasso di utilizzo della capacità produttiva esistente;
- il ridotto sviluppo dell'ospedalizzazione diurna (ad esempio per l'oculistica) e di forme alternative di assistenza (day service, ospedalizzazione domiciliare, hospice ecc.);
- lo sviluppo anomalo dell'ospedalità privata (ad esempio per la geriatria, a fronte di una carenza di servizi pubblici, indispensabili

anche per gestire le unità di valutazione geriatrica che regolano l'accesso ai servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari);

- la natura principalmente bipolare della sanità sarda, che comporta una diffusa presenza di specialità nei due poli di Cagliari e Sassari e una maggiore dotazione di posti letto in reparti generali nelle aree interne;
- non vanno infine trascurate differenze nella classificazione e codifica dei posti letto, nonché nel loro reale utilizzo per attività più o meno riconducibili alle diverse specialità.

Tenuto conto di tali considerazioni, la tabella allegata riporta una schema di distribuzione del fabbisogno di posti letto tra le singole discipline, definito sulla base del parametro nazionale di riferimento e delle peculiarità della realtà regionale. Il dato riportato nella colonna denominata "pl RAS - fabbisogno 4,5" costituisce un parametro di riferimento per la definizione della distribuzione (a regime) delle specialità a livello territoriale, da utilizzare con gradualità e flessibilità, tenuto conto delle concrete potenzialità locali e delle disponibilità economiche per il Servizio Sanitario Regionale.

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

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

Per tali ragioni, nella tabella viene indicata la presenza delle singole specialità nelle varie aziende sanitarie locali, senza indicazione quantitativa della dotazione di posti letto. La tabella ipotizza la distribuzione a lungo termine delle discipline, con un processo di progressivo adeguamento che, per poter essere attuato, richiede:

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

La proposta di distribuzione delle specialità mediche sul territorio regionale (di cui alla tabella allegata) tiene quindi conto del dato storico, della situazione geografica e viaria della Sardegna; essa è coerente con le disposizioni ministeriali che richiedono una riduzione dei posti letto per acuti e un aumento di quelli per lungodegenti e riabilitazione.

In sintesi, l'obiettivo è garantire:

- una capillare diffusione su tutto il territorio regionale delle discipline di base, al fine di assicurare uniformità e tempestività di trattamento,
- una razionale presenza sul territorio delle discipline specialistiche, tenuto conto delle indicazioni scientifiche internazionali e dei parametri nazionali che raccomandano adeguati volumi di attività e il necessario sviluppo di competenze cliniche.

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

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

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

- prevedere la distribuzione regionale delle specialità cliniche in base al rispettivo tasso atteso di ospedalizzazione e al conseguente bacino potenziale di utenza, articolandone l'attivazione sul territorio secondo il livello di diffusione da perseguire, seconda la seguente classificazione (crf. tabella allegata),
 - specialità rare, da prevedere in 1-2 aziende sanitarie;
 - specialità di media diffusione, da prevedere in 3-4 aziende sanitarie;
 - specialità di alta diffusione, da prevedere in 6-7 aziende sanitarie;
 - specialità di base, da prevedere in tutte le 8 aziende sanitarie locali;
- prevedere l'organizzazione delle diverse specialità rare e di media diffusione con il principio della rete integrata mediante il modello *hub & spoke*, ovvero prevedendo raccordi tra i centri di riferimento regionali e sub-regionali (*hub*) e i centri periferici (*spoke*, costituiti, ove del caso, da specialità affini);

Indirizzi di Piano

Diffusione delle
singole discipline

Centri di
riferimento e
periferici

- procedere alla organizzazione della rete dei presidi, distinguendo fra ospedali *generali* e ospedali *specializzati*, in base ai seguenti criteri:
 - ospedali di rete generali, con valenza regionale, sub-regionale o zonale, monosede o plurisede. Negli ospedali plurisede la sede principale è quella caratterizzata dalla presenza delle specialità delle diverse aree funzionali (medicina, chirurgia, materno-infantile) e dal DEA di 1° o 2° livello, mentre le altre sedi sono caratterizzate da discipline solo di area medica, prevalentemente dedicati alla post-acuzie, con attività di day surgery garantita dalla sede principale e con pronto soccorso h12 o h24, in base alla distanza dall'ospedale principale;
 - ospedali di rete specializzati, con valenza regionale o sub-regionale;
- in generale, nell'ambito di ogni area territoriale, in presenza di più presidi, superare la duplicazione delle specialità in presidi operanti a distanza ridotta e raggiungibili tendenzialmente in meno di 30 minuti, salvo ragioni legate a reali consistenti volumi di attività, in particolare nelle discipline con alti tassi di ospedalizzazione;
- rideterminare i posti letto a regime (fine 2007) per le singole aziende USL in coerenza con il valore globale regionale, come sopra determinato, tenendo conto della distribuzione delle specialità di cui alla tabella allegata e dell'obiettivo tendenziale di utilizzo complessivo dei posti letto ordinari mediamente pari ad almeno il 75% della capacità ricettiva; tale tasso deve essere interpretato come obiettivo minimo complessivo della struttura di ricovero, compatibile con tassi nelle singole unità operative differenziati in base alle caratteristiche dei singoli reparti (tenuto conto della differente degenza media e di un adeguato intervallo di turn-over) e condizionato dal mix tra reparti con attività programmabile e non;
- procedere, ove è prevista una riduzione dei posti letto per acuti, alla loro trasformazione in posti letto post acuzie (riabilitazione e lungodegenza) e alla conseguente riconversione delle attività, a garanzia di una più appropriata assistenza a favore del paziente; le aziende sanitarie individuano sin da subito l'offerta ospedaliera di fatto già destinata a rispondere a bisogni di lungodegenza e riabilitazione e procedono alla formale riconversione/ riclassificazione dei relativi posti letto e delle relative risorse;
- riconvertire gli ospedali minori che per la loro collocazione, prossima agli ospedali generali e in aree che non presentano problemi di accesso da parte della popolazione di riferimento, possono essere trasformati in strutture a bassa intensità assistenziale in grado di garantire adeguate risposte sanitarie con modalità alternative al ricovero ordinario (ad es. ospedale di comunità, RSA, poliambulatorio)

Ospedali generali e specializzati

Superare le duplicazioni non necessarie

La dotazione nelle singole aziende USL

Posti letto post-acuzie

Strutture a bassa intensità assistenziale

e salvaguardando la presenza di una struttura sanitaria nei territori con grave disagio geomorfologico e con rilevanti problemi di accessibilità al resto della rete;

- sviluppare il governo clinico degli ospedali su base dipartimentale mediante i dipartimenti funzionali, al fine di coordinare la gestione sanitaria delle strutture omologhe o appartenenti alle macro-articolazioni delle discipline (area medica, chirurgica, materno-infantile, servizi) o complementari, in base alla articolazione e al numero delle specialità presenti nell'azienda sanitaria. I dipartimenti funzionali, ove composti da strutture collocate in diversi presidi, assolvono alla prevalente funzione di coordinare le attività svolte dalle singole strutture, contribuire alle scelte nell'allocazione delle risorse, migliorare i processi assistenziali, coordinare lo sviluppo delle risorse professionali. Nel caso in cui le strutture che compongono il dipartimento siano attigue, il dipartimento funzionale assume anche la funzione di dipartimento strutturale, al fine di garantire il più efficiente utilizzo delle dotazioni strutturali e delle risorse umane. Nelle aziende USL dotate di un solo ospedale con un numero limitato di reparti la costituzione dei dipartimenti non è obbligatoria;
Le aziende sanitarie si attivano affinché una quota parte dei posti letto per acuti (almeno il 10%) sia destinato a un utilizzo dipartimentale o, comunque, a favore di tutte le strutture che compongono l'ospedale;
- sviluppare ulteriormente la degenza diurna, mediante la trasformazione di posti letto di degenza ordinaria in posti letto di degenza diurna (tendenzialmente sostituendo non meno di 2 posti letto di degenza ordinaria con 1 posto letto di *day hospital*);
- sviluppare le attività ambulatoriali programmate (*day service*), con l'obiettivo di contribuire alla riduzione delle liste di attese e di favorire la presa in carico della persona garantendo accompagnamento lungo le fasi essenziali del percorso diagnostico-terapeutico;
- attivare l'ospedalizzazione domiciliare (in particolare per l'assistenza oncologica e per i soggetti anziani) e sviluppare l'assistenza domiciliare integrata a garanzia della continuità dei trattamenti erogabili in regime extra-ospedaliero.

**Modello
dipartimentale**

Degenza diurna

**Attività
ambulatoriale
programmata**

**Assistenza
domiciliare**

Gli indirizzi e i criteri di cui sopra, ove adeguatamente adottati a livello aziendale, mirano a favorire una graduale trasformazione della rete ospedaliera regionale dall'attuale insieme di singole strutture di ricovero (per lo più di tipo tradizionale) a una *rete integrata per l'assistenza ospedaliera*, ove l'integrazione si realizza non solo fra i diversi ospedali ma anche fra gli ospedali e i distretti, sviluppata nel rispetto delle

**DISTRIBUZIONE REGIONALE DISCIPLINE
in base allo standard di 4,5 posti letto ogni 1.000 abitanti**

diffusione	poli	cod.	disciplina	param.naz. 4,5	pl RAS effettivi	pl fabb. RAS 4,5	asl 1	asl 2	asl 3	asl 4	asl 5	asl 6	asl 7	asl 8
rara	1	1	allergologia	0,002	24	10								X
		5	angiologia	0,005	3	5								
		13	chirurgia toracica	0,014	25	23								X
		25	medicina del lavoro	0,003	4	4								
		55	farmacologia clinica		2	0								
		61	medicina nucleare	0,002	8	4								X
		65	oncoematologia pediatrica	0,002	7	7								X
		70-74	radioterapia + rad.oncol.	0,012	53	20								X
	2	71	reumatologia	0,009	19	18	X							X
		7-6	cardiochirurgia + c.ped.	0,031	36	42	X							X
		10-35	chir. maxillo-f. + odonto	0,017	16	24	X							X
		11	chirurgia pediatrica	0,016	31	30	X							X
		12	chirurgia plastica	0,018	6	14	X							X
		19	malattie endocrine	0,022	13	26	X							X
		33	neuropsichiatria infantile	0,011	21	18	X							X
		47-46	grandi ustioni + g.u.ped.	0,006	5	10	X							X
		48	nefrologia (abilit. trap. rene)	0,008	51	28	X							X
		58	gastroenterologia	0,024	97	45	X							X
media	3-4	14	chirurgia vascolare	0,034	39	56	X		X					X
		18	ematologia + oncoemat.	0,034	119	86	X		X					X
		24	malattie infettive	0,065	131	106	X		X		X			X
		30	neurochirurgia	0,044	77	72	X		X					X
		52	dermatologia	0,023	68	38	X		X					X
		62	neonatologia	0,067	65	98	X		X		X		X	X
		64	oncologia	0,045	161	120	X		X		X		X	X
		68	pneumologia	0,073	291	150	X		X				X	X
		73	terapia intensiva neonatale	0,017	40	30	X		X					X
alta	6-7	29	nefrologia + 54 emodialisi	0,050	23	60	X	X	X		X	X	X	X
		32	neurologia	0,120	289	197	X	X	X		X	X	X	X
		34	oculistica	0,091	277	149	X	X	X		X		X	X
		38	otorinolaringoiatria	0,093	206	152	X	X	X		X		X	X
		40	psichiatria	0,114	100	145	X	X	X		X		X	X
		43	urologia	0,128	270	210	X	X	X		X	X	X	X
altissima	8	8	cardiologia	0,131	127	190	X	X	X	X	X	X	X	X
		9	chirurgia generale	0,525	1.171	860	X	X	X	X	X	X	X	X
		21	geriatria	0,084	255	138	X	X	X	X	X	X	X	X
		26	medicina generale	0,672	1.491	1.100	X	X	X	X	X	X	X	X
		36	ortopedia e traumatologia	0,337	630	552	X	X	X	X	X	X	X	X
		37	ostetricia e ginecologia	0,298	743	488	X	X	X	X	X	X	X	X
		39	pediatria	0,124	341	203	X	X	X	X	X	X	X	X
		49	terapia intensiva	0,057	119	93	X	X	X	X	X	X	X	X
		50	unità coronarica	0,045	73	73	X	X	X	X	X	X	X	X
		51	astanteria	0,027	25	44	X	X	X	X	X	X	X	X
			totale acuti	3,500	7.643	5.737								
		28	unità spinale	0,014	15	23								X
		56	recupero e riabilit.funzionale	0,639	42	1.046	X	X	X	X	X	X	X	X
		75	neuroriabilitazione	0,035		57	X							X
		60	lungodegenza	0,312	124	511	X	X	X	X	X	X	X	X
			totale postacuzie	1,000	181	1.638								
			totale generale	4,500	7.824 *	7.375								

* Compresi 91 posti di d.h. multiprofessionale.

esigenze di riequilibrio a favore dei centri interni dell'Isola, con l'obiettivo di garantire continui miglioramenti della qualità dell'assistenza, nell'interesse di tutte le persone cui il Servizio sanitario regionale è tenuto a dare risposte.

3.4 Le Aziende ospedaliero-universitarie

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

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

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

L'accordo con le
Università di
Cagliari e Sassari

In attesa della concreta istituzione e attivazione delle due Aziende Ospedaliero - Universitarie di Cagliari e Sassari, che dovrà avvenire entro e non oltre il 30 giugno 2006, la Regione, di concerto con le Università, provvede ad individuare modalità che assicurino continuità nell'erogazione dell'assistenza e nei processi di miglioramento e riqualificazione in corso, che garantiscano certezza agli operatori ospedalieri e universitari, che favoriscano un ordinato ed equilibrato passaggio dall'attuale situazione a quella definitiva.

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

Di seguito sono riportati gli accordi preliminari sottoscritti tra le parti.

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SASSARI

L'anno duemilacinque addì 12 (dodici) del mese di luglio presso i locali dell'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Sardegna, si è svolto un incontro tra la Regione Sardegna, rappresentata dal Presidente Renato Soru e dall'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'Assistenza

sociale, Nerina Dirindin e l'Università degli Studi di Sassari rappresentata dal Rettore Prof. Alessandro Maida, il Preside della Facoltà di Medicina Prof. Giulio Rosati, il Presidente del corso di laurea in Medicina e Chirurgia prof. Giuseppe Delitala e il Vice Preside della Facoltà di Medicina prof. Giuseppe Madeddu.

L'Assessore spiega che l'incontro odierno è stato convocato al fine di stabilire, in maniera condivisa, i criteri generali per la definizione dell'offerta ospedaliera dell'Azienda Sanitaria n. 1 di Sassari in relazione alla nascita dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari.

A seguito dell'incontro è emerso quanto di seguito sinteticamente riportato.

PREMESSO che:

il quadro di riferimento nazionale in materia di razionalizzazione della rete ospedaliera e, in particolare, gli standard relativi alla dotazione di posti letto, al tasso di ospedalizzazione e al tasso di utilizzo dei posti letto, così come previsti dalla recente normativa, d.l. 347/2001 convertito dalla l. 405/2001, dpcm 29.11.2001, è stato in parte rideterminato con l'Intesa del 23.3.2005, atto n. 2271, sottoscritta in sede di Conferenza Permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome con riferimento al triennio 2005 – 2007, al cui rispetto è condizionata l'erogazione da parte del Governo di parte del fondo sanitario per il finanziamento del servizio sanitario regionale;

il Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005 che, nell'ambito dei "10 progetti per la strategia del cambiamento", prevede quello finalizzato a "promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere" e inserisce tra gli obiettivi strategici il sostegno alle regioni nel loro programma di ridisegno della rete ospedaliera,

i parametri di riferimento per la razionalizzazione della rete ospedaliera regionale sono definiti dalla normativa nazionale come segue:

- tasso di ospedalizzazione: 180 ricoveri per mille abitanti, di cui in regime diurno di norma pari al 20%;
- dotazione di posti letto: 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie (determinati in 1 pl per mille abitanti).
- tasso di utilizzo dei posti letto: non inferiore al 75%.

l'Intesa Stato – Regioni del 23.3.2005, atto n. 2271 prevede che gli standard di riferimento debbano essere raggiunti entro il 2007 e che le regioni prevedano gli obiettivi intermedi nel triennio;

VISTO il Protocollo d'intesa tra la Regione Autonoma della Sardegna e le Università degli Studi di Cagliari e di Sassari sottoscritto il 11.10.2004 e, in particolare, l'articolo 7 che dà avvio alla procedura per l'istituzione dell'Azienda Ospedaliero-universitaria di Sassari,

CONSIDERATO che:

il Piano Sanitario Regionale 2006-2008, in via di predisposizione e di prossima adozione da parte della Giunta Regionale, prevede la razionalizzazione della rete ospedaliera al cui interno deve trovare adeguata collocazione l'Azienda Ospedaliero-universitaria di Sassari, con funzioni di didattica, formazione, ricerca e assistenza,

la dotazione attuale ed effettiva dei posti letto ospedalieri (pubblici e privati) dell'Azienda USL di Sassari è pari a 1.767 p.l. (di cui 1.747 per acuti e 20 per la lungodegenza e riabilitazione) corrispondente a 5,13 p.l. ogni 1000 abitanti (di cui 5,07 per acuti e 0,06 per lungodegenza e riabilitazione)

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

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

in attuazione dell'art. 7 comma 6 del Protocollo d'intesa tra la Regione Autonoma della Sardegna e le Università degli Studi di Cagliari e di Sassari sottoscritto il 11.10.2004, il perseguimento di un adeguato livello di unitarietà strutturale e logistica dell'Azienda Ospedaliero-universitaria deve essere considerato un obiettivo tendenziale dando atto che, allo stato attuale, la sede dell'Azienda sarà presso le strutture universitarie attualmente convenzionate con l'Azienda Usl n.1, il Policlinico universitario e il Presidio SS. Annunziata;

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

l'Università di Sassari si impegna a collaborare ad una ricognizione e ad una approfondita analisi dell'attuale offerta di professionisti e del loro livello di occupazione anche in vista di una migliore programmazione del fabbisogno di nuovi specialisti e di una complessiva riqualificazione dei percorsi formativi;

in attesa di una complessiva valutazione e revisione del fabbisogno di formazione, e comunque non oltre il 31.12.2006, le attività essenziali per lo svolgimento dei compiti istituzionali dei settori scientifico-disciplinari di oncologia medica e di malattie cutanee e veneree saranno garantite nell'ambito della dotazione complessiva dei posti letto del Dipartimento di Medicina Interna dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nonché dalle strutture assistenziali di Oncologia e Dermatologia dell'Azienda Usl, in maniera integrata e complementare.

Tutto ciò premesso e considerato tra le Parti, come sopra costituite, si conviene che la definizione della rete ospedaliera della città di Sassari e specificamente del presidio Usl SS. Annunziata e della nuova Azienda Ospedaliera-Universitaria dovrà essere coerente con i seguenti indirizzi di carattere generale:

1. l'assegnazione delle singole funzioni all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e del presidio ospedaliero SS. Annunziata dovrà avvenire in coerenza con la vocazione generale attribuita alle due strutture.
2. l'organizzazione di entrambe le strutture deve svilupparsi in una logica dipartimentale.
3. le attività di supporto (tecniche, amministrative e professionali) devono, per quanto possibile, mantenere una gestione unitaria nel rispetto dell'autonomia giuridica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.
4. le duplicazioni non adeguatamente motivate devono essere gradualmente superate, tenuto conto del fabbisogno di assistenza, del volume e della tipologia dell'attività svolta nell'ultimo triennio, dell'efficienza organizzativa delle singole unità operative e dei criteri di accreditamento delle strutture stesse e dei requisiti minimi per l'accREDITAMENTO dei corsi di studio della Facoltà di Medicina.

5. la natura, i compiti e le responsabilità delle due strutture ospedaliere della città portano a prevedere per l'Azienda Ospedaliera Universitaria un Dipartimento internistico, un Dipartimento chirurgico ed uno per la lungodegenza e riabilitazione, nonché il Dipartimento Materno infantile. A sua volta nel P.O. SS. Annunziata sarà presente un Dipartimento internistico, un Dipartimento chirurgico, uno per la lungodegenza - riabilitazione e il Dipartimento dell'Emergenza-Urgenza. Relativamente all'attività di emergenza-urgenza dovranno prevedersi accordi interaziendali tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda Usl che garantiscano idonee modalità organizzative a fini sia assistenziali che didattici.
6. nel Dipartimento internistico dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria confluiranno le funzioni di medicina interna, ematologia, neurologia, malattie infettive e pneumologia, mentre in quello chirurgico confluiranno la chirurgia generale, la chirurgia vascolare, l'ORL, l'oculistica, l'urologia, la maxillo-facciale, la chirurgia plastica, l'ortopedia e l'anestesia e terapia intensiva. Il Dipartimento internistico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria comprenderà anche la funzione di cardiologia e terapia intensiva cardiologica da svolgere in maniera integrata e complementare con il presidio ospedaliero SS. Annunziata. Nel dipartimento internistico del presidio ospedaliero SS. Annunziata è inclusa la medicina interna, la geriatria, la gastroenterologia, la nefrologia, l'oncologia e la dermatologia; mentre nel dipartimento chirurgico confluiranno la chirurgia generale, la neurochirurgia, l'ortopedia - traumatologia.
7. nel Dipartimento dell'emergenza-urgenza dovranno essere incluse le funzioni di: cardiologia, unità coronarica, emodinamica, interventistica cardiaca, cardiocirurgia, chirurgia d'urgenza e dei trapianti, centro ustioni, terapia intensiva post-operatoria, rianimazione, diagnostica radiologica d'urgenza; in quello Materno Infantile dovranno essere incluse la ginecologia e ostetricia, la pediatria, la patologia neonatale, la chirurgia pediatrica, la terapia intensiva neonatale pediatrica e la neuropsichiatria infantile.
8. le strutture di degenza psichiatrica dovranno confluire nel Dipartimento di Salute Mentale.
9. allo scopo di perseguire, all'interno dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria, un'efficace integrazione è opportuno un adeguato equilibrio tra i due ordinamenti nell'affidamento degli incarichi di direzione delle strutture, complesse e semplici, secondo i principi enunciati nel Protocollo d'intesa.
10. i laboratori di base dovranno essere unificati, mentre per quelli di secondo livello si dovrà tendenzialmente evitare duplicazioni così come per gli altri servizi di diagnosi e cura.

Letto, confermato e sottoscritto.

Renato Soru – Presidente della Giunta Regionale
Nerina Dirindin - Assessore Regionale dell'Igiene e Sanità
Alessandro Maida – Rettore Università di Sassari
Giulio Rosati – Preside Facoltà di Medicina di Sassari
Giuseppe Delitala - Presidente del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia di Sassari
Giuseppe Madeddu – Vice-Preside Facoltà di Medicina di Sassari

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI

L'anno duemilacinque addì 26 del mese di ottobre, tra la Regione Sardegna, rappresentata dal Presidente Renato Soru e dall'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'Assistenza sociale, Nerina Dirindin e l'Università degli Studi di Cagliari rappresentata dal Rettore Prof. Pasquale Mistretta e dal Preside della Facoltà di Medicina Prof. Gavino Faa, si è convenuto di definire in maniera più puntuale quanto già concordato lo scorso 13 maggio in relazione alla nascita dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari.

La Regione Sardegna e l'Università degli Studi di Cagliari, come sopra rappresentati, hanno concordato su quanto di seguito sinteticamente riportato.

PREMESSO che:

il quadro di riferimento nazionale in materia di razionalizzazione della rete ospedaliera e, in particolare, gli standard relativi alla dotazione di posti letto, al tasso di ospedalizzazione e al tasso di utilizzo dei posti letto, così come previsti dalla recente normativa, d.l. 347/2001 convertito dalla l. 405/2001, dpcm 29.11.2001, è stato in parte rideterminato con l'Intesa del 23.3.2005, atto n. 2271, sottoscritta in sede di Conferenza Permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome con riferimento al triennio 2005 – 2007, al cui rispetto è condizionata l'erogazione da parte del Governo di parte del fondo sanitario per il finanziamento del servizio sanitario regionale;

il Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005 che, nell'ambito dei "10 progetti per la strategia del cambiamento", prevede quello finalizzato a "promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere" e inserisce tra gli obiettivi strategici il sostegno alle regioni nel loro programma di ridisegno della rete ospedaliera,

i parametri di riferimento per la razionalizzazione della rete ospedaliera regionale sono definiti dalla normativa nazionale come segue:

- tasso di ospedalizzazione: 180 ricoveri per mille abitanti, di cui in regime diurno di norma pari al 20%;
- dotazione di posti letto: 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie (determinati in 1 pl per mille abitanti).
- tasso di utilizzo dei posti letto: non inferiore al 75%.

l'Intesa Stato – Regioni del 23.3.2005, atto n. 2271 prevede che gli standard di riferimento debbano essere raggiunti entro il 2007 e che le regioni prevedano gli obiettivi intermedi nel triennio;

VISTO il Protocollo d'intesa tra la Regione Autonoma della Sardegna e le Università degli Studi di Cagliari e di Sassari sottoscritto il 11.10.2004 e, in particolare, l'articolo 6 che da avvio alla procedura per l'istituzione dell'Azienda Ospedaliero-universitaria di Cagliari;

CONSIDERATO che:

il Piano Sanitario Regionale 2006-2008, in via di predisposizione e di prossima adozione da parte della Giunta Regionale, prevede la razionalizzazione della rete ospedaliera al cui interno deve trovare adeguata collocazione l'Azienda Ospedaliero-universitaria di Cagliari, con funzioni di didattica, formazione, ricerca e assistenza,

l'applicazione degli standard nazionali di riferimento, definiti come media regionale

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

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

Principio delle reti integrate

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

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

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

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

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

Il presente Piano promuove l'organizzazione in rete di tutte le strutture che erogano assistenza ospedaliera in Sardegna, a partire dalla rete per l'assistenza in oncologia e in cardiologia (si vedano in proposito i rispettivi capitoli), anche grazie all'avvio del progetto regionale già finanziato con i fondi finalizzati agli obiettivi prioritari del PSN 2003-2005 di collegamento a rete dei servizi presenti sul territorio per l'assistenza dei malati oncologici.

4. SISTEMA EMERGENZA URGENZA

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

L'architettura globale del Sistema Emergenza Urgenza comprende:

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

**Architettura
dell'emergenza
urgenza**

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

**La rete
territoriale
dell'emergenza**

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

In Sardegna sono attive due Centrali Operative:

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

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

Il sistema territoriale di soccorso si basa su due livelli di risposta: quello avanzato (medicalizzato), composto da personale convenzionato e dipendente delle aziende USL, e quello di base, delegato alle associazioni di volontariato, in regime di convenzione.

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

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

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

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

Il livello ospedaliero: criticità

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

Obiettivi del Piano

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

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

organizzazione generale del sistema

- la costituzione del nuovo Comitato regionale per l'emergenza urgenza come organo consultivo della Regione per la programmazione del Sistema Emergenza Urgenza e per la verifica periodica dell'andamento delle attività svolte;

- la revisione delle modalità di gestione delle centrali operative con il superamento dei vecchi Comitati di gestione (che non hanno in passato garantito un efficace governo del sistema) e la costituzione di comitati tecnici di coordinamento;
- la programmazione di attività di formazione, di aggiornamento e di addestramento di tutti gli operatori secondo le linee guida concordate in sede di Conferenza Stato Regioni nel marzo 2003, con attenzione a problematiche specifiche del soccorso, quali ad esempio quelle del soccorso a mare;
- la realizzazione della rete cardiologica dell'urgenza, con il coinvolgimento di Sistema territoriale di soccorso 118, dei DEA-Pronto Soccorso, delle Cardiologie-Emodinamiche-Cardiochirurgie, al fine di dare attuazione alle più aggiornate linee guida in tema di gestione delle sindromi coronariche acute. L'acquisizione di apparati di telemedicina in grado di trasmettere l'ECG a distanza, la definizione di protocolli specifici, la formazione e l'aggiornamento del personale interessato, rappresentano i passaggi necessari per arrivare a breve ad una sperimentazione su base regionale;
- la progressiva diffusione della tecnologia della telemedicina per consentire la trasmissione di dati tra i differenti livelli organizzativi dell'emergenza (diagnostica per immagini, consulenze di alta specialità), superando gli ostacoli costituiti dalla morfologia del territorio regionale;
- l'elaborazione di piani di intervento e di protocolli operativi integrati e l'attivazione dei presidi mobili finalizzati alla gestione delle maxiemergenze e delle emergenze nucleari biologiche e chimiche;
- la realizzazione di un sistema informativo unico regionale, operante in rete (*Emergency Department Information System-EDIS*), che consenta l'ottimizzazione dei processi assistenziali nelle emergenze-urgenze e permetta lo scambio, in tempo reale, delle informazioni;
- l'informazione adeguata della popolazione.

b) A livello di Centrali Operative, sono indicati i seguenti obiettivi:

**Centrali
Operative**

- il miglioramento della copertura radio e telefonica;
- la definizione di protocolli operativi di integrazione tra rete territoriale e rete ospedaliera;
- l'adeguamento tecnologico ed organizzativo agli aumentati carichi di lavoro.

c) A livello territoriale, sono indicati i seguenti obiettivi:

**livello
territoriale**

- la revisione della rete territoriale dell'emergenza urgenza, in modo da garantire risposte adeguate in tempi idonei, anche attraverso una nuova dislocazione delle postazioni di soccorso avanzato;

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

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

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

**livello
ospedaliero**

per le attività di inquadramento clinico e di terapia d'urgenza, tempi superiori a quelli propri del primo soccorso;

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

5. RICERCA E SVILUPPO

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

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

Lo stato della ricerca

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

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

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

Rilanciare la ricerca

- supporto alla crescita di gruppi di ricerca in grado di fare massa critica in specifici settori di studio;

- supporto alla realizzazione di iniziative in grado di rendere disponibili le grandi attrezzature necessarie per la ricerca avanzata (e il loro continuo rinnovamento);
- potenziamento dei Centri di Eccellenza esistenti attorno ai quali promuovere la nascita di nuove iniziative;
- supporto finanziario allo sviluppo di nuove ricerche sulla base dei criteri di originalità, innovatività, fattibilità, potenziale applicabilità e competenza dei proponenti.

A tal fine, la Regione istituisce un *Comitato tecnico-scientifico per la ricerca in sanità*, anche avvalendosi del contributo delle Università della Sardegna, con il compito di contribuire alla individuazione di linee di intervento nei settori della ricerca biomedica, clinica e sui servizi sanitari, alla definizione di criteri di valutazione delle ricerche e delle loro ricadute in termini di miglioramento dei servizi. Particolare attenzione dovrà essere dedicata all'attività volta al trasferimento dei risultati della ricerca clinica nella pratica dei servizi sanitari.

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

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

PARTE TERZA

STRUMENTI PER IL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA

1 IL GOVERNO CLINICO DEL SISTEMA SANITARIO

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

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

1.1 Il Governo Clinico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In un sistema complesso come quello della sanità, l'assunto di base è che l'errore è atteso e la sua gestione deve essere, inevitabilmente, orientata all'ambiente in cui l'individuo opera, per cui la responsabilità non è del singolo operatore ma dell'intero sistema in cui egli svolge la sua attività, perché gli errori sono legati all'organizzazione del reparto, all'insieme delle regole che determinano le modalità lavorative, alle varie fasi del percorso diagnostico terapeutico e assistenziale del paziente. La riduzione dell'errore avviene solo attraverso un ciclo continuo di miglioramento della formazione del personale sanitario, la condivisione di linee guida e protocolli, l'accreditamento professionale e l'*audit* clinico. Al fine di superare le difficoltà del settore (di mercato e di costi) e di garantire ai professionisti condizioni di lavoro non alterate dai rischi di contenzioso legale, il Piano promuove l'avvio di un gruppo di lavoro sulle coperture assicurative degli operatori sanitari allo scopo di individuare soluzioni adeguate, a livello regionale e a livello aziendale, eventualmente differenziate in base alle dimensioni e alla frequenza dei rischi.

Il presente Piano programma l'istituzione dell'ufficio del **Garante regionale per il diritto alla salute**, al cui interno opera una commissione per affrontare il problema della *malpractice* sanitaria, con il duplice obiettivo di garantire rapidamente giustizia al cittadino e di evitare lunghi percorsi giudiziari ai professionisti.

**Garante
regionale per il
diritto alla salute**

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

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

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

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

1.2 La valorizzazione delle risorse umane

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

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

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

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

Con riguardo alla valorizzazione delle risorse umane, il presente Piano propone due azioni prioritarie: la realizzazione di un progetto regionale per la *formazione* degli operatori del settore e la definizione di politiche del personale volte a superare la provvisorietà delle dotazioni organiche, gli squilibri nella struttura del personale e le incoerenze nell'utilizzo delle diverse figure professionali.

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

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

La gestione del personale

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

La situazione
attuale

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

Le dotazioni organiche attualmente in vigore sono quelle definite in applicazione della legge 289/2002, la quale stabiliva che, nelle more della ridefinizione delle nuove dotazioni, le stesse dovevano essere provvisoriamente rideterminate in misura pari ai posti coperti alla data del 31.12.2002.

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

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

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

Obiettivo strategico del Piano è la *ridefinizione delle dotazioni organiche* di ciascuna Azienda sanitaria. A tal fine, la Regione definisce linee guida, nel rispetto delle prescrizioni contenute nella legge 27 dicembre 2002, n. 289, tenendo conto della riorganizzazione delle attività e dei servizi derivante dall'attuazione del presente Piano, dei programmi di sviluppo dell'attività, dei limiti di spesa imposti dalle leggi vigenti e dal patto di stabilità. Le linee guida prevedono criteri per l'attuazione della mobilità del personale eventualmente in esubero.

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

Le professioni sanitarie

Una volta approvate le dotazioni organiche, nel rispetto delle norme del settore e fatta salva l'autonomia di ciascuna Azienda in ordine alla organizzazione del personale, nella gestione delle risorse umane sono osservati i seguenti criteri:

Criteri per la gestione delle risorse umane

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

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

La formazione

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

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

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

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

Obiettivi

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

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

- analizzare le esigenze di sviluppo professionale degli operatori in relazione agli scenari che nella società e nel mondo scientifico vanno delineandosi. Ciò comprende la rilevazione dei bisogni di salute della popolazione, l'analisi dei bisogni organizzativi delle politiche regionali e aziendali, l'analisi dei bisogni formativi del personale;
- progettare una pluralità di interventi finalizzati all'aggiornamento sistematico delle conoscenze, allo sviluppo dinamico di competenze

complesse (tecniche e organizzative) e allo sviluppo delle attitudini e delle potenzialità;

- realizzare diverse tipologie di attività, utilizzando metodologie didattiche volte a favorire l'apprendimento individuale e organizzativo, che rendano gli operatori protagonisti attivi e responsabili del proprio percorso formativo;
- monitorare le fasi di realizzazione delle attività e verificarne i risultati in termini di apprendimento individuale, apprendimento organizzativo, efficacia e impatto. Ciò implica, nella fase di progettazione, una chiara definizione degli obiettivi, degli oggetti da misurare, degli indicatori e standard di riferimento predefiniti su cui valutare gli scostamenti e rispetto ai quali ridefinire le azioni formative in un processo dinamico e virtuoso.

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

**Ripensare la
formazione insieme
alle Università**

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

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

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

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

Per rafforzare il “sistema formazione” nella realtà regionale è istituita la *Commissione regionale per la formazione* con le seguenti funzioni:

Commissione regionale per la formazione

- individuare le linee guida per realizzare piani formativi coerenti con le politiche regionali
- dare impulso alla creazione di una rete regionale di uffici aziendali dedicati alla formazione.

La rilevanza e la complessità dello sviluppo della funzione formativa necessitano di un impianto organizzativo stabile e dedicato, a livello regionale e locale. A tal fine si prevede:

Organizzazione

- a) la strutturazione di un’area di progetto all’interno dell’Agenzia Regionale Sanitaria con ruolo di programmazione, supporto metodologico e valutazione dei risultati. Tale struttura avrà i seguenti compiti:
 - analisi dei bisogni formativi;
 - individuazione di obiettivi di formazione a carattere regionale;
 - definizione di linee guida metodologiche per la formazione permanente;
 - individuazione del sistema di valutazione degli interventi di formazione;
 - coordinamento degli interventi di formazione sulle innovazioni organizzative di sistema (es. formazione manageriale);
 - attivazione del sistema ECM regionale;
 - creazione di momenti di raccordo e di scambio con qualificate esperienze di formazione nazionali e internazionali;
- b) l’attivazione di Uffici di staff presso le direzioni generali delle aziende sanitarie con un organico dedicato e con definite responsabilità operative, con la funzione di attivare e seguire il processo sopra indicato.

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

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

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

Ambiti prioritari di intervento

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

L'Assessorato dell'Igiene e sanità e dell'Assistenza sociale della Regione sarà impegnato in un'articolata azione formativa rivolta al personale interno, finalizzata a sostenere l'azione di cambiamento promossa dal Piano offrendo nuovi strumenti e forte identità di ruolo a chi dovrà governarne la sua complessa realizzazione.

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

2. IL GOVERNO ECONOMICO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

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

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

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

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

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

2.1 La situazione economico-finanziaria al 31.12.2004

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

Si fornisce di seguito un'analisi della gestione economico finanziaria al 31.12.2004 in relazione al disavanzo maturato negli ultimi anni, alla spesa per macro livelli assistenziali e alla scomposizione della spesa per singole voci di costo.

Una gestione da riequilibrare

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

Un triennio di rilevanti disavanzi

- 2002: € 256.651.384
- 2003: € 148.578.338
- 2004: € 248.755.287

Le perdite sopra indicate sono state calcolate secondo le convenzioni adottate dai Ministeri dell'Economia e della Salute, ovvero senza comprendere gli ammortamenti (perdite nette). Esse divergono quindi, in parte, dai risultati finali del consolidato dei bilanci delle aziende sanitarie regionali (che sono costruiti con riferimento alle perdite lorde). Il dato del 2004 è al netto dei disavanzi dei policlinici, soggetti a ulteriori verifiche, complessivamente pari a € 12.675.000.

Le perdite sono calcolate considerando tra i ricavi l'integrazione statale ai sensi dell'accordo sottoscritto il 8.8.2001, in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, anche se non ancora erogata da parte dello Stato e subordinata al rispetto delle condizioni previste dallo stesso accordo.

Il disavanzo del 2004 è in parte dovuto alle sopravvenienze passive derivate dagli oneri contrattuali relativi agli esercizi precedenti, per un totale regionale di € 40.979.000, oggetto di contenzioso con lo Stato per il riconoscimento di un'integrazione del finanziamento relativo al 2004, come già avvenuto per il triennio 2001-2003.

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

- nel corso dell'ultimo triennio la Sardegna ha registrato disavanzi di entità piuttosto rilevanti, più volte sottolineati anche dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia, tali da richiedere un rigoroso programma di rientro dagli eccessi di spesa e di riqualificazione del servizio;
- il disavanzo relativo al 2004 è indicato al lordo dell'integrazione a carico del bilancio dello Stato prevista dal DDL finanziaria 2006, peraltro subordinata ad adempimenti posti a carico delle Regioni.

L'analisi per macro-livelli assistenziali

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

Chi è responsabile dei disavanzi?

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

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

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

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

Il ruolo dell'assistenza farmaceutica nella formazione dei disavanzi

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

attraverso il potenziamento dei ricoveri diurni, dell'assistenza domiciliare e ambulatoriale;

- l'*assistenza collettiva* (prevenzione) si conferma un settore in grado di assorbire, in Sardegna, una quantità di risorse superiore a quelle medie nazionali, soprattutto in ragione dello sviluppo delle attività a tutela della sanità animale.

L'analisi per voci di costo

L'analisi dell'andamento nel 2004 dei costi netti (al netto degli ammortamenti) di competenza (senza sopravvenienze passive, rilevanti per gli arretrati relativi al personale dipendente), confrontato con quello registrato a livello nazionale, evidenzia una crescita complessiva rispetto al consuntivo 2003 del 6.1% a fronte di un aumento medio nazionale del 6,9%.

Presentano andamenti superiori alla media nazionale i costi per l'assistenza ospedaliera acquisita da terzi soggetti erogatori (per effetto del sistema tariffario introdotto nel corso del 2004, e successivamente modificato), del personale del ruolo amministrativo e delle spese amministrative generali.

Nel confronto con il dato nazionale si è tenuto conto del saldo della mobilità interregionale, anche se non rilevato nei bilanci delle aziende sanitarie.

L'analisi della composizione della spesa rispetto alla media nazionale evidenzia scostamenti significativi, in parte giustificati dalla diversa articolazione della struttura dell'offerta, ovvero dalla minore presenza di soggetti erogatori privati per l'assistenza specialistica e, in particolare modo, dell'assistenza ospedaliera.

In particolare, in termini di incidenza percentuale sul totale, si osserva:

- una maggiore spesa per il personale e per l'acquisto di beni e servizi;
- una maggiore spesa per l'assistenza farmaceutica;
- una minore spesa per l'acquisto di "altri servizi sanitari", voce residuale che comprende in particolare le prestazioni sociosanitarie, da potenziare.

2.2 Lo scenario del 2005 e del triennio di piano 2006 - 2008

La finanza del settore sanitario appare profondamente condizionata dal recente andamento delle entrate e delle uscite, causa di consistenti disavanzi e responsabile di pesanti interventi di ripiano a carico del bilancio regionale.

La normativa nazionale e il recente accordo sottoscritto in Conferenza Stato - Regioni per il triennio 2005-2007 impongono - anche in relazione agli impegni presi dal nostro Paese con l'Unione Europea - un percorso di risanamento del settore sanitario, pena la perdita di margini di autonomia nella definizione della politica sanitaria regionale.

In tale contesto, appare non ulteriormente procrastinabile un piano volto al perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario dell'intero settore, da realizzare in concomitanza con il piano di riordino e ammodernamento della sanità di cui al presente documento, grazie alle politiche di riallocazione delle risorse e di contenimento delle duplicazioni e delle inefficienze.

A tal fine sono valutati, con riguardo all'anno 2005 e al triennio 2006-2008 di validità del presente Piano, i fabbisogni finanziari per il servizio sanitario regionale e i costi di produzione per macro aree di assistenza. Sono quindi delineati gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico.

Le risorse definite a livello nazionale

Il fabbisogno finanziario per il 2005 per il Servizio Sanitario Regionale è stato definito in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome in occasione del provvedimento cosiddetto di "riparto" delle disponibilità finanziarie destinate al SSN del 23.3.2005.

Il fabbisogno tiene conto, oltre che delle necessità per i livelli essenziali di assistenza (Lea), anche delle assegnazioni vincolate non previste in detta intesa (per il perseguimento degli obiettivi del PSN, più altre assegnazioni minori) stimate sulla base di quelle degli anni precedenti.

Per i successivi anni di vigenza del presente Piano Sanitario, le risorse disponibili sono state determinate con i seguenti criteri:

- il fabbisogno lordo indistinto (destinato ai livelli essenziali di assistenza) è stato stimato in crescita del 2% all'anno, secondo quanto previsto dalla legge 311/2004;
- le somme vincolate, destinate nel 2005 ai rinnovi dei contratti, negli anni successivi sono previste in misura pari all'integrazione del fondo nazionale prevista nel DDL finanziaria 2006;

- i contributi vincolati (per gli obiettivi del PSN, ecc.) sono stati stimati costanti;
- il finanziamento regionale per il servizio di vigilanza a favore delle attività di guardia medica, la cui finalizzazione potrà essere riconsiderata nei prossimi anni;
- le entrate proprie delle Aziende sanitarie sono state stimate in base al valore registrato nel 2004, con incremento del 2%; atteso che le entrate a livello nazionale sono costanti e determinate convenzionalmente, la differenza tra il valore considerato a livello nazionale e quello effettivo viene considerata come maggiore finanziamento;
- il saldo della mobilità è stato considerato, a decorrere dal 2006, in tendenziale decremento del 5% all'anno, tenuto conto dell'obiettivo di ridurre la mobilità passiva, a partire da quella non giustificata dalla carenza di specialità.

Il fabbisogno per il Servizio Sanitario Regionale - milioni di euro				
	2005	2006	2007	2008
fabbisogno lordo indistinto	2.357	2.404	2.452	2.501
+ somme vincolate	7	27	27	27
+ contributi vincolati	27	27	27	27
+ finanziamento regionale	15	15	15	15
+ maggiori entrate proprie	15	16	17	19
fabbisogno lordo totale	2.421	2.489	2.539	2.589
- entrate proprie	- 61	- 62	- 63	- 65
- saldo mobilità	- 53	- 48	- 43	- 39
fabbisogno netto indistinto	2.307	2.379	2.432	2.486

A tali somme occorre aggiungere quelle definite a livello regionale, a copertura del disavanzo.

La manovra di contenimento dei costi per il perseguimento dell'equilibrio economico

La situazione di disequilibrio della gestione del Servizio Sanitario Regionale evidenziata richiede l'avvio di una manovra triennale, in coerenza con le disposizioni della l. 311/2004 (finanziaria 2005) e dell'intesa Stato - Regioni del 23.3.2005.

Nella seguente tabella (in milioni di euro) è presentata la previsione di andamento dei costi per macro aree assistenziali.

Stima costi per macro aree di assistenza 2003-2008 (milioni di euro)							
	2003	2004	2005	2006	2007		2008
					v.a.	%	
Assistenza collettiva	120	121	123	127	130	5,1	133
Assistenza distrettuale	1.164	1.207	1.204	1.211	1.220	48,0	1.245
di cui: ass. farmaceutica	334	383	364	346	330	13,0	330
saldo mobilità extraregionale	9	9	9	9	8		7
altra assist. distrettuale	821	815	831	856	882		908
Assistenza ospedaliera	1.035	1.135	1.157	1.175	1.190	46,8	1.211
di cui: saldo mobilità extraregionale	43	44	44	42	40		38
altra assistenza ospedaliera	992	1.091	1.113	1.133	1.150		1.173
Totale fabbisogno lordo	2.319	2.463	2.485	2.512	2.539	100	2.589

La tabella analizza le tre macro-aree assistenziali scorporando alcune voci che richiedono interventi particolari:

- l'assistenza farmaceutica, per la quale si prevede il rientro nella percentuale stabilita a livello nazionale (13%) nel 2007, con una manovra graduale articolata sul triennio;
- gli oneri connessi alla mobilità sanitaria, sia territoriale che ospedaliera, che si prevedono in tendenziale riduzione del 5% annuo, peraltro a partire dal 2006 (ovvero prevedendo prudenzialmente il saldo della mobilità 2005 analogo a quello del 2003, ultimo anno disponibile).

La tabella parte dai dati rilevati con il modello LA (livelli di Assistenza), relativo al biennio 2003-2004, stima i costi del 2005 tenendo conto degli oneri contrattuali e proietta i costi nel triennio di vigenza del Piano Sanitario 2006 - 2008.

L'incidenza dei vari macrolivelli è indicata relativamente al 2007 (anno finale del piano triennale da concordare con i Ministeri dell'Economia e della Salute).

L'obiettivo dell'equilibrio della gestione è raggiunto nel 2007; infatti, a fronte di costi di produzione pari a 2.539 milioni di euro sono previste le seguenti entrate:

- fabbisogno indistinto pari a 2.452 milioni di euro;
- somme vincolate per 27 milioni di euro;
- contributi statali vincolati, pari a 27 milioni di euro;

- contributi regionali per la vigilanza nei punti di guardia medica pari a 15 milioni di euro;
- maggiori entrate proprie delle aziende sanitarie per 17 milioni di euro.

Per garantire il perseguimento dell'equilibrio della gestione nel 2007 è necessario procedere ad un controllo sostanziale dell'andamento dei costi.

La riconduzione della spesa per l'assistenza farmaceutica nei limiti previsti dalla normativa nazionale richiede lo sviluppo di un apposito *Piano Regionale per il Farmaco* (di cui al successivo paragrafo).

La riconduzione della spesa per l'assistenza ospedaliera nei limiti del fabbisogno determinato a livello nazionale richiede:

- la graduale riduzione del tasso di ospedalizzazione nello standard definito a livello nazionale in 180 ricoveri per mille abitanti;
- il blocco sostanziale della spesa per l'assistenza erogata dai soggetti privati accreditati, agendo sia sugli accordi contrattuali che sul controllo della appropriatezza dei ricoveri;
- il recupero graduale della mobilità passiva, ad iniziare da quella che deriva da prestazioni di bassa e medio bassa specializzazione, che possono essere assicurate nel territorio regionale;
- il riordino della rete ospedaliera, con la parziale riduzione dei posti letto per acuti e la più sostanziale trasformazione in posti letto post-acuzie.

Accanto a tali azioni è necessario avviare una politica di riqualificazione della spesa per il personale e per l'acquisto di beni e servizi, possibile in parte con il riordino della rete ospedaliera ma che richiede una più generale politica di controllo dell'evoluzione dei costi di tali fattori.

L'obiettivo di riqualificazione delle *politiche di acquisizione di beni e servizi* delle Aziende Sanitarie della Sardegna costituisce presupposto indispensabile per l'ottimizzazione delle risorse disponibili. A fronte di un'attuale diffusa frammentazione degli acquisti, non sempre programmati con il supporto di un'adeguata struttura tecnica, la Regione si propone di promuovere l'avvio di un percorso improntato allo sviluppo di forme di collaborazione fra le aziende sanitarie, attraverso la condivisione delle procedure, il coordinamento delle attività e l'integrazione delle professionalità disponibili nelle singole aziende. Costituiscono obiettivi rilevanti per l'avvio del percorso di riqualificazione delle politiche degli acquisti:

- la diffusione di forme di cooperazione interaziendale;

- il raggiungimento di più elevati livelli di specializzazione nelle diverse tipologie di acquisti;
- l'adozione di strategie tese a conciliare il criterio del minor prezzo con quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa, salvaguardando la qualità degli approvvigionamenti;
- la realizzazione di economie di scala attraverso una più efficace programmazione degli acquisti;
- la formazione del personale, la condivisione dei principi della buona amministrazione, il rispetto di una adeguata rotazione del personale responsabile degli acquisti, lo sviluppo della cultura del confronto e dell'osservazione delle procedure, dei prezzi, delle condizioni contrattuali.

L'assistenza farmaceutica

Il presente Piano riserva particolare attenzione all'assistenza farmaceutica, il cui ruolo in termini di tutela della salute e di uso corretto delle risorse assume in Sardegna specifico rilievo.

**Riqualificare
l'assistenza
farmaceutica**

L'obiettivo di riqualificazione dell'assistenza farmaceutica è perseguito attraverso azioni volte a favorire il buon uso del farmaco, a promuovere l'accesso a particolari terapie farmacologiche, a contenere lo sfondamento del tetto di spesa previsto dalla normativa nazionale.

A tal fine, anche con il supporto della Commissione Tecnica per l'Assistenza Farmaceutica, la Regione predispose il *Piano Regionale per il Farmaco* con l'obiettivo di garantire il progressivo miglioramento dell'assistenza farmaceutica e il riallineamento - nel triennio di validità del Piano Sanitario Regionale - della posizione della Sardegna rispetto ai parametri di spesa definiti in sede nazionale.

Il piano di interventi, da realizzare coinvolgendo direttamente le aziende sanitarie, prevede azioni nei seguenti ambiti:

- analisi della spesa e del consumo di farmaci, anche avvalendosi della collaborazione di soggetti istituzionalmente deputati alla raccolta e alla elaborazione dei dati di consumo;
- modalità di monitoraggio e reporting del consumo di farmaci, anche prevedendo il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;
- politiche di acquisto dei farmaci e dei presidi sanitari, anche attraverso la predisposizione di schemi tipo di bandi di gara, la sperimentazione di unioni di acquisto, la centralizzazione dei magazzini, il riuso del materiale protesico, l'acquisto di medicinali a brevetto scaduto;

**Piano Regionale
per il Farmaco**

- modalità di distribuzione dei farmaci e dei presidi sanitari a doppia via di distribuzione, con l'obiettivo di estendere la distribuzione diretta tramite le strutture pubbliche e/o le farmacie pubbliche e private;
- appropriatezza delle modalità prescrittive, con particolare riferimento alle terapie raccomandate in sede di dimissione ospedaliera, all'uso dei generici, all'impiego dei farmaci più significativi ai fini della spesa complessiva e delle patologie più diffuse;
- promozione di sistemi di segnalazione delle reazioni avverse da farmaci;
- revisione e aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Ospedaliero Regionale;
- regolamentazione dell'informazione medico-scientifica e diffusione dei concetti di base di farmacoeconomia;
- strumenti di sensibilizzazione al buon uso del farmaco, anche attraverso il coinvolgimento dei mezzi di informazione;
- definizione di sistemi volti a favorire una maggiore consapevolezza del costo delle terapie farmacologiche, nel rispetto del principio della gratuità delle prestazioni per i soggetti appartenenti a nuclei familiari economicamente deboli;
- revisione, sulla base della normativa vigente, della rete regionale dei centri di riferimento autorizzati alla prescrizione e distribuzione delle specialità medicinali soggette a particolari restrizioni;
- effettiva garanzia dei trattamenti farmacologici contro il "dolore severo", in particolare per i pazienti affetti da patologie neoplastiche e degenerative;
- garanzia della disponibilità di farmaci orfani sull'intero territorio regionale, anche attraverso accordi con lo Stabilimento Chimico - Farmaceutico Militare di Firenze;
- sviluppo di programmi di informazione regionale sui benefici e sui rischi di specifiche categorie di farmaci a medici e cittadini.

2.3 Investimenti in ammodernamento tecnologico e strutturale

Nel corso dell'ultimo decennio, la Sardegna ha avviato una serie di investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico, principalmente finanziati attraverso le risorse statali di cui all'articolo 20 della L. n. 67/'88, per un ammontare complessivo di risorse alquanto consistente, ma con risultati di gran lunga insoddisfacenti.

**Storiche carenze
nella
programmazione
degli investimenti**

Il patrimonio strutturale e tecnologico disponibile presenta infatti gravi carenze: è ancora inadeguato sotto il profilo della sicurezza e della messa a norma delle strutture e degli impianti; appare in gran parte obsoleto rispetto ai più moderni standard di qualità dell'assistenza; risulta lacunosi quanto a tecnologie disponibili e richiede continui e costosi interventi di ristrutturazione e manutenzione non adeguatamente programmati in una ottica di medio-lungo periodo.

L'esperienza di programmazione degli investimenti della Regione Sardegna mostra numerose criticità.

Le proposte, sottoposte al Ministero della Salute per il finanziamento, hanno fortemente risentito di un'eccessiva frammentarietà degli interventi, a conferma della generale insufficienza del momento programmatico, tanto a scala regionale che a scala aziendale. La mancanza di specifiche analisi del contesto regionale, la carente individuazione delle priorità di intervento, l'eccessiva genericità delle proposte delineate, hanno condotto a scelte per lo più fondate su esigenze contingenti e transitorie, cui hanno fatto seguito continue varianti degli interventi che hanno condotto ad un'attuazione lenta, mutevole, disorganica e costosa.

In Sardegna, gli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie sono stati definiti in occasione di una serie di momenti decisionali corrispondenti alle fasi di realizzazione del programma nazionale ex art. 20, L. 67/88 ed hanno potuto contare su un ammontare complessivo di risorse relativamente consistente.

La prima fase (avviata nel 1996, in attuazione all'articolo 20 della L.67/88) ha potuto contare sulla disponibilità complessiva di € 168.507.382, (95% di provenienza statale e 5% di provenienza regionale), allocati per l'81% in interventi di ristrutturazione edilizia, adeguamento e messa a norma, per il 18% in interventi di ammodernamento tecnologico e per l'1% per la realizzazione di una Residenza Sanitaria Assistenziale. Ad oggi il monitoraggio di tale spesa evidenzia un grado di realizzazione del programma in termini di capacità di spesa pressoché totale. Non disponendo di adeguati strumenti di monitoraggio delle realizzazioni, si prevede l'attivazione di iniziative di verifica della situazione in essere.

La prima fase della programma ex art. 20, L. 67/88

La seconda fase del programma pluriennale di investimenti (avviata nel 1998, sempre in attuazione dell'articolo 20 della L. 67/88) ha previsto innanzitutto interventi per la sicurezza e la messa a norma degli impianti. Le risorse complessivamente disponibili, pari a € 11.620.055, sono state ripartite fra 11 progetti riguardanti 6 presidi Ospedalieri e un poliambulatorio.

La seconda fase del programma ex art. 20, L. 67/88

La seconda fase è proseguita con gli interventi inclusi nell'Accordo di programma, siglato tra la Regione e il Ministero della Sanità nel marzo del 2001, che ha allocato complessivamente risorse per ben € 352.572.302 (95% di provenienza statale e 5% di provenienza regionale). L'Accordo di Programma destina le risorse come segue:

- 77% per interventi in edilizia sanitaria finalizzati alla ristrutturazione e alla messa a norma delle strutture, ospedaliere e territoriali, e al potenziamento di queste ultime;
- 8% per la realizzazione di 12 RSA (per un totale di 860 pl);
- 15% per l'ammodernamento tecnologico.

Per quanto concerne il monitoraggio della spesa sugli interventi di *edilizia sanitaria*, ad oggi si dispone unicamente del dato relativo alla spesa sostenuta all'atto della delega dei singoli interventi effettuata dall'Assessorato dei Lavori Pubblici a vantaggio degli Enti appaltanti, vale a dire il 25% dell'intero finanziamento. Dal monitoraggio effettuato al 31 dicembre 2004 risulta che gran parte degli interventi previsti è stato ammesso a finanziamento da parte del Ministero della Salute ed è attualmente in corso la progettazione esecutiva e/o definitiva. Anche in questo caso è in atto un rafforzamento della capacità di monitoraggio delle realizzazioni da parte dell'Amministrazione regionale.

Per quanto concerne il monitoraggio della spesa sugli interventi di *ammodernamento tecnologico*, si rileva che al 31 dicembre 2004 è stato speso il 63% dei fondi e tutti gli interventi previsti sono stati ammessi a finanziamento dal Ministero della Salute.

Un'ulteriore fase del programma di investimenti ex art. 20 della L. 67/88, prevista dalla più recente L. 388/2000, ha visto l'attribuzione alla regione Sardegna di risorse per complessivi € 11.751.617,00, da integrare con risorse regionali per un importo pari al 5% del totale.

Sempre con riferimento agli interventi nel campo dell'edilizia sanitaria e dell'ammodernamento tecnologico, sono tuttora in corso specifici programmi, finanziati con risorse a valere su leggi nazionali, dei quali si fornisce una sintesi:

- programma per il potenziamento della radioterapia (articolo 28, L. 23 dicembre 1999, n. 488) con un finanziamento complessivo pari a € 530.377,22 (95% fondi statali e 5% fondi regionali);
- programma per la realizzazione delle strutture per l'attività libero professionale (D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254) con un finanziamento complessivo pari a € 8.929.539,79 (95% fondi statali e 5% fondi regionali);
- programma di interventi per le cure palliative (D.L. n. 45071998 convertito nella L. n. 39/1999) con un finanziamento complessivo pari a € 3.204.775,08 destinato alla realizzazione di 3 hospice;

Ulteriori specifici programmi in corso

- programma straordinario per la riqualificazione dei grandi centri urbani (articolo 71 L. 23 dicembre 1998, n. 448) con un finanziamento complessivo pari a € 47.503.705,58 (50% circa fondi statali e 50% circa fondi regionali);
- programma per la realizzazione di strutture di assistenza ai malati di AIDS (L. 5 giugno 1990, n. 135) con un finanziamento pari a € 25.140.648,39 per interventi in edilizia sanitaria e ad € 1.918.634,67 per interventi di ammodernamento tecnologico.

L'insieme dei programmi finanziati dal livello statale (e integrati con fondi regionali), confrontato con l'attuale situazione del patrimonio strutturale e tecnologico delle aziende sanitarie, rende evidente la mancanza di una visione strategica degli interventi, orientata più che a riqualificare l'offerta assistenziale a sostenere il settore dell'edilizia e delle attrezzature sanitarie.

Tenuto conto di tale situazione, il presente Piano persegue, come obiettivo strategico della politica degli investimenti, la riqualificazione del patrimonio immobiliare sanitario pubblico e l'ammodernamento del parco tecnologico.

Obiettivi strategici

In tale prospettiva tutte le risorse oggi disponibili, sia quelle derivanti dal programma straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della L. n. 67/88, rifinanziato con la legge n. 388/2000, pari complessivamente a € 11.751.617,00, sia quelle recuperabili, attraverso opportune rifinalizzazioni, dai precedenti programmi o derivanti da economie (in via di rilevazione), saranno utilizzate prioritariamente per l'adeguamento progressivo del patrimonio edilizio agli standard in materia di requisiti minimi previsti dalla normativa nazionale, per il potenziamento delle strutture territoriali e per le opportune riconversioni derivanti dalla razionalizzazione della rete ospedaliera. A tal fine sarà rimodulato, ove possibile, il programma degli interventi non ancora in corso di realizzazione.

Particolare rilievo sarà dato all'obiettivo di riqualificare il sistema sanitario regionale dal punto di vista tecnologico, soprattutto attraverso le grandi apparecchiature diagnostiche, previa ricognizione del fabbisogno e la mappatura dell'esistente.

Tenuto conto delle particolari carenze osservate nel settore della programmazione degli investimenti, la Regione avvia un programma di qualificazione del personale e di acquisizione di specifiche professionalità.

3. IL SISTEMA DELLE REGOLE

3.1 Autorizzazioni e accreditamento

Assicurare un giusto equilibrio tra domanda e offerta di servizi sanitari rappresenta uno degli elementi portanti di una programmazione finalizzata a far sì che le risorse disponibili siano impiegate in relazione ai bisogni della popolazione secondo criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità nell'accesso.

Si tratta di mettere in essere interventi di programmazione e di regolazione capaci, da un lato, di orientare il sistema sanitario a erogare prestazioni che garantiscano i migliori risultati delle cure, la qualità e l'economicità dei servizi prestati, l'aderenza delle procedure cliniche alle più accreditate evidenze scientifiche, la gestione in sicurezza dei pazienti seguiti, dall'altro di evitare che si verifichino sia situazioni di sottoutilizzo dei servizi per difficoltà di accesso sia di sovrautilizzo per una domanda indotta dall'offerta.

Programmare un'offerta appropriata significa preliminarmente regolamentare le fasi che caratterizzano il procedimento di ingresso nel servizio sanitario dei soggetti erogatori pubblici e privati, attraverso un sistema di verifiche a diversi livelli, ognuno dei quali svolge una funzione specifica, orientata a garantire il rispetto dei requisiti di sicurezza e il miglioramento continuo della qualità, nell'ambito del fabbisogno programmato per soddisfare i livelli essenziali di assistenza.

Si fa riferimento alle fasi di:

- autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie, come verifica di coerenza rispetto al fabbisogno della comunità; **Le quattro A**
- autorizzazione all'apertura e al funzionamento, come garanzia del possesso di requisiti minimi previsti dalle norme statali e regionali per l'esercizio delle attività sanitarie;
- accreditamento istituzionale, come garanzia di livelli di qualità necessari per relazionarsi con il servizio sanitario, attraverso la verifica di requisiti ulteriori;
- accordi contrattuali come strumento di garanzia del rispetto di volumi di attività correlati ai fabbisogni e di tetti di spesa sostenibili, nell'ambito delle compatibilità economiche del servizio sanitario regionale.

La Regione Sardegna ha adottato in passato alcuni provvedimenti che si sono rivelati del tutto inadeguati a consentire una corretta regolazione dell'offerta dei servizi, sia in relazione al fabbisogno di prestazione

sanitarie afferenti ai diversi livelli e sottolivelli di assistenza, sia in relazione all'esigenza di garantire il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie.

Per quanto attiene alla fase dell'autorizzazione alla realizzazione delle strutture sanitarie l'art. 8 *ter* del decreto legislativo 502/92, e successive modificazioni e integrazioni, dispone che "... per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie, il Comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del D.L. 05.10.1993 n. 398, convertito con modificazioni dalla L. 04.12.1993 n. 493, e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture....".

Autorizzazione
alla realizzazione

In coerenza con la normativa di settore, la Regione definisce i criteri generali per la valutazione del fabbisogno complessivo (con riferimento ai dati epidemiologici e di consumo di prestazioni) e per la verifica dell'adeguatezza dell'offerta di servizi rispetto alla domanda (per ambiti territoriali e per le tipologie di servizi). Al fine di assicurare adeguati livelli di competizione, in sede di rilascio di autorizzazione alla realizzazione, gli standard di offerta possono avere oscillazioni in aumento sino a un massimo del 5%.

Per l'assistenza *ospedaliera* gli standard sono fissati a livello nazionale, ma spetta alla Regione definire l'articolazione dei presidi ospedalieri e dell'offerta di prestazioni in relazione alle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e geomorfologiche dei territori di riferimento così come definito nel presente Piano.

Per le funzioni svolte dalle *strutture residenziali e semi residenziali* territoriali, il relativo fabbisogno è determinato a livello regionale, con apposita deliberazione della Giunta, sulla base dei seguenti criteri:

- analisi dei dati epidemiologici relativi alla popolazione di riferimento per le diverse tipologie di strutture (anziani non autosufficienti, persone con disagio mentale, dipendenze patologiche);
- articolazione dell'offerta in una pluralità di risposte volte a privilegiare la permanenza a domicilio della persona, anche attraverso lo sviluppo di politiche di sostegno alla famiglia;
- equilibrata distribuzione territoriale delle strutture al fine di assicurare equità di accesso alle prestazioni.
- Obiettivo del Piano è favorire la permanenza a domicilio delle persone anziane non autosufficienti in almeno il 40% dei casi.

Per le funzioni svolte dalle strutture che erogano prestazioni di *assistenza specialistica in regime ambulatoriale*, la programmazione dell'offerta è effettuata a livello di aziendale, con l'eccezione delle prestazioni di alta tecnologia. La definizione degli standard di prestazioni specialistiche, articolate per le diverse discipline, è rinviata a un'apposita delibera della Giunta Regionale, adottata sulla base dei seguenti criteri generali:

- la valutazione del fabbisogno è effettuata sulla base dei dati medi di consumo per singola specialità rilevati a livello regionale negli ultimi tre anni, standardizzati sulla base della composizione per età e sesso della popolazione, opportunamente corretti per tener conto dell'evoluzione delle tecnologie e delle metodologie diagnostiche, nonché degli obiettivi di riduzione dell'inappropriatezza;
- l'offerta è articolata in modo da favorire lo sviluppo di strutture polispecialistiche, in grado di offrire una vasta gamma di prestazioni, al fine di facilitare i percorsi assistenziali compiuti nell'ambito dei servizi distrettuali;
- la distribuzione sul territorio delle strutture specialistiche è articolata in modo da garantire adeguati livelli di accessibilità e fruibilità dei servizi per la popolazione residente nelle sedi periferiche.

In sede di prima applicazione, per la valutazione del fabbisogno di strutture negli ambiti territoriali di riferimento, si tiene conto non solo della consistenza e/o della capacità produttiva delle strutture pubbliche e private accreditate già in esercizio ma anche della consistenza e/o della capacità produttiva delle strutture pubbliche programmate o in corso di realizzazione e delle autorizzazioni alla realizzazione rilasciate, e non scadute, anche nei confronti di soggetti privati.

La fase delle autorizzazioni all'apertura e al funzionamento è regolamentata da norme nazionali e regionali. Con il D.P.R. 14.01.1997 sono stati fissati i requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. La legge regionale 13.10.98, n. 30 "Norme in materia di esercizio delle funzioni di igiene e sanità pubblica", ha attribuito alla Regione, tramite l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, il rilascio delle autorizzazioni sanitarie di cui all'articolo 1 del D.P.R. 14.01.1997.

**Autorizzazione
all'esercizio**

In questi anni, l'attribuzione all'Assessorato, oltre che del rilascio del provvedimento finale di autorizzazione per tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, anche dell'iter procedimentale relativo alla verifica dei requisiti minimi, è stata causa di notevoli disfunzioni e ritardi per cui è opportuno procedere all'adozione di un sistema più articolato che, a modifica della normativa vigente (L.R. 30/98) preveda:

- il mantenimento in capo alla Regione solo delle autorizzazioni riguardanti i presidi ospedalieri pubblici e privati, le strutture

residenziali territoriali nonché i presidi ambulatoriali che erogano prestazioni di alta tecnologia;

- la costituzione di un Nucleo Tecnico di livello regionale, con la partecipazione anche di qualificate professionalità esterne, per l'istruttoria delle pratiche di competenza della Regione;
- l'affidamento alle aziende USL, attraverso i Dipartimenti di Prevenzione, dell'istruttoria e ai Sindaci il rilascio delle autorizzazioni relative agli altri presidi sanitari pubblici e privati e agli studi professionali;
- l'aggiornamento, con provvedimenti della Giunta Regionale, dei requisiti richiesti per ciascuna tipologia di struttura e delle procedure da seguire per la loro verifica preventiva e periodica, per il rilascio delle autorizzazioni e per le eventuali sospensioni e revoche delle stesse.

L'istituto dell'*accreditamento istituzionale* ha l'obiettivo di selezionare, fra tutti i soggetti pubblici e privati autorizzati, i fornitori che rispondono a parametri di qualità tecnica e di efficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Tramite l'accreditamento, la Regione accerta il possesso, da parte dei soggetti erogatori, di specifici requisiti di qualificazione, ulteriori e diversi rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione, necessari per poter esercitare per conto del servizio sanitario regionale.

**Accreditamento
istituzionale**

I requisiti di accreditamento sono sottoposti a verifica periodica (triennale) e qualora essi non risultino mantenuti, lo status di soggetto accreditato può essere revocato.

A livello regionale, con la deliberazione della Giunta regionale 26/21 del 4 giugno 1998, sono stati fissati i requisiti, peraltro pressoché sovrapponibili ai requisiti minimi fissati dal DPR 14.01.1997, e le procedure per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private e dei singoli professionisti nonché i termini massimi previsti per l'adeguamento delle strutture già esistenti.

Dopo una prima fase di accreditamento transitorio basato esclusivamente su un'autocertificazione, le disposizioni regionali prevedevano che l'accreditamento definitivo fosse subordinato alla presentazione di un programma di adeguamento, la cui realizzazione doveva essere accertata mediante verifiche effettuate da un apposito nucleo di valutazione.

Tali disposizioni sono rimaste sostanzialmente inapplicate; a distanza di circa otto anni si sta ancora operando in regime di accreditamento transitorio, non si è mai proceduto alla valutazione dei programmi di adeguamento né sono state effettuate le verifiche previste sul rispetto dei tempi di adeguamento. Anche il nucleo di valutazione non è mai stato costituito.

Gli obiettivi in materia di accreditamento consistono nella:

- definizione di ulteriori requisiti, diversi da quelli previsti per l'autorizzazione all'esercizio, sulla base della esperienza internazionale e delle società scientifiche in materia di accreditamento di qualità;
- definizione di nuove procedure per il rilascio dell'accREDITAMENTO e delle modalità di revisione periodica degli accREDITAMENTI per la loro eventuale conferma o revoca, anche attraverso la costituzione di un Comitato Tecnico per l'AccREDITAMENTO;
- realizzazione di attività di formazione alle procedure di accREDITAMENTO per operatori delle Aziende Sanitarie, delle associazioni rappresentative delle strutture private, degli Ordini dei medici, dei rappresentanti degli organi di tutela dei cittadini.

L'articolo 8 *quinquies* del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche e integrazioni prevede che le Regioni e le aziende USL definiscano accordi con i soggetti pubblici e contratti con i soggetti privati per la fornitura di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, mediante una selezione dei diversi soggetti erogatori accREDITATI. La norma prevede inoltre che la scelta sia effettuata anche attraverso valutazioni comparative che tengano conto della qualità e dei costi.

Accordi
contrattuali

Anche con riguardo all'istituto degli accordi contrattuali, la regione Sardegna registra un notevole ritardo: sono infatti ancora in vigore le vecchie forme di convenzionamento, salvo pochi casi di contratti provvisori con alcune nuove strutture. Nessun accordo è stato stipulato tra aziende USL e soggetti erogatori pubblici. In conclusione l'articolo 8 *quinquies* è rimasto completamente inattuato.

Alcuni provvedimenti della Giunta aventi a oggetto gli indirizzi sui volumi di attività e per la determinazione dei tetti di spesa limitatamente al biennio 2000-2001 non hanno trovato attuazione nei piani annuali aziendali; sono state adottate alcune deliberazioni che approvavano schemi tipo di contratto ma anche questi non hanno trovato concreta applicazione.

Al fine di rendere operativo il sistema degli accordi contrattuali, la Regione:

- predisporre linee di indirizzo per la definizione annuale dei tetti di spesa e dei volumi di attività, propedeutici per la stipula degli accordi e dei contratti da parte delle aziende USL,
- formula indirizzi per garantire un'omogenea attuazione dei contratti, specialmente nella fase di transizione dal preesistente regime convenzionale,
- definisce accordi quadro con le associazioni dei soggetti erogatori privati accREDITATI,

- definisce, nell'ambito dell'allocazione delle risorse, i tetti di spesa dei soggetti erogatori pubblici di rilievo regionale.

4. GLI STRUMENTI PER L'INNOVAZIONE E LA CONOSCENZA

L'ammodernamento del Servizio Sanitario regionale, esigenza prioritaria del presente Piano, implica l'introduzione di innovazioni e strumenti finalizzati a migliorare la qualità dell'assistenza e a favorire decisioni adeguate alle necessità della realtà attuale.

Fra gli strumenti più rilevanti, di seguito si riportano indicazioni con riferimento al Sistema informativo Sanitario, all'Agenzia Sanitaria Regionale, all'Osservatorio Epidemiologico Regionale e alla Comitato regionale per la Bioetica.

4.1 Il sistema informativo sanitario

Un buon Servizio sanitario non può prescindere dalla realizzazione di un buon sistema informativo sanitario.

Il Sistema informativo deve configurarsi come infrastruttura portante dell'intera organizzazione sanitaria, nella quale si integrano le informazioni che si muovono in senso verticale, tra livello centrale e livello locale, e orizzontale, tra amministrazioni e soggetti locali, in grado di fornire ai decisori di qualsiasi livello (distretto, azienda, regione) "rappresentazioni" utili al governo e alla gestione della sanità (o sistema socio sanitario).

L'osservazione epidemiologica rappresenta una parte fondamentale del Sistema informativo sanitario, capace di aggregare e analizzare i dati al fine di garantire la lettura dei bisogni sanitari e dei rischi.

Sistema informativo sanitario e osservazione epidemiologica non possono quindi configurarsi come funzioni separate, ma devono trovare a livello regionale e locale momenti di sintesi funzionale, operativa e organizzativa.

L'attuale Sistema Informativo Sanitario Regionale, S.I.SA.R., appare parziale, frammentario, disordinato, incapace di sostenere adeguatamente il processo decisionale, nonostante l'ingente quantità di risorse investite in questo settore.

I punti critici dell'attuale sistema

Il S.I.SA.R. è caratterizzato da diversi gradi di organizzazione e sviluppo, spesso orientati a un'utilizzazione parziale, relativa al singolo sottosistema, non sempre in grado di offrire risposte adeguate alle esigenze gestionali, né di fornire una base conoscitiva utile alla valutazione dell'attività dei servizi e dello stato di salute.

Non è presente alcuna forma di coordinamento delle funzioni informatiche ed epidemiologiche, all'interno delle singole aziende, tra le diverse aziende e tra aziende e regione.

Le statistiche sanitarie correnti storiche (es. mortalità, aborti, malattia a denuncia obbligatoria, attività dei servizi, ecc.), spesso incomplete, mostrano un non compiuto livello di controllo della loro qualità, di elaborazione e di analisi nonché una carenza di *feedback* con i produttori dei dati stessi. Tale situazione comporta, da una parte, una deresponsabilizzazione dei produttori (rispetto alla qualità delle informazioni raccolte) e, dall'altra, uno scarso utilizzo delle informazioni da parte dei decisori ai livelli più alti del sistema.

Sul versante della lettura dei bisogni e dei rischi, vi è una grave carenza di strumenti idonei a tale scopo (registri tumori, di patologia, ecc.) che preclude la possibilità di attuare un corretto processo pianificatorio e di valutazione degli interventi di prevenzione nel territorio.

Il Piano 2006-2008 propone una profonda revisione e ristrutturazione del S.I.SA.R., tenuto conto dei mutamenti organizzativi e gestionali delineati nel presente Piano e delle peculiarità del sistema sanitario regionale.

La necessità di un governo complessivo del sistema regionale, la spinta ad una maggiore uniformità dei servizi garantiti dalle diverse aziende sanitarie, la ridotta dimensione di molte realtà territoriali e l'esigenza di garantire tecnologie e professionalità ai massimi livelli portano a privilegiare la scelta di un sistema distribuito sul territorio quanto a raccolta e utilizzo delle informazioni e centralizzato a livello regionale quanto ad attrezzature, supporti informatici e competenze specialistiche.

**Le linee di sviluppo
del sistema
informativo**

Un sistema di servizi sanitari sufficientemente omogeneo su territorio della Sardegna richiede infatti un sistema informativo articolato con un centro regionale di servizi, capace di sfruttare a pieno le moderne tecnologie e la nuova rete telematica della Regione, dotato di tutte le competenze professionali e in grado di sviluppare e gestire le informazioni relative alle diverse realtà territoriali.

Il piano di sviluppo deve prevedere:

- un centro servizi in grado di offrire un sistema gestionale/amministrativo di base, secondo standard di mercato, capace di dare servizi in outsourcing a tutte le aziende sanitarie, con riferimento alle principali funzioni di pianificazione e controllo delle attività;
- un sistema di identificazione degli assistiti e di monitoraggio della spesa, in collegamento con il sistema nazionale della tessera sanitaria, e in futuro della carta nazionale dei servizi, attraverso la

messa in rete dei medici di MMG e PLS, delle farmacie e di tutti i punti di erogazione dei servizi (pubblici e privati);

- un sistema di gestione dei servizi assistenziali, finalizzato a sostenere i processi di miglioramento della qualità dei servizi, a favorire l'analisi epidemiologica e dei bisogni di salute, a facilitare l'accesso ai servizi (anche attraverso sistemi unificati di prenotazione), a monitorare l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate, a sviluppare sistemi di archiviazione dei dati sanitari.

La Regione predispone, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Piano, un programma di sviluppo, gestione e valorizzazione del sistema informativo sanitario regionale, da attuare nell'arco del triennio 2006-2008, nel rispetto dei seguenti requisiti di carattere funzionale:

- sicurezza e rispetto della privacy dei cittadini-utenti,
- significatività e consistenza,
- rilevanza e congruità integrate,
- informazioni orientate al cittadino-utente,
- flessibilità,
- facilità all'utilizzo e all'accesso.

4.2 Agenzia regionale per la sanità

La complessità del sistema sanitario, la continua innovazione in campo scientifico e organizzativo, la necessità di sostenere il cambiamento del sistema sanitario regionale richiedono che la Regione Sardegna si doti di una "tecnostuttura" che supporti l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e il sistema delle aziende sanitarie per:

- il supporto tecnico agli organi dell'Assessorato nella funzione di programmazione sanitaria;
- la formulazione di ipotesi tecniche per il governo del sistema (sotto il profilo clinico ed economico) e il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza e delle variabili critiche;
- lo sviluppo dal punto di vista metodologico di alcune aree di particolare rilevanza strategica per il sistema regionale e per le aziende sanitarie del sistema (formazione permanente, gestione sistema qualità, sperimentazioni nei modelli assistenziali, gestione del rischio clinico);
- lo studio delle metodologie sull'EBM (medicina basata sulle prove di efficacia), lo sviluppo e messa a regime delle procedure di technology assessment (analisi e diagnosi) per la valutazione all'appropriatezza degli interventi e al supporto dell'Assessorato nell'attività di monitoraggio;

Le funzioni di supporto alle decisioni

- lo sviluppo e alla diffusione della “conoscenza” all’interno del Servizio Sanitario Regionale (osservatorio epidemiologico, sistema informativo sanitario).

L’Agenzia Regionale Sanitaria può essere considerata lo strumento più idoneo alla luce delle esperienze nazionali per il perseguimento di tali obiettivi.

Deve essere caratterizzata dalla massima flessibilità operativa e organizzativa, articolandosi in “aree progetto” configurate in modo da offrire un supporto “su misura” rispetto ai compiti nel tempo affidati dalla Regione e alle esigenze manifestate dagli attori del sistema.

Il compito dell’Agenzia Regionale Sanitaria è quello di elaborazione e sperimentazione degli strumenti, che poi vengono messi “a disposizione del sistema”, In questo senso, una volta a “regime”, gli strumenti vengono utilizzati per il governo del sistema all’interno della dialettica tra Assessorato e organi di governo delle aziende sanitarie.

4.3 Osservatorio epidemiologico regionale

L’epidemiologia è funzione trasversale a tutte le figure professionali e a tutti i servizi del SSR in quanto strumento metodologico di rilevazione e analisi dei bisogni sanitari e di valutazione del sistema dell’offerta. La complessità della metodologia e delle tecniche epidemiologiche richiedono la presenza di professionisti specificamente dedicati, capaci di facilitare il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- raccogliere, elaborare e diffondere conoscenze sui bisogni di salute della popolazione e sui fattori di rischio per la salute;
- contribuire all’identificazione, anche attraverso ricerche ad hoc, delle priorità di intervento, con particolare attenzione agli obiettivi di equità dei cittadini nella salute e alla tutela delle fragilità sociali;
- contribuire alla identificazione, sperimentazione e messa a regime di nuovi flussi informativi mirati a valutare l’equità di accesso, l’appropriatezza d’uso, l’efficacia e l’efficienza dei servizi sanitari;
- supportare le funzioni di governo e gestione del SSR a livello regionale e locale;
- promuovere la cultura epidemiologica tra tutti gli operatori sanitari.

Obiettivi

La Rete Epidemiologica della Sardegna si articola nell’Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), istituito come area di progetto, all’interno dell’Agenzia Regionale Sanitaria, con funzioni di coordinamento generale della rete, e i Centri Epidemiologici Aziendali (CEA). I CEA rappresentano la struttura portante della rete

La rete epidemiologica

epidemiologica, come snodo per la funzione epidemiologica sia del centro regionale (OER) sia di tutte le unità operative e servizi delle aziende e zone territoriali. I CEA, che potranno essere strutturati in posizione di staff alla Direzione dell'Azienda Usl o come servizi/unità operative semplici all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione (DP), sono il riferimento delle funzioni epidemiologiche aziendali per consentire la saldatura tra le attività di prevenzione e le attività di diagnosi, cura e riabilitazione, nonché con le attività di pianificazione e valutazione a livello aziendale.

4.4 Comitato Regionale per la Bioetica

Al fine di favorire un confronto, a livello nazionale ed internazionale, sullo stato della ricerca biomedica e dell'ingegneria genetica, è istituito il Comitato Regionale per la Bioetica.

Il Comitato ha il compito di elaborare un quadro complessivo dei programmi di ricerca più significativi per la realtà sarda, di formulare pareri su problemi di natura etica e giuridica che possano emergere con il progredire delle ricerche, di promuovere la divulgazione scientifica e la corretta informazione dell'opinione pubblica e di svolgere una funzione consultiva nei confronti della Giunta regionale e di altre istituzioni pubbliche o private.

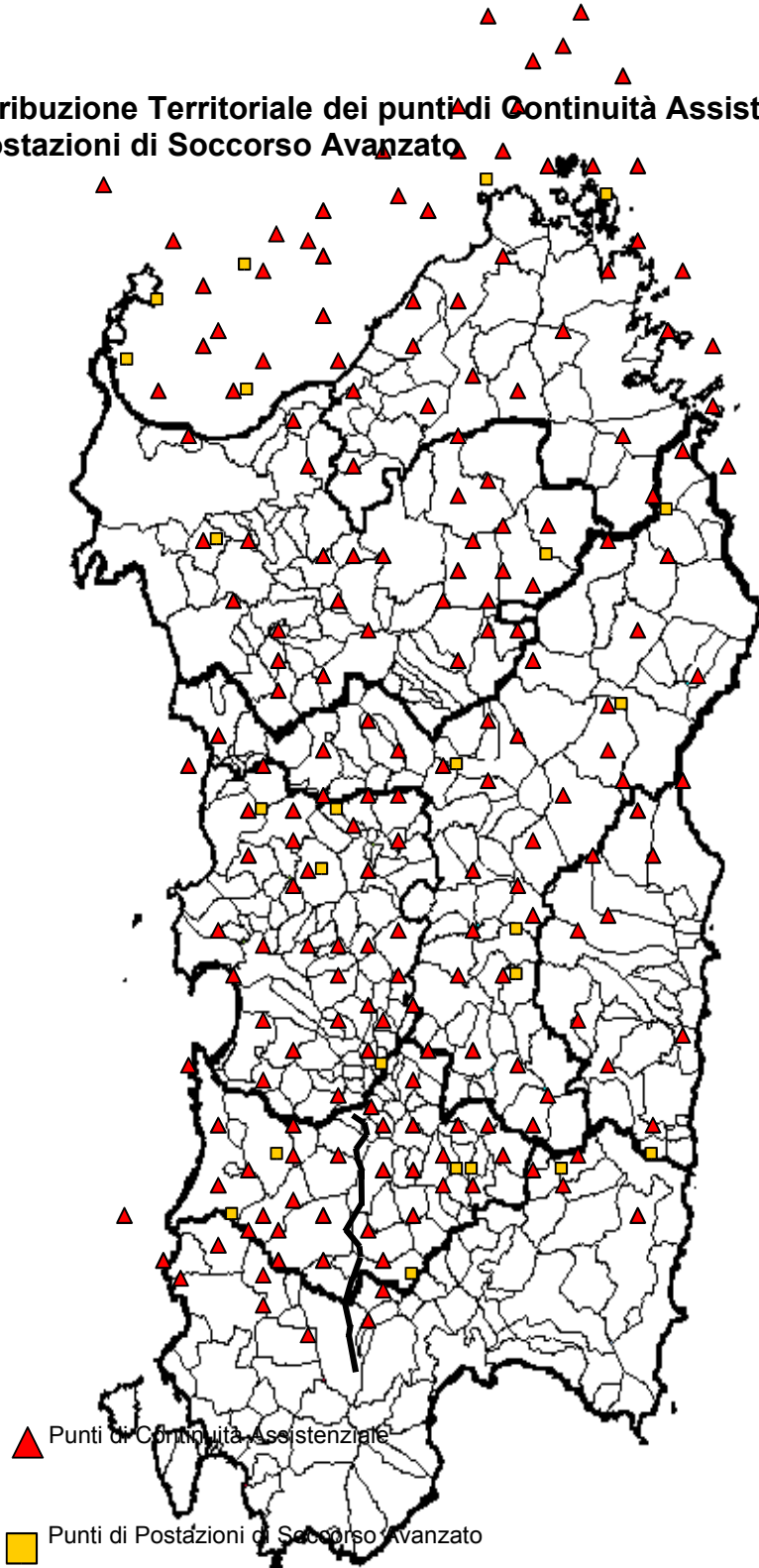
Il Comitato, nominato dalla Giunta su proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, è composto da non più di 10 membri, scelti tra esperti e studiosi provenienti da diverse aree disciplinari in coerenza con la natura intrinsecamente pluridisciplinare della bioetica.

La Regione predispose un regolamento recante disposizioni in materia di attività, obiettivi, durata e modalità di funzionamento del Comitato.

SIGLE E ABBREVIAZIONI

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ARPAS	Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente della Sardegna
CPO	Centro di prevenzione oncologica
CSM	Centro di salute mentale
BLS	Basic life support
BLSD	Basic life support defibrillation
DRG	<i>Diagnosis Related Group</i> (Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi)
DSM	Dipartimento di salute mentale
EBM	Medicina basata sulle prove di efficacia (<i>Evidence Based Medicine</i>)
ECM	Educazione Continua in Medicina
IMA	Infarto del miocardio acuto
ISTAT	Istituto nazionale di statistica
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medico di Medicina Generale
MR	Malattia rara
OGM	Organismo geneticamente modificato
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PLUS	Piano locale unitario dei servizi
PO	Presidio ospedaliero
PSN	Piano Sanitario Nazionale
PTCA	<i>Percutaneous transluminal coronary angioplasty</i>
RSA	Residenza sanitaria assistenziale
SPDC	Servizio psichiatrico di diagnosi e cura
STSM	Servizio per la tutela della salute mentale
USL	Unità sanitaria locale
UTAP	Unità Territoriale di Assistenza Primaria
UTIC	Unità di terapia intensiva coronaria
UVA	Unità Valutative Alzheimer
UVT	Unità di valutazione territoriale

Distribuzione Territoriale dei punti di Continuità Assistenziale e postazioni di Soccorso Avanzato



ASL 1

Sassari 13
Alghero 6
Ozieri 12

ASL 2

Tempio 5
Olbia 12

ASL 3

Macomer 6
Nuoro 14
Siniscola 6
Sorgono 6
Isili 5

ASL 4

Lanusei 11

ASL 5

Ghilarza 6
Oristano 13
Ales 5

ASL 6

Guspini 8
Senorbi 3
Sanluri 11

ASL 7

Iglesias 8
Carbonia 14

ASL 8

Cagliari (ex 20) 10
Cagliari (ex 21) 8
Cagliari (ex 22) 10

Totale punti di C.A. 192

Sassari 4
Olbia 2
Nuoro 5
Lanusei 1
Oristano 3
Sanluri 2
Carbonia 2
Cagliari 5

Totale punti di S.A. 24

▲ Punti di Continuità Assistenziale

■ Punti di Postazioni di Soccorso Avanzato