

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 OLBIA**

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**N. 1234      DEL 23/10/2014**

**OGGETTO:** Adozione Relazione Sanitaria

**IL DIRETTORE GENERALE**

DOTT. GIOVANNI ANTONIO FADDA

*(firma digitale apposta)*

<b>ACQUISITI I PARERI DI</b>			
<b>DIRETTORE SANITARIO</b>		<b>DIRETTORE AMMINISTRATIVO</b>	
DOTT.SSA MARIA SERENA FENU		DOTT. GIANFRANCO CASU	
FAVOREVOLE	X	FAVOREVOLE	X
CONTRARIO		CONTRARIO	
<i>(firma digitale apposta)</i>		<i>(firma digitale apposta)</i>	

La presente Deliberazione
è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006
viene comunicata al competente Assessorato regionale, ai sensi del comma 2 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006, qualora comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000
<b>STRUTTURA PROPONENTE AREA PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO, COMMITTENZA</b>

Si attesta che la presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL n. 2 di Olbia	
Dal 23/10/2014	Al 07/11/2014
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

**Su proposta** del Direttore dell'Area Programmazione, Controllo e Committenza

**Premesso che** la programmazione sanitaria consiste in un processo di determinazione, qualificazione, quantificazione e rappresentazione di esigenze sanitarie e socio-sanitarie, di situazioni a queste correlate e di azioni considerate efficaci per soddisfarle, rimuoverle e contenerle. Che essa comporta, pertanto, un intenso sforzo intellettuale e collettivo rivolto alla definizione di strategie, di obiettivi di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e di mezzi per conseguirli, e che le strategie si manifestano, quindi, con l'indicazione di linee di azione, di risorse necessarie, di formule organizzative e gestionali che guidano la gestione operativa e il controllo dei risultati.

**Richiamata** la delibera 50/19 dell' 11 Dicembre 2007 con la quale la Giunta Regionale ha emanato le Direttive di Programmazione e Rendicontazione per le Aziende Sanitarie coerentemente con quanto previsto dalla Legge Regionale n° 10/2006.

**Considerato che** l'art. 13 comma 3, della Legge Regionale n°10/2006 stabilisce che il Direttore Generale adotta, entro il 15 novembre di ogni anno, il Programma Sanitario Annuale e il Programma Sanitario Triennale con allegato il Programma degli Investimenti di cui all'art. 14 della Legge n° 109/1994 ( Legge quadro in materia di lavori pubblici).

**Atteso che** questa Azienda ha provveduto a determinare, qualificare, quantificare e rappresentare le esigenze sanitarie e socio-sanitarie del proprio territorio nonché ad individuare le linee di azione, le risorse, le formule organizzative e gestionali e tutte le azioni considerate efficaci ed efficienti per soddisfarle, e di aver redatto, con delibera n°3510 del 17/12/2012 il Programma Sanitario Triennale 2013/2015 e il Programma Sanitario Annuale 2013.

**Rilevato che** l'art. 13 comma 5 della L. R. 10/2006 dispone che le aziende sanitarie predispongono annualmente una relazione sanitaria sullo stato di attuazione dei rispettivi programmi, promuovendo la partecipazione delle strutture organizzative e del Consiglio delle professioni sanitarie e la trasmettono, entro il 30 giugno, alla Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria ed alla Giunta regionale;

**Ravvisata** pertanto la necessità di approvare il documento di cui trattasi sia nell'ottica della più ampia aderenza a strumenti di programmazione/rendicontazione in grado di definire, strategie, obiettivi e azioni aziendali, tali da rendere più efficace ed efficiente il miglioramento della gestione aziendale, in un quadro generale di risorse finanziarie decrescenti, e sia come risposta alla crescente domanda di accountability, di cambiamento e di governance della pubblica amministrazione;

**Visti** - Il D. Lgs 502/92 e ss.mm.ii;  
- la L.R. 10/2006;

- la DGR n° 50/19 dell' 11 Dicembre 2007;

**IL DIRETTORE GENERALE**

per i motivi sopra espressi

**DELIBERA**

- Di adottare la Relazione Sanitaria Aziendale per l'anno 2013, allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
- Di trasmettere a cura dell'Area Affari Generali e Legali copia del presente atto alla Conferenza Sanitaria e Socio-Sanitaria della ex-Provincia di Olbia e Tempio per l'acquisizione di un parere sul contenuto della stessa;
- Di dare atto che la presente Relazione Sanitaria Aziendale per l'anno 2013 verrà pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale;
- Di trasmettere copia del presente atto al Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione.

**Il Direttore Generale  
Dr. Giovanni Antonio Fadda**

Allegati: n. 1

Struttura proponente: Area PCC

Il Responsabile dell'Istruttoria: Dott. P.Tecleme

# Relazione Sanitaria 2013





## Indice

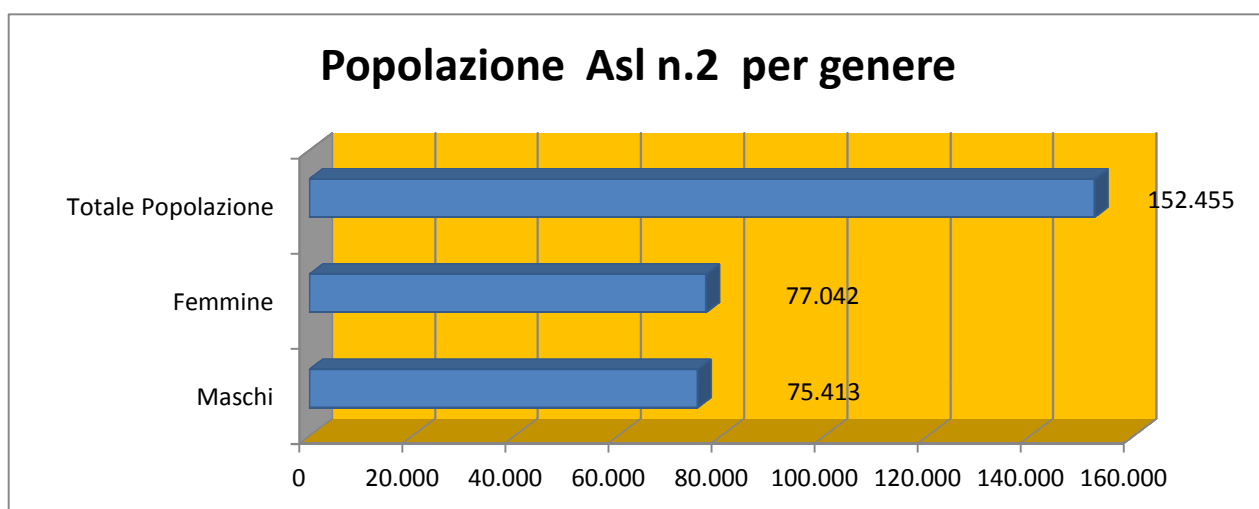
<b>Il Contesto locale</b>	<b>pag.</b>	<b>3</b>
<b>L'azienda Sanitaria N.2 di Olbia</b>	<b>pag.</b>	<b>7</b>
- <b>La Mission Aziendale</b>	<b>pag.</b>	<b>7</b>
- <b>La Centralità del cittadino</b>	<b>pag.</b>	<b>8</b>
- <b>Le strutture operative dell'Azienda</b>	<b>pag.</b>	<b>11</b>
<b>La rete territoriale</b>	<b>pag.</b>	<b>12</b>
- <b>La cronicità modello organizzativo dei Servizi Sanitari</b>	<b>pag.</b>	<b>13</b>
- <b>L'integrazione socio-sanitaria</b>	<b>pag.</b>	<b>20</b>
- <b>Il Dipartimento Materno infantile</b>	<b>pag.</b>	<b>21</b>
- <b>Il DSMD</b>	<b>pag.</b>	<b>22</b>
<b>Il Dipartimento di Prevenzione</b>	<b>pag.</b>	<b>25</b>
<b>Servizi Ospedalieri</b>	<b>pag.</b>	<b>28</b>
- <b>Tutti i ricoveri dei residenti ASL 2 Anno 2012</b>	<b>pag.</b>	<b>29</b>
- <b>Tendenze 2011-2013 delle attività di ricovero ospedaliero</b>	<b>pag.</b>	<b>31</b>
<b>Conclusioni</b>	<b>pag.</b>	

## Il Contesto locale

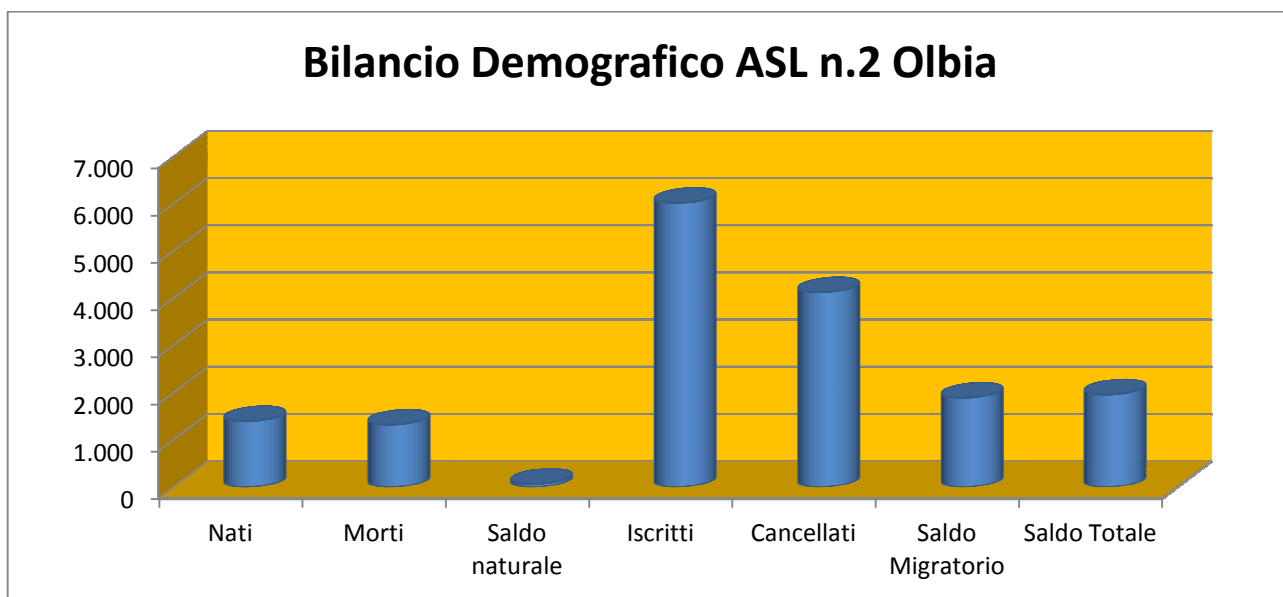
La popolazione del territorio di competenza della Asl n. 2 di Olbia al 01.01.2011 ammontava a 150.492 residenti, con una percentuale di crescita nettamente superiore a quella delle altre province sarde. Al 31.12 2011 il dato totale della popolazione è di 152.455 ab. di cui 75.413 maschi e 77.042 femmine. I dati registrano un aumento demografico (+1,30%): la Gallura assorbe residenti dalle altre province sarde ma anche del resto d'Italia come questa tendenza conferma con i valori registrati negli ultimi anni.

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi: Olbia (53.303 abitanti) Tempio (13.936 abitanti), Arzachena (11.466) e La Maddalena (circa 11 mila) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale.

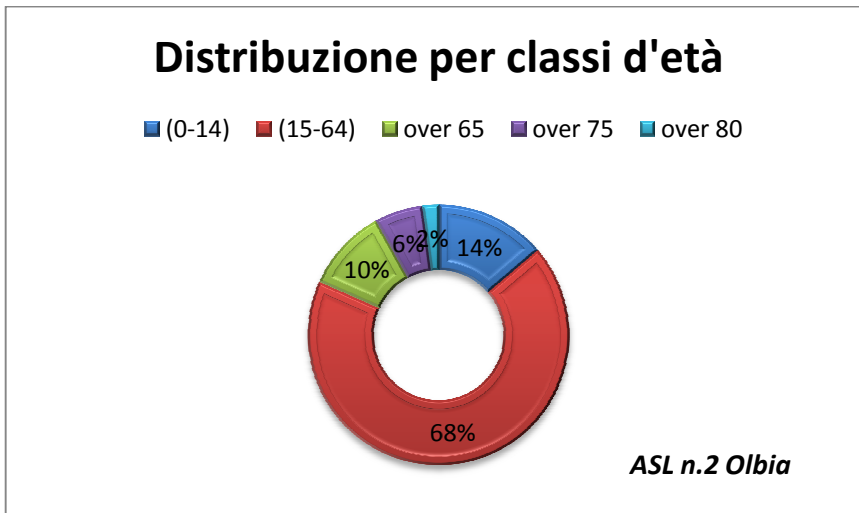
Su 26 comuni, 21 hanno una popolazione inferiore ai 5 mila, tra questi, 7 contano meno di 2 mila abitanti. La maggioranza dei comuni che compongono la provincia sono di piccole dimensioni.



Fonte Dati: Elaborazioni AREA PCC su dati Istat riferiti al 01.01.2013



Fonte Dati: Elaborazioni AREA PCC su dati Istat riferiti al 01.01.2013



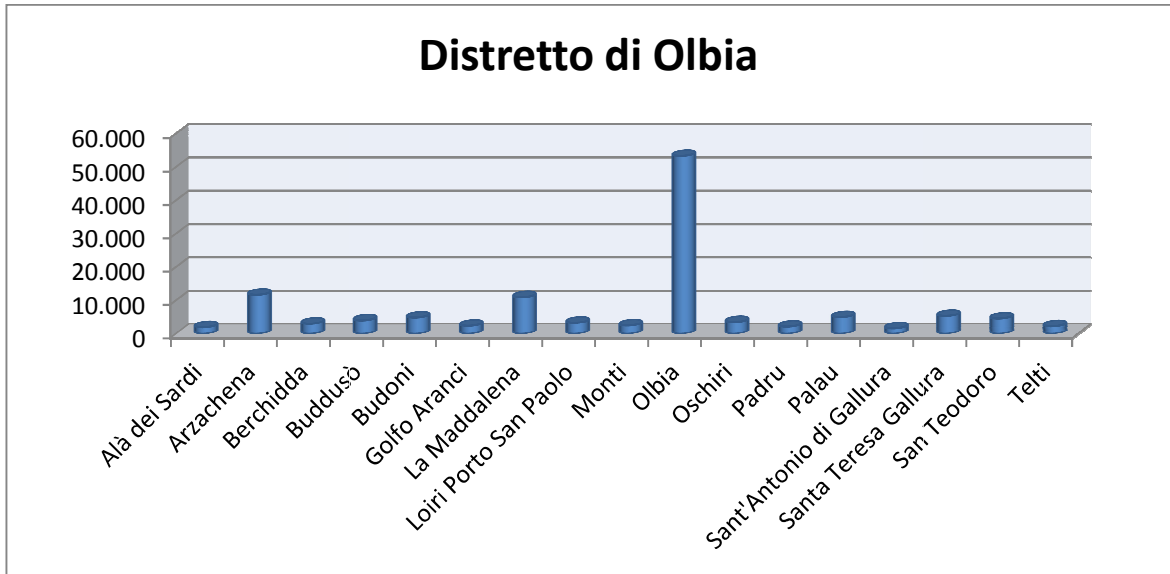
CLASSI D' Età'	Tot. Abitanti
<b>(0-14)</b>	20.874
<b>(15-64)</b>	103.687
<b>over 65</b>	15.771
<b>over 75</b>	8.981
<b>over 80</b>	3.142
<b>abitanti</b>	152.455

Fonte Dati: Elaborazioni AREA PCC su dati Istat riferiti al 01.01.2013

I Comuni afferenti al Distretto socio sanitario di Olbia sono 17 (Tab. 1) con una popolazione di 122.093 ab. :

Comuni	Abitanti	Maschi	Femmine
<b>Alà dei Sardi</b>	1.953	984	969
<b>Arzachena</b>	11.666	5.814	5.842
<b>Berchidda</b>	2.998	1.478	1.520
<b>Buddusò</b>	3.975	2.003	2.150
<b>Budoni</b>	4.836	2.383	2.453
<b>Golfo Aranci</b>	2.391	1.176	1.215
<b>La Maddalena</b>	10.931	5.393	5.538
<b>Loiri Porto San Paolo</b>	3.263	1.646	1.617
<b>Monti</b>	2.487	1.244	1.243
<b>Olbia</b>	53.303	26.094	27.209
<b>Oschiri</b>	3.466	1.734	1.732
<b>Padru</b>	2.136	1.000	1.091
<b>Palau</b>	4.954	2.363	2.591
<b>Sant'Antonio di Gallura</b>	1.623	825	875
<b>Santa Teresa Gallura</b>	5.318	2.594	2.724
<b>San Teodoro</b>	4.556	2.313	2.143
<b>Telti</b>	2.237	1.130	1.007
<b>TOTALE</b>	<b>122.093</b>	<b>60.174</b>	<b>61.919</b>

**Fonti Dati Istat 2012**

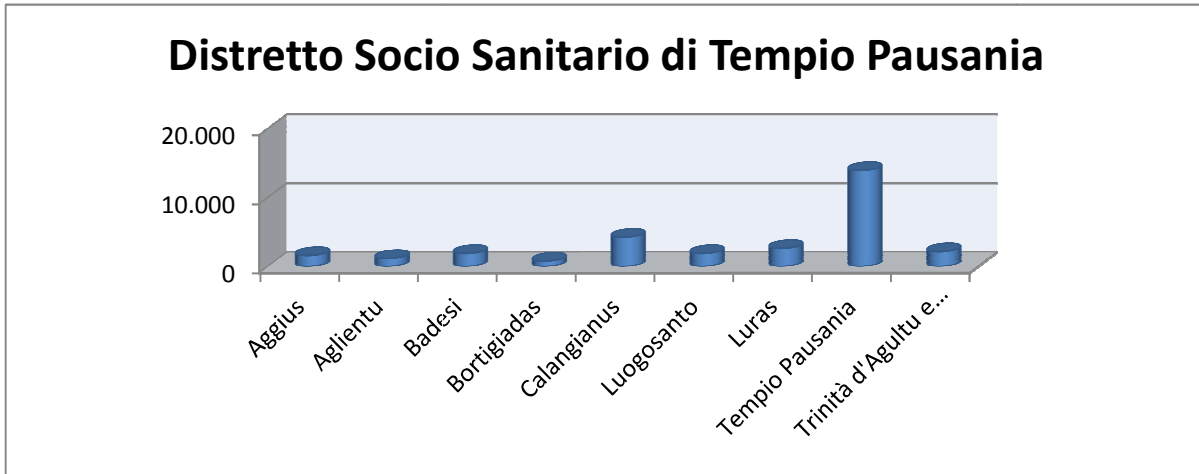


Fonte Dati: Elaborazioni AREA PCC su dati Istat riferiti al 01.01.2013

I Comuni afferenti al Distretto socio sanitario di Tempio Pausania sono 9 con una popolazione di 30.362 ab. :

Comuni	Abitanti	Maschi	Femmine
<b>Aggius</b>	1.606	777	829
<b>Aglientu</b>	1.166	584	582
<b>Badesi</b>	1.898	916	982
<b>Bortigiadas</b>	796	386	410
<b>Calangianus</b>	4.257	2.123	2.134
<b>Luogosanto</b>	1.899	946	953
<b>Luras</b>	2.649	1.297	1.352
<b>Tempio Pausania</b>	13.936	6.831	7.105
<b>Trinità d'Agultu e Vignola</b>	2.155	1.041	1.114
<b>TOTALE</b>	<b>30.362</b>	<b>14.901</b>	<b>15.461</b>

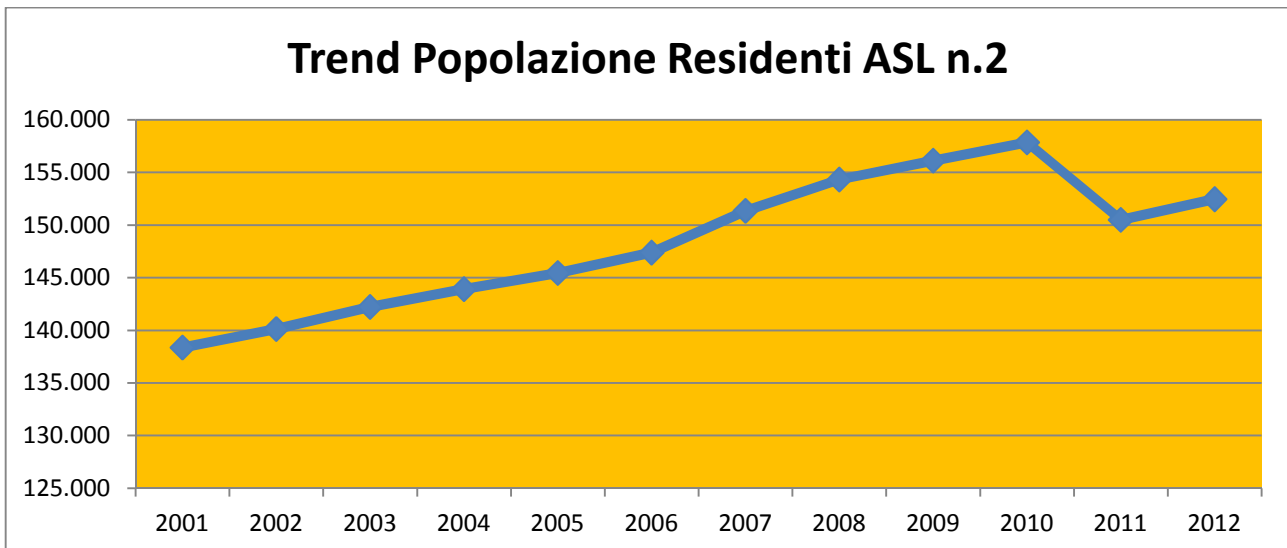
Fonti Dati Istat 2012



Fonte Dati: Elaborazioni AREA PCC su dati Istat riferiti al 01.01.2013

Il flusso di popolazione attiva dall'interno verso la costa comporta effetti importanti per le dinamiche del territorio gallurese : il richiamo delle classi di età più giovani nei comuni costieri, grazie alle opportunità offerte dal mercato del lavoro e dal turismo, incrementa in maniera esponenziale i consumi e l'economia locale, contribuendo ad accentuare il divario con i comuni interni e determinando un abbassamento dell'età media della popolazione residente in quelle aree.

L'indice di vecchiaia (IV) che rappresenta un indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione e si ottiene rapportando l'ammontare della popolazione "anziana" (65 anni e oltre) e quello dei bambini (0-14 anni). Per questo indicatore la ASL n.2 di Olbia presenta un valore 136,1% a fronte di un valore Regionale di 164,1%.



Fonte Dati: Elaborazioni AREA PCC su dati Istat riferiti al 01.01.2013

L'indice di dipendenza (ID) che rapporta la quota delle persone teoricamente dipendenti da un punto di vista economico (ossia i più giovani e i più anziani) alle persone in età da lavoro, che si presume debbano sostenerle. Per questo indicatore la ASL n.2 di Olbia presenta un valore

44,9% (la Provincia con il valore assoluto più basso in Italia) a fronte di un valore Regionale di 47,7%.

L'Indice di Struttura della popolazione attiva (IS) esprime, invece, il grado di invecchiamento di uno specifico settore della popolazione, ossia la popolazione in età da lavoro. Esso si ottiene rapportando le venticinque generazioni più anziane (cioè il segmento di popolazione 40-64 anni) alle venticinque più giovani (15-39 anni) che si suppone nel tempo si debbano sostituire alle più invecchiate. Per questo indicatore la ASL n.2 di Olbia presenta un valore 121,5 % , a fronte di un valore Regionale di 122,4%.

L'Indice di Ricambio, infine, ha al numeratore la quota di popolazione che sta per uscire dalla popolazione attiva (60-64 anni) e al denominatore la parte di popolazione (15-19 anni) che si sta per affacciare al mondo del lavoro. Per questo indicatore la ASL n.2 di Olbia presenta un valore di 106 % , a fronte di un valore Regionale di 141,6%.

## **L'Azienda Sanitaria N.2 di Olbia**

La ASL N.2 di Olbia esercita la funzione di tutela della salute della popolazione e promozione del benessere e garanzia dei percorsi di continuità assistenziale.

Tutte le competenze sanitarie e socio assistenziali del territorio convergono verso questi obiettivi anche definendo accordi contrattuali con i soggetti erogatori privati accreditati.

Tutela della salute e promozione del benessere implicano l'integrazione con la dimensione sociale ed un intervento esteso non solo ai bisogni manifesti della popolazione ed alla conseguente domanda diretta di servizi, ma anche un'attenzione specifica ai determinanti di tali bisogni ed alla qualità e quantità dell'offerta di servizi presente nel settore sanitario e sociosanitario.

La ASL N.2 di Olbia esercita la funzione di erogazione con riferimento, oltre che all'assistenza ospedaliera erogata dai presidi, alla promozione della salute ed alla prevenzione ed al trattamento delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e/o tecnologica.

Compete alla ASL l'assistenza prolungata nel tempo, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, alle persone disabili e/o non autosufficienti, nonché programmi, attività e prestazioni di particolare caratterizzazione specialistica prevalentemente, o esclusivamente, territoriali.

La ASL N.2 di Olbia esercita la funzione di promozione e tutela rilevando i fabbisogni di servizi, attività e prestazioni, della collettività di riferimento e progettando e realizzando, per quanto di competenza, lo sviluppo dei percorsi clinico assistenziali.

A tal fine, l'ASL si avvale delle competenze e conoscenze maturate nella dimensione distrettuale, ambito privilegiato di organizzazione della rete di offerta dei servizi del territorio, di integrazione socio-sanitaria e di ricognizione dei bisogni da soddisfare.

### **La Mission Aziendale**

La missione strategica dell'Azienda si sostanzia nel soddisfare la domanda di salute dei cittadini, garantendo livelli di assistenza uniformi, nel rispetto dei limiti degli obiettivi di pianificazione regionale.

Tutto ciò operando in modo da affermare con forza i seguenti principi:

- **Appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;**

- Approccio multidisciplinare ed integrato nel rispondere al bisogno di salute;
- Economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- Interventi di promozione di educazione alla salute.

L'azienda, dal lato dell'offerta è da sempre impegnata a sostenere percorsi che garantiscano l'appropriatezza clinica, la disponibilità e l'accesso a tutti i servizi e prestazioni a valenza integrata sanitaria e sociosanitaria previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza e compresi nel Piano Sanitario.

Gli accordi con il privato accreditato stimolano il perseguimento di politiche strategiche volte ad assicurare il raggiungimento degli obiettivi di efficienza efficacia ed economicità. Tutte le professionalità che operano all'interno dell'azienda contribuiscono alla creazione delle condizioni idonee a rafforzare il ruolo svolto da ciascuna articolazione aziendale sia in termini di competenza che in termini di territorialità della sanità sul nostro territorio.

L'azienda punta a realizzare le seguenti strategie operative:

- Miglioramento della qualità dei servizi offerti;
- Razionalità nell'impegno delle risorse quale condizione per garantire lo sviluppo dei servizi;
- Miglioramento della capacità di interagire con l'ambiente esterno;
- Centralità dei bisogni dei cittadini;
- Investire sulle competenze professionali, sull'innovazione tecnologica e strumentale.

### **La Centralità del cittadino**

Il cittadino al centro degli interessi quale titolare del diritto alla salute, nonché cardine sul quale definire la pianificazione e la programmazione aziendale. Di fatto è stato intrapreso un percorso di un sempre maggior coinvolgimento dell'utente, singolo o tramite le associazioni di volontariato alle fasi di programmazione delle attività aziendali.

La Carta dei servizi, rappresenta il patto tra i cittadini e l'azienda che definisce il grado di qualità dei servizi offerti, quale espressione di un contratto condiviso, definito nel tempo, contenente impegni e forme concrete di verifica e valutazione.

L'azione della Azienda si uniforma, in tutti gli ambienti nei quali si trova ad operare, ai principi che regolano il miglioramento continuo della qualità e lo sviluppo delle politiche di accoglienza e di agevolazione nell'accesso ai servizi, rispettando i diritti fondamentali degli utenti.

L'azienda ASL n.2 di Olbia considera le attività legate all'informazione ed alla comunicazione uno tra gli strumenti utili alla realizzazione della propria mission. Nelle attività di comunicazione e di informazione in tutte le sue forme, l'azienda garantisce la salvaguardia e la riservatezza dei dati personali nel rispetto della persona malata e dei suoi familiari, in un contesto orientato al generale miglioramento della qualità.

Valori fondamentali permangono quali :

- Diritto ad essere ascoltato nelle forme e nei modi più idonei alla situazione ed al caso individuale , con gentilezza e competenza;
- Diritto a conoscere le modalità di esecuzione della prestazione sanitaria;
- Diritto al reclamo e alla trasparenza.

Il coinvolgimento del cittadino utente assume particolare significato con riferimento all'empowerment del singolo e della comunità nei confronti della propria salute. Viene inteso come un concetto stratificato in corrispondenza dei diversi livelli della società (micro, macro), che configurano differenti livelli di rapporto medico-paziente, utenti-enti erogatori, comunità-scelte di politica sanitaria.

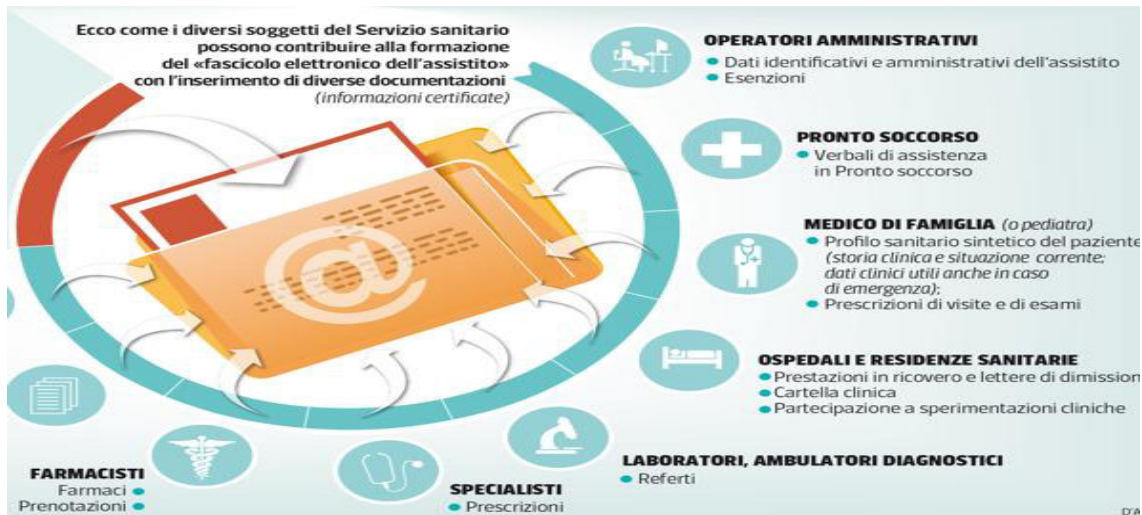
La nuova visione dell'azione del servizio sanitario prevede che le aziende sanitarie acquisiscano una approfondita conoscenza delle condizioni di salute dei propri cittadini, in tal senso i servizi informativi assumono, proprio per la complessità dei sistemi sanitari, una valenza sempre più strategica. Infatti, per favorire la centralità del paziente nel percorso di cura, le conoscenze epidemiologiche costituiscono un contributo fondamentale.

Si sta sempre più delineando un disegno di un sistema concretamente paziente-centrico, con la progettazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, (PDTA) l'articolazione dei suoi attori, dei rispettivi ruoli, dei meccanismi di interazione e coordinamento. L'importanza dei sistemi di Information Communication Technology (ICT) si confermano sempre più, Il raccordo essenziale tra ospedale e territorio, nonché snodo rilevante per rendere l'integrazione con le competenze e le tecnologie ospedaliere e le cure territoriali un fatto concreto con immediate ricadute sulla qualità della vita dei cittadini.

Per rendere 'realistici' e 'realizzabili' gli obiettivi di una sanità diffusa, che segua il paziente - in un continuum organizzato - dall'ospedale alle strutture sanitarie del territorio sino alla propria casa, il ruolo svolto dai sistemi informativi è indispensabile.

Con la pubblicazione delle Linee guida, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) sarà nel prossimo futuro una sfida per il Sistema Sanitario della Sardegna. La Regione dovrà predisporre attraverso un sito Internet (Data Repository) l'archiviazione e la gestione informatica dei documenti sanitari dei cittadini. Per l'attuazione della sanità digitale sono stati previsti una serie di interventi condivisi da tutte le Amministrazioni operanti a livello centrale, regionale e locale. Il FSE è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, ha un orizzonte temporale che copre l'intera vita del paziente ed è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che lo prendono in cura nell'ambito del SSN e dei servizi socio-sanitari regionali. L'FSE è costituito per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione perseguite dai soggetti del SSN e dei servizi sociosanitari regionali che prendono in cura l'assistito.

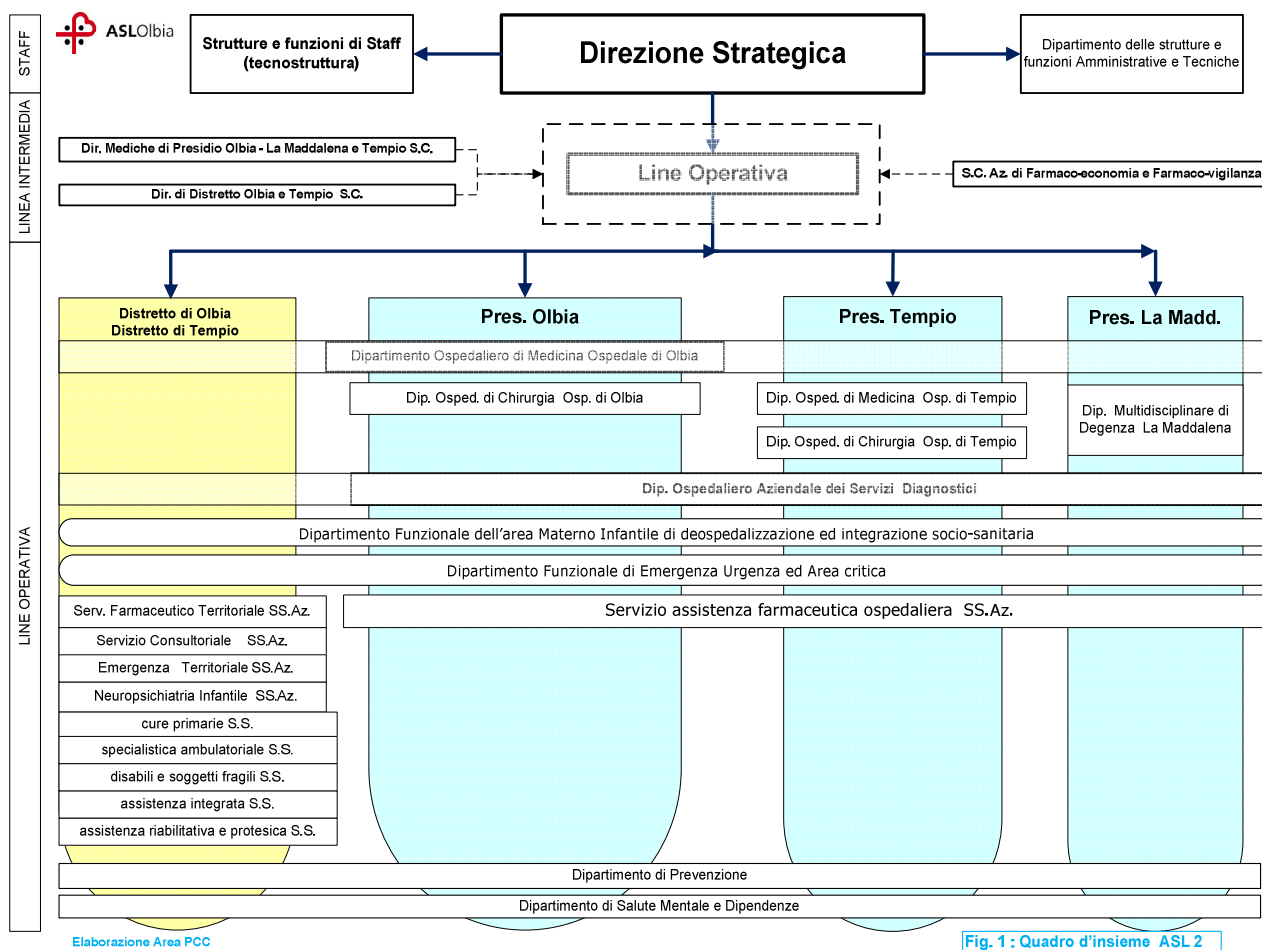




**Ministero della Salute**

L'FSE permetterà di diminuire il rischio legato ad errori di diagnosi e favorirà l'integrazione professionale, grazie alla facilità e alla velocità della circolazione delle informazioni. Consentirà di disegnare un percorso di cura appropriato e "continuo"; l'appropriatezza, oltre a migliorare gli outcomes clinici, consente di evitare l'ospedalizzazione inappropriata e il ricorso eccessivo ad esami specialistici o interventi.

## Le strutture operative dell'Azienda



L'azienda ASL n.2 di Olbia ha sposato il concetto di Dipartimento come modello di gestione operativo delle attività aziendali, caratterizzato dall'integrazione funzionale e dal coordinamento delle funzioni e dei compiti che vi afferiscono.

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il contesto operativo nel quale le competenze professionali tecniche ed assistenziali costituiscono la risorsa principale per il raggiungimento degli obiettivi. Esso rappresenta un articolazione costituita per favorire un'azione di integrazione tra strutture omogenee, ciascuna con obiettivi specifici e di autonomia gestionale per le materie di competenza finalizzata ad offrire risposte integrate e multidisciplinari sulla base delle risorse disponibili.

- Dipartimento strutturale, aggregazione organizzativa e funzionale di strutture, che assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con le altre macrostrutture organizzative. Sono attribuiti un budget dipartimentale, risorse umane, strumentali e patrimoniali. Sono dotati di autonomia gestionale. (DSMD e Dipartimento di Prevenzione)
- Dipartimento funzionale, aggregazione organizzativa che mantengono la propria autonomia e responsabilità in rapporto di indipendenza tra loro, in funzione del

raggiungimento delle comuni finalità e di coordinamento organizzativo. Esso svolge un ruolo di filtro di interfaccia fra le strutture, di coordinamento e di armonizzazione delle procedure.

Nel corso dell'anno 2013 è stata svolta una intensa attività di revisione dell'organizzazione aziendale, attraverso un lungo ed articolato confronto con le parti sociali e la comunità locale. Tale attività ha portato alla stesura di una proposta di Nuovo Atto Aziendale che è stato approvato all'unanimità dalla conferenza Socio sanitaria della provincia di Olbia – Tempio. Questa proposta è a tutt'oggi non applicata perché in attesa del parere di compatibilità (rispetto alle linee guida redatte in base all'art. 9 della L.R. 10/2006) da parte dell'Amministrazione Regionale.

## La rete territoriale

Il modello organizzativo dell'Azienda, in attuazione delle indicazioni normative di cui al D.Lgs. 502/92 s.m.i., prevede una distinzione dinamica tra potere di indirizzo strategico e responsabilità gestionale, attraverso lo strumento della delega.

La visione organizzativa aziendale è in una fase di transizione verso un modello di progressiva separazione tra le funzioni di committenza, svolte dai servizi territoriali in base ai bisogni dei cittadini, e la produzione di servizi e prestazioni di alta qualità e complessità prevalentemente di tipo ospedaliero e ambulatoriale.

La rete territoriale è costituita dai distretti. Ogni distretto :

- promuove e sviluppa la collaborazione con la popolazione e con le sue forme associative (secondo il principio di sussidiarietà) per la rappresentazione delle necessità assistenziali e la pianificazione e valutazione dell'offerta di servizi nell'integrazione tra le diverse istanze dei vari portatori di interesse (sanitari e sociali);
- valorizza le risorse territoriali della comunità locale, promuovendo e garantendo alla popolazione risposte sanitarie coordinate ed integrate con caratteri di continuità ed appropriatezza rispetto ai bisogni rilevati ed ai corrispondenti percorsi clinico assistenziali.

Il territorio dei distretti, costituisce l'ambito strategico istituzionale per rafforzare e rendere maggiormente efficaci ed efficienti non solo le singole funzioni, ma anche l'erogazione dei servizi diretti ai cittadini.

L'ambito territoriale del distretto garantisce, al fine di assicurare lo svolgimento delle prestazioni dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, l'effettiva fruibilità dei servizi socio assistenziali in una logica di razionalizzazione e contenimento della spesa.

La attività distrettuale si configura, quindi, quale momento di sintesi della conoscenza e della analisi della domanda di salute, di valutazione dei bisogni e sostanza il momento della committenza. Interpretare il ruolo di committente presuppone la capacità di conoscere ed incidere sui fattori strutturali, funzionali e sociali che concorrono al meccanismo di formazione della domanda stessa, e pertanto offerta non vuol dire soltanto produzione di prestazioni, ma progettazione ed attuazione di interventi coerenti, orientati su obiettivi di salute, che sostanziano ed individuano modalità condivise di soluzione dei problemi. L'organizzazione territoriale è di tipo integrato e configura livelli di offerta non più frammentati, evitando duplicazioni di costi aggiuntivi e ottimizzando l'impiego di strutture organizzative omogenee.

La Programmazione Aziendale per il triennio 2014-2016 si è ispirata ai principi sopra esposti. I servizi sanitari aziendali hanno garantito un buon livello di tutela della salute della popolazione e di qualità complessiva delle prestazioni in rapporto alle caratteristiche demografiche, pur tuttavia soffrendo di criticità comuni a molte altre aree regionali, quali la non appropriatezza di alcune prestazioni, liste di attesa ancora al di sopra degli standard attesi; l'inadeguatezza dell'offerta quantitativa e qualitativa di discipline specialistiche mediche e chirurgiche determinano il ricorso a strutture di ricovero di altre regioni.

### La cronicità come modello organizzativo dei Servizi Sanitari (Chronic Care Model)

E' aumentata la numerosità di soggetti che richiedono cure continue e complesse per periodi di lunga durata.

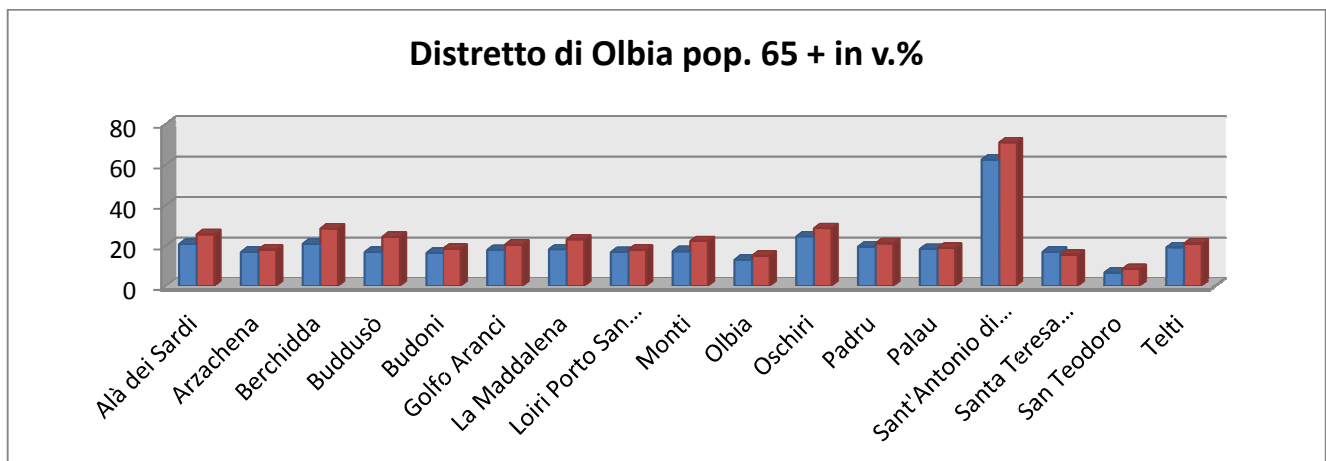
Questi aspetti, non sono evidenti solo per eventi o casistiche particolari ma accompagnano spesso le nuove acquisizioni della maggior parte delle specialità mediche e chirurgiche, dalla cardiologia all'oncologia.

Si vive di più, ed è evidente che la prevenzione primaria e secondaria che promuovono corretti stili di vita sta dando i suoi frutti; cala infatti la mortalità per malattie, come quelle del sistema cardiocircolatorio, legate a doppio filo a efficacia e tempestività delle cure.

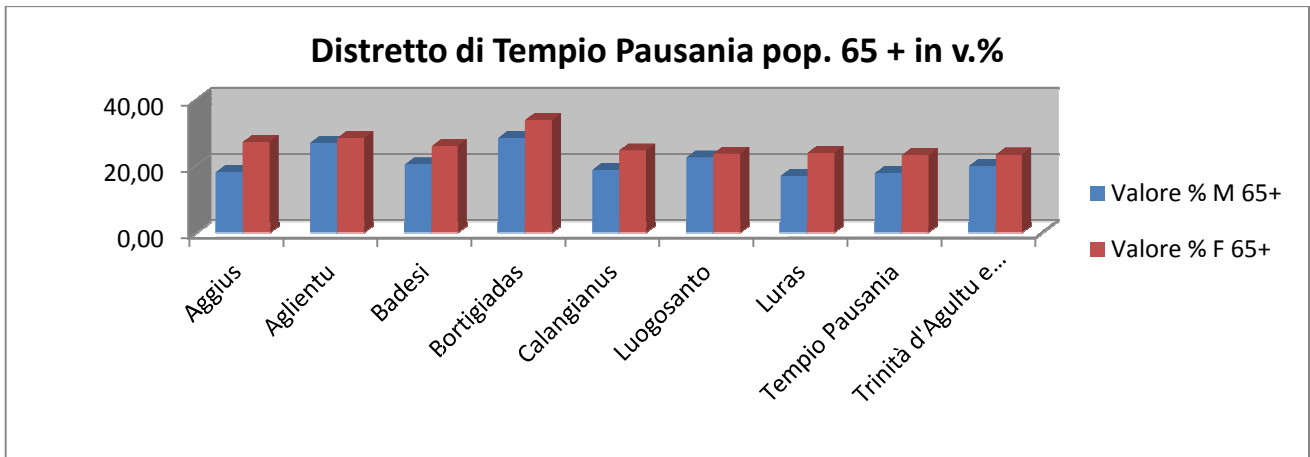
La cronicità è la sfida del millennio, per tale motivo l'Azienda sta lavorando al rafforzamento del rapporto tra gli ospedali e il territorio, per garantire sempre di più la continuità di assistenza.

Le cure domiciliari sono un servizio sempre più importante e questo per vari motivi; da una parte l'invecchiamento della popolazione e il moltiplicarsi, di conseguenza, delle malattie cronico degenerative ad esso legate, e dall'altra la convinzione che, laddove possibile, evitare l'ospedalizzazione e quindi dare la possibilità alla persona di vivere nella propria casa, sia importante al fine della qualità della vita del cittadino-paziente.

Con l'invecchiamento della popolazione sono aumentate le persone con malattie croniche. La casa come luogo di cura è un ambiente privilegiato dove il malato può mantenere abitudini e ritmi di vita propri e il legame con le proprie cose e con i propri familiari, amici e ambiente.



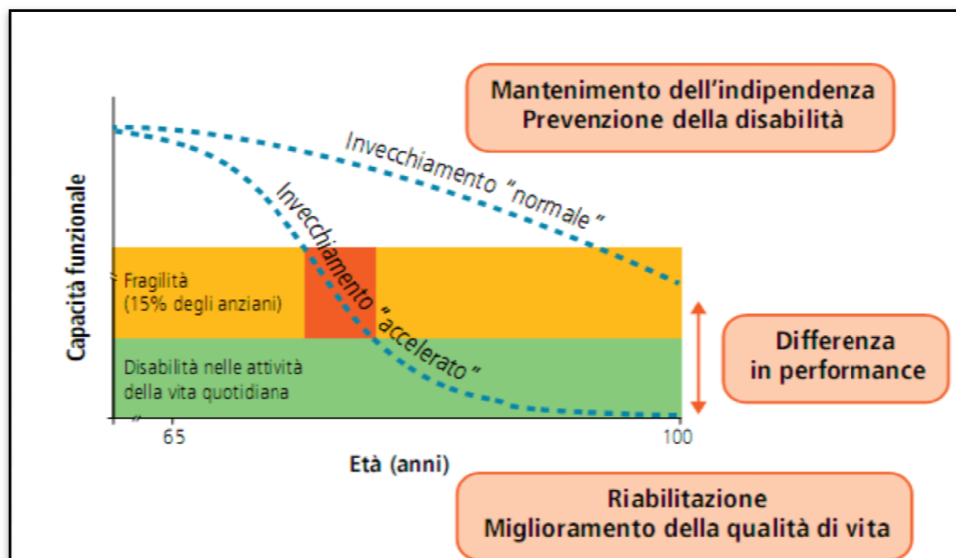
Fonte Dati: Elaborazioni AREA PCC su dati Istat riferiti al 01.01.2013



Fonte Dati: Elaborazioni AREA PCC su dati Istat riferiti al 01.01.2013

Ad esse si aggiungono alcune situazioni che rendono la spesa sanitaria poco flessibile e sensibile alle congiunture economiche strutturali: da un lato l'invecchiamento della popolazione con il conseguente incremento delle patologie croniche e dall'altro i progressi tecnologici della medicina che generano migliori cure ma, nel contempo, contribuiscono all'innalzamento dei costi.

Modelli di invecchiamento: Invecchiamento Fisiologico, Fragilità e Disabilità



Ministero della Salute.

Le cure domiciliari sono un servizio sempre più importante e questo per vari motivi; da una parte l'invecchiamento della popolazione e il moltiplicarsi, di conseguenza, delle malattie cronico degenerative ad esso legate, e dall'altra la convinzione che, laddove possibile, evitare l'ospedalizzazione e quindi dare la possibilità alla persona di vivere nella propria casa, sia importante al fine della qualità della vita del cittadino-paziente.

Anno	Indici Demografici	Asl 2	Distretto Olbia	di	Distretto di Tempio
2011	Indice di Vecchiaia	120%	117%		188%
2012	Indice di Vecchiaia	129%	119%		178%
2013	Indice di Vecchiaia	136%	123%		181%

Fonte Dati: Elaborazioni AREA PCC su dati Istat riferiti al 01.01.2013

A questo fenomeno si è risposto con un potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale sul territorio che comporta l'erogazione in regime non ospedaliero di prestazioni di tipo diagnostico e terapeutico, orientando l'erogazione verso "setting" assistenziali più appropriati.

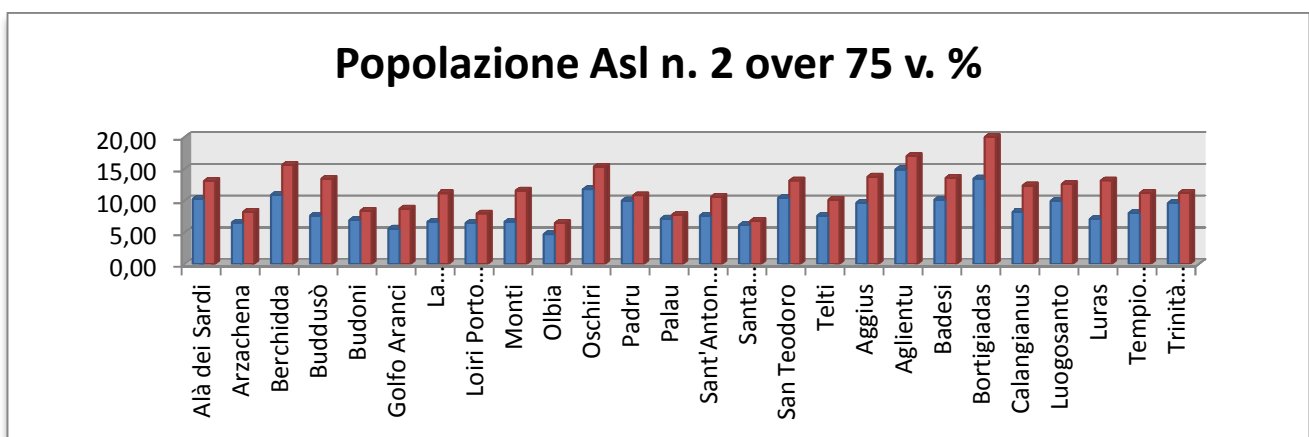
La maggiore consapevolezza dei cittadini rispetto ai propri bisogni di salute e la maggior diffusione della pratica preventiva hanno contribuito alla crescita della domanda di prestazioni di carattere prettamente diagnostico.

L'invecchiamento della popolazione sta anche evidenziando il passaggio da una richiesta sanitaria per una specifica patologia ad una richiesta sanitaria per bisogni multipli.

L'aumento di una fetta di popolazione anziana non autosufficiente farà nascere la necessità di sviluppare e finanziare nuovi servizi assistenziali e sanitari specifici. L'esigenza crescente di rispondere ai bisogni degli anziani con dei livelli di dipendenza importanti è sorto in coincidenza con l'entrata della donna nel mondo del lavoro e al cambiamento del loro ruolo di cura all'interno della famiglia.

15

Dal punto di vista socio-psicologico si assiste ad uno stato di isolamento e solitudine nei casi più gravi di abbandono dei soggetti anziani. L'uscita dal mondo del lavoro con la conseguente perdita di ruolo, la crescente impossibilità di non essere accolti nella struttura familiare in caso di non autonomia, la difficoltà di mantenere reti comunitarie e rapporti tra le generazioni, portano a vaste aree di emarginazione sociale dell'anziano.



Fonte Dati: Elaborazioni AREA PCC su dati Istat riferiti al 01.01.2013

Lo sviluppo degli interventi rivolti al controllo dell'appropriatezza non hanno eluso l'obiettivo di un miglioramento effettivo di tutte le attività necessarie per una reale presa in carico degli utenti, che ha consentito, attraverso un impegno professionale, individuale e di sistema, di ripensare l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini in un'ottica di equità e di sviluppo.

La mutazione dei bisogni della popolazione e dei conseguenti interventi assistenziali basti pensare:

- il trattamento delle dipendenze che ha identificato occasioni di intervento anche in strada;
- la salute mentale dove il superamento del manicomio ha portato ad articolare una multiforme offerta semiresidenziale, comunitaria e domiciliare di assistenza;
- la riorganizzazione della rete di riabilitazione per rispondere a bisogni riabilitativi sempre più complessi;
- l'invecchiamento della popolazione e alla maggiore diffusione delle malattie croniche disabilitanti;
- la prevenzione e alla promozione della salute nei luoghi di lavoro e di vita.

Negli ultimi anni è emersa l'esigenza di riferirsi a modelli di organizzazione sanitaria che non riconoscono l'ospedale come riferimento di centralità del sistema ed unico luogo deputato ad erogare prestazioni assistenziali.

Sono state attuate politiche per limitare l'uso improprio del ricovero ospedaliero per generare appropriatezza, per allargare l'offerta dei servizi sanitari di base e specialistici territoriali e per migliorare la pratica di controllo e verifica dell'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici.

La crisi economico finanziaria di questi ultimi anni, ha accelerato i processi di caduta nella 'vulnerabilità' come l'accesso alle prestazioni sanitarie. Inoltre carenze nella rete relazionale familiare, amicale e sociale della persona ed altre fragilità psico-sociali personali rischiano di aggravare le condizioni di salute di persone adulte oltre che degli anziani.

Altro segnale di riduzione della spesa pubblica arriva dall'aumento di spesa a carico delle famiglie per sostenere il pagamento della quota di compartecipazione e dei ticket per il consumo di farmaci: la spesa sostenuta da ciascun cittadino per l'acquisto di farmaci è più che raddoppiata in meno di dieci anni, passando infatti da 11,3 € del 2003 a 23,7 € nel 2012, ovvero è passato dal 5,2% del totale della spesa per farmaci, al 12,2% di essa. (Osserva Salute 2013)

L'orientamento della programmazione aziendale è volto al ripensare un sistema di welfare socio-sanitario integrato che rinforza le proprie funzioni di tutela nei confronti delle fasce più vulnerabili di popolazione, per consentirne l'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi ricompresi nei LEA.

Persona, famiglia e comunità sono i punti di riferimento del nuovo sistema di welfare solidale, soggetti attivi nella cura e nella tutela della salute, prima ancora che destinatari di prestazioni.

L'attuale programmazione sanitaria necessita di un maggiore sforzo per raggiungere una forte alleanza con il sistema socio assistenziale che non solo può contribuire a migliorare il benessere delle persone, ma soprattutto valorizza gli interventi sanitari moltiplicandone le ricadute positive sugli assistiti.

Il terzo settore può costituire, in un ottica di maggiore integrazione, un punto di forza del modello sociale cui indirizzare risorse specifiche, ampliandone le aree di impegno in rapporto al ruolo di co programmazione e co progettazione esercitato nei luoghi della concertazione strategica.

L'azienda Sanitaria N. 2 di Olbia nel miglioramento del sistema dei servizi sanitari e sociosanitari offerti ai propri cittadini ha trovato nelle privato accreditato, un soggetto promotore di iniziative ed erogatore di prestazioni, per garantire lo sviluppo e la crescita delle attività nell'area della cronicità, ove bisogno di salute e bisogno di senso e relazione umana si integrano nella prestazione.

L'azienda Sanitaria Locale ha sviluppato negli ultimi anni una rete di servizi socio-sanitari integrati di tipo domiciliare, semi-residenziale e residenziale per persone anziane, disabili, malate di mente e tossicodipendenti, per soddisfare la crescita di una domanda di assistenza socio-sanitaria professionale ad integrazione delle risorse familiari nella assistenza di questi cittadini nelle diverse fasi della vita.

Si è consapevoli che la crescita delle liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni è aumentata quantitativamente, con forti squilibri, che si ripercuotono sui cittadini e sulle famiglie più deboli nella presa in carico dei propri congiunti più deboli (siano essi anziani, disabili, malati di mente o tossicodipendenti).

La programmazione Aziendale ha sviluppato una rete dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per anziani, disabili, soggetti psichiatrici e tossicodipendenti:

- sviluppo delle cure domiciliari della persona e della sua famiglia, allo scopo di creare nuovi modelli di presa incarico congiunta tra servizi sanitari e socio-assistenziali a favore di anziani, disabili, malati di mente, tossicodipendenti;
- revisione del modello organizzativo - gestionale dei servizi semi-residenziali e residenziali, per migliorarne l'efficienza e garantire flessibilità di risposta a bisogni socio-sanitari in profonda evoluzione e spesso necessitanti di prese in carico specializzate.



<b>Distretto Tempio</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Ab. => 65 ANNI	5.894	5.974	6.337	6.463	6.583	6.609	6.660	6.669
Pz.=> 65 anni in ADI	62	59	75	70	84	69	181	155
<b>Pz =&gt; 65 / 100 Ab &gt; 65 anni</b>	<b>1,05%</b>	<b>0,99%</b>	<b>1,18%</b>	<b>1,08%</b>	<b>1,27</b>	<b>1,04</b>	<b>2,72</b>	<b>2,3</b>

<b>Distretto Olbia</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Ab. => 65 ANNI	16.169	18.521	18.854	19.423	20.019	20.646	20.692	21.205
Pz.=> 65 anni in ADI	108	100	188	297	346	708	1.060	712
<b>Pz =&gt; 65 / 100 Ab &gt; 65 anni</b>	<b>0,67%</b>	<b>0,54%</b>	<b>1,00%</b>	<b>1,53</b>	<b>1,72</b>	<b>3,4</b>	<b>5,12</b>	<b>3,3</b>

<b>Asl 2 Olbia</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Ab. => 65 ANNI	22.063	24.495	25.191	25.886	26.602	27.255	27.352	27.894
Pz.=> 65 anni in ADI	170	159	263	367	430	777	1.221	867
<b>Pz =&gt; 65 / 100 Ab &gt; 65 anni</b>	<b>0,77%</b>	<b>0,65%</b>	<b>1,04%</b>	<b>1,42</b>	<b>1,64</b>	<b>2,85</b>	<b>4,54</b>	<b>3,1</b>

Strategica è stato lo sviluppo delle cure domiciliari, intese come trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati al domicilio del paziente da personale qualificato per la cura e l'assistenza dei soggetti non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse.

Le cure domiciliari sono finalizzate a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale ed a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente affetto da patologie croniche, anche gravi, di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita, attraverso l'intervento di più figure professionali, sanitarie e sociali, che realizzino un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, che si caratterizza per l'integrazione di natura multi-professionale e/o multidisciplinare.

Gli obiettivi delle cure domiciliari garantiscono presso il proprio domicilio la continuità assistenziale, e migliorano la qualità della vita e rappresentano un sostegno per i familiari nel percorso di cura trasmettendo loro eventuali competenze utili per una autonomia di intervento

Le prestazioni di cura domiciliare ad alta complessità assistenziale nella fase intensiva o estensiva, ovvero di acuzie e post acuzie, quali le dimissioni protette, l'ospedalizzazione domiciliare, le cure domiciliari nell'ambito di percorsi gestiti dal medico di medicina generale.

L'assistenza domiciliare integrata è una forma di cura alternativa al ricovero ospedaliero, che consente alla persona di rimanere il più a lungo possibile nella propria casa, garantendo direttamente a domicilio l'assistenza medica, specialistica, infermieristica e socio-assistenziale. Il termine assistenza "integrata" sta ad indicare che dietro ad ogni assistito vi è una peculiare e complessa organizzazione, un "lavoro di rete" che coordina ed integra le varie figure professionali (medici di famiglia, infermieri professionali, medici specialisti, operatori sociali) secondo le necessità rilevate

L'assistenza domiciliare cure palliative è una particolare forma assistenziale dedicata agli utenti la cui malattia non risponde più a trattamenti specifici. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per il malato e la famiglia.

L'hospice è parte integrante della rete delle cure palliative, rappresenta un'alternativa al ricovero ospedaliero per gli utenti in fase terminale per i quali non è possibile garantire un'adeguata assistenza a domicilio.

L'Unità di Valutazione Territoriale è un gruppo formato da professionisti sanitari e socio assistenziali che indaga i diversi aspetti che concorrono a determinare lo stato di benessere/malessere di una persona.

È presente nei due distretti sanitari dell'Azienda per individuare la risposta più adatta ai bisogni della persona.

Il distretto assicura le attività di coordinamento e di integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali allo scopo di garantire la presa in carico globale della persona. Attualmente l'unità di valutazione territoriale governa l'accesso alle residenze sanitarie assistenziali e all'assistenza domiciliare integrata con compresenza di bisogni sociosanitari.

Le prestazioni di lungo-assistenza nella fase di cronicità, volte a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentarne il deterioramento.

L'obiettivo è passare da un sistema che guarda e cura la patologia a un insieme di interventi integrati che si prendono cura dei bisogni effettivi della persona. Un percorso graduale, che richiederà tempo e che sta in una fase di start up.

L'esigenza di assicurare la possibilità di mantenere una persona non autosufficiente presso il domicilio passa per la capacità di offrire servizi che rendano sostenibili lo sforzo delle famiglie.

Malgrado i numerosi interventi a domicilio nei casi di post acuzie e di cronicità, si continuano ad evidenziare criticità in questi percorsi.

Sono stati implementati protocolli al fine di rendere più appropriato il percorso riabilitativo e di lungodegenza ospedaliera con strutture private accreditate extraospedaliere di continuità assistenziale a rilevanza sanitaria per molte tipologie di pazienti che non possono seguire un percorso di continuità di cure in residenzialità o domiciliarità ; e adeguate risposte presso il domicilio.

La revisione del modello organizzativo - gestionale delle prestazioni e dei servizi dell'area integrata socio-sanitaria ha risposto al seguente obiettivo:

proseguire nel percorso di implementazione della dotazione di posti diurni e residenziali destinati a persone disabili e anziane non autosufficienti;

La riduzione delle liste d'attesa prende in considerazione molteplici aspetti di carattere organizzativo, legislativo e sanitario, con il contributo alla loro soluzione di diverse figure professionali operanti in ambiti complementari. Sono state individuate le prestazioni oggetto di monitoraggio e valutazione da parte dell'amministrazione aziendale e regionale ed i relativi standard di riferimento. Un aspetto cruciale nel governo delle liste di attesa riguarda l'appropriatezza delle prescrizioni mediche, una delle chiavi di volta nella risoluzione del problema.

La non appropriatezza prescrittiva è sicuramente una delle cause che, generando un eccesso di domanda, allunga i tempi d'attesa.

Le strategie aziendali per il governo delle prestazioni ambulatoriali sono orientate al miglioramento della programmazione della erogazione come volumi e tempestività della stessa. Per la gran parte delle prestazioni oggetto di monitoraggio i tempi sono compatibili con gli standard proposti, mentre per alcune prestazioni sono presenti delle criticità in corso di risoluzione.

In particolare esiste un piano aziendale per il governo delle liste d'attesa in corso di attuazione.

### **L'integrazione socio-sanitaria**

L'Azienda individua nell'integrazione fra gli interventi di natura sociale e le attività di assistenza sanitaria un valore primario ed un principio fondamentale di organizzazione e di funzionamento dei servizi nella convinzione che essa rappresenti un fattore fondamentale per la qualificazione dell'offerta per i seguenti motivi:

- l'integrazione genera maggiore efficacia assistenziale consentendo di rispondere a bisogni complessi attraverso processi assistenziali multiprofessionali e interdisciplinari e favorisce un uso più efficiente delle risorse umane superando settorialità, disuguaglianze, frammentazione di interventi o inutili ridondanze;
- attraverso un approccio integrato, l'Azienda si pone l'obiettivo di ridurre il disagio dei cittadini superando la logica delle prestazioni assicurate con figure singole, sanitarie o sociali, e favorendo, invece, una erogazione unitaria e coordinata nel rapporto con l'utenza.

Per le ragioni sopraesposte l'Azienda persegue l'obiettivo strategico a livello istituzionale, comunitario, gestionale e professionale attraverso:

- la costruzione di un welfare condiviso, locale e di comunità, integrando politiche sociali e sanitarie con quelle più generali che incidono sulla qualità della vita e supportano l'effettiva fruibilità dei servizi;

- il coordinamento dei soggetti presenti a livello distrettuale per realizzare la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse per la produzione dei servizi sociosanitari e la regolazione del funzionamento delle reti socio-sanitarie nelle loro diverse afferenze;
- la realizzazione di condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse, sanitarie e sociali, sia in area pubblica che provenienti dal terzo settore, assicurando il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica.

Nel ruolo di tutore della salute, nella visione più ampia di tutela della persona, l'Azienda si farà promotrice di azioni di coinvolgimento fattivo degli EE. LL. , nello spirito e indirizzo dettato dalla L. 328/2000 e della L.R. 23/2005 (Sistema Integrato dei Servizi alla Persona) delle più ampie politiche di welfare, attraverso il PLUS per i servizi alla persona e gli altri soggetti di cui all'art. 1 della L. 328/2000, con la programmazione dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari.

In modo prevalente saranno programmati e condivisi attività assistenziali per i soggetti fragili, in stato di cronicità e di quella fascia di soggetti a rischio di devianza e/o di emarginazione.

Il welfare urbano rappresenta un sistema che mette in gioco l'insieme degli attori sociali presenti nella comunità locale, con un sistema integrato, con una pluralità di forze, di energie, di risorse, senza le quali non si potrebbero affrontare i problemi odierni.

La ASL 2 di Olbia si propone come regista della pianificazione e degli interventi tra tutti i suoi cittadini, con una particolare attenzione ai più fragili e quindi maggiormente in difficoltà.

Il Centro Diurno Integrato come Struttura semi-residenziale destinata a fornire un Servizio di accoglienza e assistenza sanitaria a persone anziane bene si integra nella notevole crescita della domanda di servizi socio sanitari, per cui l'offerta della Asl pur essendo ampia e diversificata potrebbe giovare dell'integrazione con altri soggetti operanti nel territorio sia pubblici che del privato sociale.

### **Il Dipartimento Materno infantile**

Il Dipartimento Materno infantile è un'articolazione organizzativa, supporta la Direzione aziendale nel concorrere al raggiungimento degli obiettivi della programmazione aziendale e regionale in campo assistenziale, attraverso azioni di miglioramento dei processi professionali e azioni di governo sulla domanda di salute. I principali obiettivi del dipartimento sono: migliorare la appropriatezza clinica ed organizzativa delle attività svolte, assicurando la massima flessibilità organizzativa e la qualità dei servizi, equità di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, efficiente ed efficace utilizzo delle risorse assegnate.

Il dipartimento persegue le proprie finalità in stretto collegamento con le altre strutture aziendali, svolgendo le seguenti attività :

- organizzazione del lavoro e individuazione di modelli operativi orientati alla soluzione delle problematiche diagnostiche, terapeutiche e assistenziali, che tengano conto del rapporto costo/efficacia di ogni azione intrapresa, delle competenze professionali disponibili e delle risorse umane, finanziarie e strumentali assegnate, del bacino utenza e delle organizzazioni che concorrono al raggiungimento degli stessi obiettivi;

➤ miglioramento continuo dei processi clinico assistenziali attraverso:

- la definizione e/o la adozione di linee guida condivise per la diagnosi e il trattamento delle patologie di competenza, avendo come riferimento le prove di efficacia tratte dalla letteratura e procedendo alla loro implementazione curandone la praticabilità organizzativa;

- il perseguimento di standard, tecnologici e organizzativi, previsti dalle procedure di autorizzazione e accreditamento istituzionale e dai modelli di accreditamento all'eccellenza adottati in Azienda, con particolare riguardo alle modalità di comunicazione interna tra le differenti professionalità, alla definizione dei compiti e delle responsabilità delle diverse figure professionali, alle iniziative per garantire la riservatezza dei dati clinici e la sicurezza dei pazienti e degli operatori;

- la promozione del miglioramento continuo della qualità tecnico-professionale della assistenza attraverso lo sviluppo di indicatori di performance, la organizzazione di audit clinici, la elaborazione ed il monitoraggio di criteri di priorità clinica nella gestione della domanda di assistenza nei diversi contesti operativi;

➤ miglioramento della gestione delle interfacce organizzative, garantendo sicurezza, tempestività e appropriatezza, anche attraverso la produzione di documenti, quali:

- linee guida, procedure, protocolli e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali con gli altri dipartimenti aziendali;

- procedure, protocolli e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali con le strutture ospedaliere e di assistenza territoriale, i medici di medicina generale e gli specialisti convenzionati, le strutture e i professionisti accreditati, in collaborazione con la Direzione aziendale;

➤ promozione della formazione continua per tutte le figure professionali operanti nel dipartimento, in collaborazione con il servizio aziendale preposto .

Il Dipartimento Materno - infantile persegue, tra le proprie finalità, l'attuazione della normativa specifica del settore e dei piani di settore.

### **Il Dip. Salute Mentale e Dipendenze**

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche aziendale si occupa della prevenzione, cura e riabilitazione delle diverse forme di dipendenze patologiche, attraverso la presenza sul territorio di due servizi territoriali (SER.D) Olbia e Tempio Pausania. Assicurano la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dell'uso di sostanze, nonché la prevenzione e la cura delle patologie correlate, anche in collaborazione con altri servizi specialistici. Le prestazioni sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi di utenti nelle sedi operative. Gli interventi di prevenzione vengono svolti anche con l'ausilio di una unità mobile. Predispongono per ogni singolo utente uno specifico programma terapeutico - riabilitativo che prevede la valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e il monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute in relazione ai risultati degli interventi effettuati, in termini di uso di sostanze, qualità della vita, abilità e capacità psicosociali. Una particolare

attenzione è data al grado di reinserimento sociale e lavorativo. Effettuano terapie farmacologiche specifiche sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico. Svolgono attività di psico-diagnosi di counselling, di sostegno psicologico e di psico-terapia; Espletano attività di orientamento e di sostegno in ambito sociale ed educativo. Uno dei campi di intervento delle U.O. SER.D risulta essere quello della presa in carico, cura e riabilitazione dei soggetti alcooldipendenti. Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza del 2008 hanno previsto che nella voce del trattamento delle dipendenze patologiche, siano previsti anche gli interventi per smettere di fumare. Il Centro Antifumo è riferito a soggetti con problemi fumo correlati. Sono previsti interventi individuali e di gruppo per aiutare i tabagisti a smettere di fumare ed a mantenere l'astinenza.

### Unità Mobile SERD

Contatto diretto: l'obiettivo è stabilire un rapporto saldo con i gruppi di adolescenti e con gli attori ritenuti strategici all'interno della comunità locale ( associazioni di volontariato; comuni; scuole, ecc...) Realizzazione: uscite dell'unità mobile sul territorio in occasione di eventi particolarmente aggregativi del territorio. Attività di informazione e prevenzione

**Tab. 1) Totale utenti in carico**

Anni	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Totale utenti in carico</b>	711	652	680	691	785

**Tab.2) Totale utenti in carico tossicodipendenti e alcolisti**

Anni	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Numero utenti tossicodipendenti</b>	587	530	543	538	626
<b>Numero utenti alcolisti</b>	124	122	137	153	159
<b>Numero utenti totale</b>	711	652	680	691	785

**Tab.3) Trend distribuito per sesso**

Anni	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Maschi</b>	595	509	523	492	537
<b>Femmine</b>	116	143	157	199	248

**Tab.4) Nuovi Utenti presi in carico**

Anni	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Numero utenti tossicodipendenti</b>	245	221	222	202	231
<b>Numero utenti alcolisti</b>	49	49	60	66	76
<b>Numero utenti totale</b>	294	270	282	268	307

**Tab.5) Distribuzione per sostanza primaria d'abuso**

Sostanza	Eroina	Cocaina	Cannabis	Altro
2008	326	75	70	240
2009	207	72	68	305
2010	217	74	72	317
2011	212	70	74	335
2012	210	74	73	428

**Tab.6) Segnalati dalla Prefettura**

Anni	2008	2009	2010	2011	2012
Numero soggetti segnalati dalla Prefettura	48	56	171	179	81

Tutte le tabelle sono state fornite dal SERD AZIENDALE

### Il Servizio di Salute Mentale

Il dipartimento di salute mentale riconosce e trova continuità con i percorsi di crescita dei diritti delle persone che vivono l'esperienza del disturbo mentale. Il dipartimento si adopera per portare la maggiore quantità possibile di risorse intorno alla persona, alla sua rete relazionale ed ai suoi bisogni: questo risulta essere una variabile fondamentale per fornire opportunità di emancipazione e di inclusione. Le persone con disturbo mentale, sono portatori di bisogni speciali ed ancora oggetto di pregiudizio e luoghi comuni. Il dipartimento di salute mentale coordina e tutela questi bisogni e diritti, affronta la specificità della domanda in un'organizzazione articolata e accessibile, offre risposte differenti e molteplici per ridurre ed indebolire i luoghi comuni ed il pregiudizio e sostiene i processi di integrazione. La Asl n.2 di Olbia negli ultimi anni ha iniziato a vivere con maggiore consapevolezza la dialettica tra strutture private e territorio, riconosce persone e non malattie, percorsi di vita e non prestazioni, bisogni di emancipazione e non trattamenti. Non rinuncia alla tensione verso la guarigione clinica e tuttavia si prende cura della storia, delle relazioni, del quotidiano. E' in questi termini che appare evidente e cruciale la questione della separazione tra sociale e sanitario. Negli ultimi anni sono state dedicate risorse alle "attività extra cliniche": attività di socializzazione, sostegno ad associazioni e piccole cooperative, sostegno a particolari inserimenti lavorativi e all'abitare, ricerca di partner e compagni sociali (cooperative ed associazioni) per la gestione di attività residenziali e ora, sempre più spesso, di sostegno alla vita quotidiana. Sempre più il dipartimento di salute mentale, ma anche tutte le attività sanitarie territoriali, dovranno poter contare su ampie possibilità di gestione di risorse indistinte, né sociali né sanitarie, che devono sostenere i percorsi di ripresa, di guarigione, di vita delle persone.

<b>Consultazione / colloqui</b>	<b>3003</b>
<b>Visita Psichiatrica</b>	5728
<b>Psicoterapia</b>	2204
<b>Intervento Domiciliare</b>	960
<b>Intervento Socio Sanitario</b>	245
<b>Consulenze ospedale</b>	76
<b>Inserimento in strutture</b>	
<b>Psicoterapia familiare</b>	
<b>Psicoterapia di gruppo</b>	
<b>Consulenze doppia diagnosi</b>	150
<b>Psicoterapia di gruppo</b>	

Fonte Dati CIM Aziendale (anno 2013)

## Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione ha la funzione di supporto tecnico alla Direzione nella definizione delle strategie Aziendali di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e del miglioramento della qualità della vita.

Il Dipartimento di Prevenzione è inoltre la struttura dell'Azienda preposta alle attività proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

Tale livello è articolato nelle seguenti aree di offerta:

- profilassi malattie infettive e diffuse nei riguardi dell'intera collettività;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; igiene e sicurezza negli istituti educativi e scolastici;
- sanità pubblica veterinaria;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti.

In relazione a tali aree di offerta il Dipartimento di Prevenzione ha funzioni di governo professionale e di promozione delle azioni volte alla individuazione e rimozione delle cause di nocività e malattia, nonché di erogazione delle prestazioni di assistenza, controllo e vigilanza.

Il Dipartimento di Prevenzione, in relazione alle funzioni proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, si articola nelle seguenti aree dipartimentali, a cui afferiscono diverse strutture aziendali:

- 1. Igiene e Sanità Pubblica**
- 2. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione**
- 3. Prevenzione e Sicurezza Luoghi di Lavoro**



## Prevenzione e Sicurezza Luoghi di Lavoro

Gli obiettivi fondamentali sono: il contrasto del fenomeno infortunistico il contrasto dell'insorgenza delle malattie professionali la diffusione dell'educazione alla salute fra i lavoratori e i datori di lavoro e relative organizzazioni. L'ambito nel quale si è orientata l'azione rispecchia pienamente le indicazioni Europee, Nazionali e Regionali più recenti sulle azioni da porre in essere per tutelare i diritti dei lavoratori e per garantire i principi fondamentali per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro attraverso alcuni indirizzi fondamentali.

Gli interventi ispettivi, hanno seguito criteri di efficacia, privilegiando i profili sostanziali di sicurezza e salute, attraverso l'uso appropriato e bilanciato della deterrenza e dell'assistenza, non soffermandosi su aspetti formali privi di valenza preventiva.

A tal fine si conferma il ruolo cruciale delle ispezioni tecniche sul lavoro non soltanto nel controllo e nella verifica del pieno rispetto della legislazione in vigore ma soprattutto per il loro contributo positivo al miglioramento di tutti gli aspetti della prevenzione ed in particolare perché rivolto ai lavoratori più vulnerabili.

La realizzazione di programmi per la promozione di comportamenti sicuri da parte dei lavoratori con priorità verso il rischio di malattie da lavoro e divulgazione delle buone pratiche in particolare nella promozione di stili di vita salubri, con riferimento alla prevenzione delle patologie che possono essere aggravate o causate dal lavoro.

## Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Sono obiettivi rispettivamente, la sicurezza alimentare, la promozione e la diffusione di stili alimentari corretti. Il regime alimentare è in grado di influire sulla salute degli individui in quanto può determinare l'ingestione di sostanze nocive, naturali e non, o di microrganismi o loro prodotti che si sono sviluppati nell'alimento. Una non corretta alimentazione può, altresì, determinare carenze di nutrienti essenziali oppure eccessi e squilibri nutrizionali che rappresentano fattori di rischio per l'insorgenza di malattie cronico - degenerative quali le malattie cardiovascolari, il diabete, alcuni tumori, obesità.

**Igiene e Sanità Pubblica** si propone l'obiettivo di contrastare i fattori di rischio nell'ambito delle malattie infettive, dell'igiene urbana, dell'organizzazione urbanistica degli abitati e degli stili di vita pericolosi alla salute, si occupa dell'attività di sorveglianza: notifiche, indagini epidemiologiche, interventi di profilassi. La sorveglianza delle m.i. si attua attraverso la raccolta delle notifiche di malattie infettive pervenute dai medici di base, i pediatri, le strutture ospedaliere. Si occupa dei rischi connessi alla salute umana derivanti da tutte le attività e le strutture per le quali l'elemento di natura chimica e microbiologica risulta preponderante: industrie insalubri, impianti di depurazione, problematiche connesse all'amianto, impianti di trattamento rifiuti, etc.

## Sicurezza Alimentare

Compito del SIAN è provvedere al controllo della qualità e sicurezza degli alimenti, e contrastare i fattori di rischio nutrizionali attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria della popolazione nel suo complesso.

"La sicurezza alimentare esiste quando tutte le persone in ogni momento, hanno accesso fisico ed economico a una quantità di cibo sufficiente, sicuro e nutriente per soddisfare le loro esigenze dietetiche e preferenze alimentari per una vita attiva e sana" (FAO, 1996).

La qualità e la sicurezza degli alimenti deve essere garantita in tutte le fasi della catena alimentare fino alla distribuzione al consumatore finale. Per raggiungere tale obiettivo sono

necessarie procedure operative che garantiscano la salubrità dei cibi e sistemi di monitoraggio che verifichino che tutte le operazioni lungo la catena di produzione vengano rispettate e effettuate correttamente. Spetta all'Autorità competente vigilare che tutte le fasi della produzione vengano effettuate nel rispetto dei principi di igiene e sicurezza di cui ai regolamenti e che quanto dichiarato dall'OSA nel manuale di HACCP sia efficace e che venga realmente messo in atto e sottoposto a continuo monitoraggio.

È da sottolineare che è soprattutto nell'ambiente domestico che si produce circa la metà degli eventi epidemici di tossinfezioni alimentari. La maggior parte delle malattie trasmesse da alimenti deriva da disattenzioni e negligenze degli stessi consumatori nella manipolazione e nella conservazione domestica.

Il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) svolge l'attività di controllo sulle acque attraverso la collaborazione con i Comuni, i gestori degli acquedotti ed i privati non serviti dalla rete.

I piani di profilassi costituiscono un indicatore di efficienza e efficacia del sistema sanità, non solo in ambito veterinario, ma per l'intera sanità pubblica.

L'obiettivo è quello di eradicare attraverso il monitoraggio continuo le malattie trasmissibili degli animali.

### Sanità Animale

Anche i servizi di sanità animale afferiscono a tre diverse strutture :

- 4. Sanità Animale**
- 5. Igiene degli alimenti di origine animale**
- 6. Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche**

#### PRESTAZIONI EROGATE

- Profilassi e prevenzione delle zoonosi e delle altre malattie infettive ed infettive a carattere diffusivo degli animali;
- Programmazione ed attuazione dei piani di profilassi obbligatori e facoltativi;
- Interventi di eradicazione delle malattie di interesse antropozoonosico e zoo sanitario;
- Gestione delle anagrafi zootecniche;
- Controllo sanitario sugli animali di provenienza comunitaria e da paesi Terzi;
- Accertamento delle cause di morte degli animali; - Vigilanza sulle fiere, mercati e concentramenti di animali in genere;
- Sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali selvatiche;

## Servizi Ospedalieri

### Analisi Indice dei posti letto Ospedaliere ASL 2

	<b>Olbia</b>	<b>Sardegna</b>
<b>Totale complessivo</b>	355	6.207
<b>Abitanti al 01.01.2013</b>	152.455	1.640.379
Indice posti letto ASL 2	<b>2,32</b>	<b>3,78</b>

355 Posti letto deliberati

Indice di posti letto per 1000 abitanti nel territorio della ASL di Olbia

#### ASL 2 Dotazione posti letto 2007-2013

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
asl 2	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Letti ord. *	<b>324</b>	<b>322</b>	<b>327</b>	<b>326</b>	<b>323</b>	<b>302</b>	<b>302</b>
<b>ol</b>	153	158	163	164	164	164	164
<b>tp</b>	136	134	134	132	129	108	108
<b>lm</b>	35	30	30	30	30	30	30
Letti Dh *	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>
<b>ol</b>	14	15	16	15	15	15	15
<b>tp</b>	7	7	7	9	12	12	12
<b>lm</b>	4	5	5	5	5	5	5
Letti totali	<b>349</b>	<b>349</b>	<b>355</b>	<b>355</b>	<b>355</b>	<b>334</b>	<b>334</b>

\* I Posti Letto Ordinari e di DH sono quelli dichiarati nell'HSP 22 bis dell'anno di riferimento;

#### ASL 2 Tasso occupazione letti ordinari 2007-2013

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
asl 2 *	<b>76,1%</b>	<b>77,6%</b>	<b>77,8%</b>	<b>75,6%</b>	<b>75,0%</b>	<b>76,0%</b>	<b>77,0%</b>
<b>olbia</b>	85,5%	84,1%	88,5%	86,1%	86,8%	88,1%	89,0%
<b>tempio</b>	69,8%	71,8%	68,6%	70,3%	66,0%	64,3%	64,3%
<b>la madd.</b>	59,6%	69,5%	60,3%	41,9%	49,1%	52,0%	57,1%

\* Esclusi gg degenza neonati sani DRG 391, i Posti Letto Ordinari sono quelli medi dichiarati nell'HSP 22 bis dell'anno di riferimento

## Distribuzione Ricoveri per Major Diagnostic Category ( M.D.C.) Tutti i ricoveri dei residenti ASL 2 Anno 2012

n. MDC	MDC	DIMISSIONI	%	GIORNATE DI DEGENZA	DEGENZA MEDIA (giorni)	ETA' MEDIA
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	1.409	6,33%	10.431	7,4	56,9
2	Malattie e disturbi dell'occhio	980	4,40%	1.566	1,6	65,6
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	925	4,16%	3.909	4,2	34,1
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	1.176	5,29%	10.289	8,7	59,8
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	2.018	9,07%	13.482	6,7	68,8
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	1.824	8,20%	11.877	6,5	52,7
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	846	3,80%	6.939	8,2	61,1
8	Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo	2.264	10,18%	13.714	6,1	61,5
9	Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella	769	3,46%	4.060	5,3	52,9
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	720	3,24%	3.808	5,3	39,6
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	1.121	5,04%	7.060	6,3	57,7
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	420	1,89%	1.906	4,5	49,6
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.356	6,09%	6.912	5,1	51,2
14	Gravidanza, parto e puerperio	2.214	9,95%	11.333	5,1	33,6
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	1.329	5,97%	8.500	6,4	0,2
16	Malattie e disturbi del sangue e degli organi ematopoietici e del sistema immunitari	455	2,05%	3.202	7,0	58,9
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e tumori poco differenziati	1.003	4,51%	6.349	6,3	61,3
18	Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)	294	1,32%	1.961	6,7	52,7
19	Malattie e disturbi mentali	474	2,13%	2.528	5,3	38,5
20	Uso di alcool o farmaci e disturbi mentali organici indotti da alcool o farmaci	53	0,24%	319	6,0	37,8
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	204	0,92%	1.170	5,7	44,3
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	291	1,31%	1.388	4,8	49,5
22	Ustioni	26	0,12%	237	9,1	35,2
24	Traumi multipli significativi	21	0,09%	185	8,8	31,5
25	Infezioni da HIV	57	0,26%	711	12,5	40,5
NA	DRG (469-470-476-477) (Non Assegnabili ad un MDC)	80	0,36%	623	7,8	44,9
Pre	Pre MDC	52	0,23%	1.067	20,5	63,9
	<b>TOTALI</b>	<b>22.249</b>	<b>100,00%</b>	<b>133.836</b>	<b>6,0</b>	<b>50,5</b>

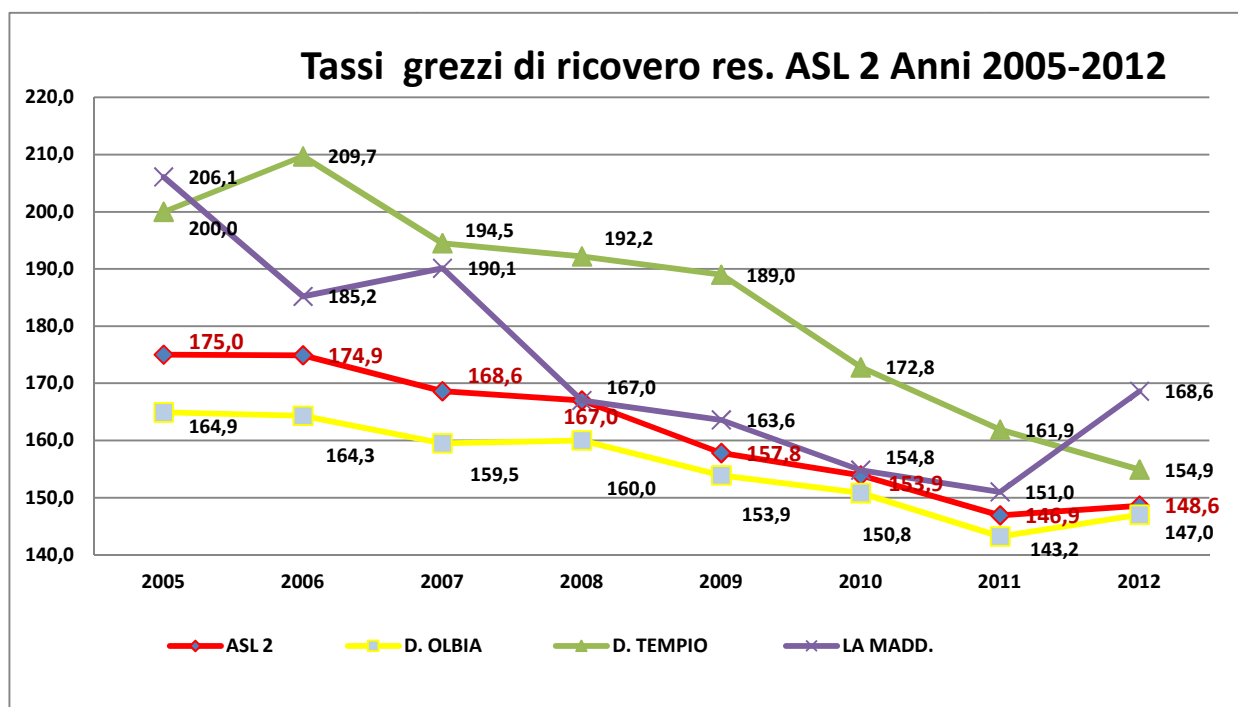
Il dato 2013 sarà disponibile nel mese Settembre 2014 perché tiene conto della mobilità passiva infraregionale.

Il basso tasso di ospedalizzazione registrato è generato, in parte, dai diversi atteggiamenti in proposito assunti dai presidi e, in parte, dallo sviluppo sul territorio delle cure primarie che possono contenere il ricorso al ricovero ospedaliero.

L'analisi del tasso di ospedalizzazione aziendale in regime di ricovero diurno evidenzia, infine, una forte disomogeneità imputabile al differente e talvolta inadeguato uso del Day hospital.

Dal punto di vista organizzativo, l'orientamento generale per l'assistenza ospedaliera è quello di potenziare i sistemi di rete, passando dal mito dell'autosufficienza aziendale al riconoscimento della necessità di articolare alcune funzioni in ambiti infra aziendali, non solo nella erogazione delle funzioni assistenziali ma anche nello sviluppo di processi di acquisizione e di condivisione di servizi.

Tale evoluzione si correla ad obiettivi di contenimento dei costi per garantire la sostenibilità e il conseguimento di maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse. Appare ormai ineludibile la necessità di "mettere in rete" le strutture di ricovero, articolandole per differenti livelli di complessità clinica delle malattie che vengono trattate.



**Elaborazione Asl 2 - Area PCC**

Il trend sopra descritto incide sul tasso di ospedalizzazione nel corso degli ultimi anni. L'obiettivo strategico dell'azienda esplicitato anche nella programmazione per l'anno 2013 era quello di mantenere il Tasso di Ospedalizzazione sotto valori dei 150 ricoveri x 1000 ab.. Tale obiettivo è stato presumibilmente raggiunto (in base alle proiezioni dei ricoveri in azienda per l'anno 2013) presumibilmente la ASL 2 è rimasta nel 2013 la ASL sarda con il più basso tasso di ospedalizzazione della Regione Sardegna.

Da dati preliminari si evidenzia che nel 2013 gli indicatori specifici del Tasso di Osp. per B.P.C.O., Diabete e Scopenso Cardiaco sono ulteriormente diminuiti.

ASL di riferimento	Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato x età Anno 2011
Asl_1_SS	157,5
Asl_2_OT	<b>146,4</b>
Asl_3_NU	169,8
Asl_4_OG	188,8
Asl_5_OR	180,9
Asl_6_VS	175,2
Asl_7_CI	188,5
Asl_8_CA	186,5

Il tasso si riferisce al tasso standardizzato per età del 2011 delle ASL sarde (D.G.R. 20/18 2013)

### Tendenze 2011-2013 delle attività di ricovero ospedaliero

Dall'esame comparato tra i dati del FILE A 2013 e quelli dei pazienti dimessi rilevati nel sistema ADT Sisar non è presente alcun disallineamento poiché i dimessi da ADT sono gli stessi (16.387 in entrambe le rilevazioni) rispetto alle SDO del File A. La codifica nell'anno 2013 per i DRG 470 e 469 (DRG bidone) comunque in netto miglioramento è ancora presente e così ripartito tra i tre presidi Ospedalieri :

Codice DRG	Presidio di Olbia	Presidio di Tempio	Presidio di La Maddalena
DRG 470	0	0	0
DRG 469	0	14	1

31

Il dato evidenziato indica rispetto al recente passato un netto miglioramento e di conseguenza uno sforzo importante nella corretta e tempestiva compilazione delle schede SDO, la situazione è realisticamente migliorabile.

### Ricoveri Ordinari

1. Continua la riduzione del numero dei ricoveri ordinari, già segnalata nel 2012, la tendenza è costante e diffusa.
2. Riduzione del numero dei ricoveri ordinari (in particolare medici ed inappropriati) è uno degli obiettivi Aziendali sia nel 2012 che nel 2013 ed è da considerarsi come un evento positivo, in questo caso come si evidenzia nella tabella sottostante la riduzione di tali ricoveri è la base di partenza per la liberazione di risorse da destinare al potenziamento delle attività territoriali.
3. Si riscontra un lieve calo dei DRG Chirurgici, il calo dei DRG CH in regime ordinario ad Olbia è compensato dall'aumento di quelli in DH .

Indicatore	2013	2012	2011
Totale Casi	<b>11.930</b>	<b>12.036</b>	<b>12.320</b>
Posti Letto	302	302	323
DRG Medici	7.930	7.885	8.312
DRG Chirurgici	<b>3.986</b>	<b>4.137</b>	<b>3.991</b>
% DRG Ch.	33,41%	34,37%	32,39%

4. **La riduzione dei ricoveri ordinari è prevalentemente ascrivibile ai DRG Chirurgici** con recupero nel Day Surgery (Osp. di Olbia) .
5. Sostanzialmente stabile il trend della **attrattività di ricovero per pazienti fuori regione Sardegna** dovuto prevalentemente al flusso turistico ed interregionale.
6. **Si è registrato un aumento delle gg. di degenza** in ricovero ordinario ( drg 391 escluso) **tra le annualità 2012 e 2013** con un leggero aumento della **degenza media** da 7,0 a 7,1 giorni.

Indicatore	2013	2012	2011
GG di Degenza	84.853	83.997	88.412
Tasso Occupazione Posti Letto	77%	76%	75%
Degenza Media	7,1	7,0	7,2

7. **Tasso di occupazione in incremento con** presso il Presidio Paolo Merlo di La Maddalena, non significativa la differenza tra i presidi di Tempio Pausania e di Olbia.
8. Si riducono significativamente i dimessi vivi nello stesso giorno e nei primi due giorni (**così detti Ricoveri Brevi**) questa tendenza, nuova per la nostra azienda, è estremamente positiva perché questi ricoveri sono presumibilmente inappropriati in regime di ricovero ordinario, questo fenomeno più marcato nel presidio di Olbia e di La Maddalena , più contenuto a Tempio.
9. Continua il trend in aumento delle dimissioni protette, segno di un miglior raccordo tra ospedale e territorio con l'attivazione dei protocolli di dimissione protetta.

10. Come si evidenzia nella tabella sottostante vi è una **tendenza al miglioramento dei ricoveri inappropriati meno per i drg CH** (ovvero in regime ordinario dei DRG a rischio) previsti dall'Allegato B del Patto per la Salute, in sintonia con il trend triennale 2009-2011.

Anche in questo caso la lettura dei dati di dettaglio per presidio evidenziano un trend diversi nelle diverse strutture ospedaliere aziendali.

Indicatore	2013	2012	2011
<b>% drg "LEA" ( all. B P.S.) <u>non appropriati</u></b>	<b>37,7%</b>	<b>42,9%</b>	<b>43,7%</b>
<b>% drg "LEA" ( all. B P.S.) <u>appropriati CH</u></b>	<b>49,1%</b>	<b>47,5%</b>	<b>46,3%</b>

11. Continua il trend d aumento del peso medio dei DRG nell' ospedale di Olbia la stabilità dello stesso nel presidio di La Maddalena ed il lieve calo a Tempio. L'indicatore va interpretato come segno di una maggior selezione della casistica e del passaggio di prestazioni precedentemente erogate in regime ordinario al regime ambulatoriale e di DH.

Questo dato insieme alla diminuzione dei ricoveri complessivi costituisce il segno di una tendenza al miglioramento della appropriatezza, l'analisi del dato del singolo presidio e reparto permette una lettura più definita della tendenza, anche se la frazione di anno è troppo breve per affermazioni conclusive su questo indicatore.

Ricovero Ordinario	Indicatore	2013	2012	2011
ASL 2	<b>Peso Medio DRG</b>	<b>1,12</b>	<b>1,12</b>	<b>1,10</b>
<b>Olbia</b>	Peso Medio DRG	1,21	1,20	1,18
<b>Tempio</b>	Peso Medio DRG	0,97	0,99	1,00
<b>La Maddalena</b>	Peso Medio DRG	1,08	1,02	1,00

12. La percentuale dei Tagli Cesarei è in aumento (contrariamente alle annualità 2012 2013) con significative differenze tra presidi, con un lieve aumento ad Olbia e maggiore a Tempio (la riduzione a La Maddalena è influenzato dalla particolare realtà insulare).

Ricovero Ordinario	Indicatore	2013	2012	2011
ASL 2	<b>% Parti Cesarei</b>	<b>35,52%</b>	<b>34,43%</b>	<b>33,57%</b>
<b>Olbia</b>	<b>% Parti Cesarei</b>	32,74%	31,04%	29,00%
<b>Tempio</b>	<b>% Parti Cesarei</b>	47,06%	43,32%	46,11%
<b>La Maddalena</b>	<b>% Parti Cesarei</b>	29,73%	46,30%	39,02%



### Ricoveri DH

13. Si evidenzia un aumento dei ricoveri di DH sia medici che chirurgici (i DH chirurgici sono denominati Day Surgery). Le differenze tra presidi sono estremamente rilevanti, poiché vi è un aumento dei Day Surgery di 412 unità nel Presidio di Olbia ed un calo di 44 ricoveri di DS nel presidio di Tempio.

Indicatore	2013	2012	2011
Totale Casi	<b>3393</b>	<b>3.063</b>	<b>3.394</b>
Posti Letto	32	32	32
DRG Medici	1.931	1.719	1.792
DRG Chirurgici	<b>1.460</b>	<b>1.342</b>	<b>1.598</b>
% DRG Ch.	<b>43%</b>	<b>43 %</b>	<b>47%</b>

14. Gli altri parametri riferibili ai DH sono stabili nel tempo : numero medio di accessi, peso medio ect..

15. Dall'analisi attenta dei dati aziendali è significativa la riduzione percentuale dei ricoveri Medici con finalità diagnostiche nell'arco del triennio si è passati dal 22.21% del 2011 al 16.42% del 2013 (standard nazionale 17 %).

34

### Considerazioni finali

**Nel complesso possiamo affermare che il numero dei ricoveri ordinari correla :**

- **Per i ricoveri internistici** (ovvero Medici, intesi come non Chirurgici) con l'offerta di posti letto per acuti e con l'appropriatezza dei ricoveri.  
E' necessario mantenere stabile l'offerta di letti per acuti trasformando i letti attualmente non attivi di Tempio in letti post acuti (Lungodegenza e precoce Riabilitazione intra ospedaliera).
- **Per i ricoveri Chirurgici** con la disponibilità (ore di disponibilità della sala operatoria) e con il numero di prestazioni che in ottemperanza a quanto previsto negli allegati A e B del Patto per a Salute andranno in regime ambulatoriale, di Day Service e non, o in regime d DH.

E' in atto la tendenza positiva ad erogare in modo appropriato le prestazioni chirurgiche, ma anche in questo caso tale tendenza non appare omogenea tra i presidi.

## Conclusioni

Emerge con forza, nelle attività aziendali, il tema dell'integrazione, sia rispetto agli ambiti di cura (ospedale vs. domicilio, cure intermedie vs. cure primarie) che rispetto ai ruoli professionali, evidenziando come la strategia aziendale non si concentri solo sul classico meccanismo dei vasi comunicanti (trasferire prestazioni dall'ospedale al territorio) ma come all'interno di un continuum (di percorsi, di processi assistenziali) vi sia un'esigenza di definire i criteri di eleggibilità dei pazienti, in modo che possano trovare la migliore risposta possibile ai propri bisogni di salute.

Le programmazione Aziendale prevedeva nel corso del 2013 l'applicazione degli operativa degli Atti di indirizzo nazionali e regionali, che sembravano allora di imminente emanazione.

In particolare il Patto per la Salute, gli Standard Ospedalieri previsti dalla Legge 135/2012 (Spending Review) mentre a livello regionale sembrava imminente l'adozione delle direttive di riorganizzazione della rete ospedaliera e delle reti territoriali.

Nella realtà tutti questi atti di indirizzo non sono stati emanati nel corso del 2013 (se ne attende ancora l'emanazione).

In particolare nel corso del 2013 è stata "travagliata" l'adozione del principale Atto di organizzazione aziendale, infatti la proposta del nuovo Atto Aziendale della ASL 2 ha impegnato in un lungo confronto la Direzione Strategica Aziendale con i rappresentanti degli enti locali, nell'ambito della Conferenza Provinciale Socio Sanitaria.

La proposta di Atto Aziendale è stata è più volte deliberata senza che la Regione esprimesse il competente parere sino alla recente sospensione delle procedure di approvazione relative a tutti gli Atti Aziendali della Regione Sardegna.

Il contesto in cui opera l'azienda ASL 2 è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

Per questi motivi il 2013 è stato un anno di transizione nella organizzazione interna della che si trova a far fronte alla complessità dei bisogni e a trend epidemiologici che spingono l'azienda ASL 2 verso approcci pluridisciplinari e forme di integrazione orizzontali (all'interno degli stessi livelli) e verticali (tra i diversi livelli assistenziali: strutture ospedaliere e territoriali) con lo sviluppo di reti assistenziali soprattutto per il trattamento integrato delle patologie croniche (diabete, scompenso cardiaco e cure palliative oncologiche)

E' continuato per quanto riguarda la Rete Territoriale, il potenziamento dell'integrazione ospedale territorio, ove la centralità del paziente richiede, necessariamente, l'intervento integrativo di strutture socio-assistenziali che, nel medio termine, costituiranno una concreta soluzione all'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

In particolare si è proceduto al potenziamento delle cure domiciliari integrate in quanto l'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come alternativa a ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità della vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero.

Purtroppo il potenziamento del sistema di offerta territoriale, ripetutamente evidenziato come obiettivo prioritario dell'azienda sconta la carenza degli atti di indirizzo regionali e la carenza di risorse (logistiche ed umane).

Ancora oggi è necessario un piano complessivo di organizzazione delle attività territoriali attraverso l'utilizzo di un modello organizzativo che, in via sperimentale procederà alla individuazione di alcune "macroaree territoriali omogenee", individuate per omogeneità di popolazione ed accessibilità viaria. Il territorio verrà suddiviso in quattro aree, la prima coincidente con il Distretto di Tempio Pausania di circa 30.000 abitanti, le altre con una suddivisione del distretto in Olbia in due aree di circa 30.000 ab. ciascuna ( area nord ed area sud ) e l'altra di 60.000 ab. che comprende l'area urbana di Olbia ed alcuni comuni limitrofi. Ogni macroarea verrà suddivisa in " aree primarie " più ristrette, tendenzialmente coincidenti con gli ambiti territoriali della assistenza primaria, all'interno delle quali verrà individuato un pannello standard di attività che dovranno essere necessariamente replicate ed erogate in tutte le aree.

In particolare:

- sono state potenziate in tutto il territorio aziendale le Cure domiciliari di III livello, in particolare per le cure palliative oncologiche; in tal senso è in corso il completamento della rete aziendale con l'auspicabile apertura dell' Hospice e l'estensione stabile delle cure palliative al territorio del Distretto di Tempio; è inoltre attivo un progetto di cure domiciliari di terzo livello che coinvolge i servizi ospedalieri di Anestesia e Rianimazione per l'assistenza domiciliare a persone con necessità di assistenza ventilatoria a domicilio o con S.L.A (Sclerosi Laterale Amiotrofica) tale progetto verrà potenziato non solo nell'ambito del gruppo di lavoro aziendale di assistenza ai pazienti con SLA ma anche nell'ambito delle insufficienze respiratorie severe ed altre cure palliative che necessitino di assistenza Anestesiologica..
- si è migliorata l'integrazione tra servizi sociali dei comuni e servizi sanitari con orientamento alla domiciliarità, alla residenzialità assistita ed ai servizi per la non autosufficienza con l'incremento cospicuo di posti di Comunità Integrate per Anziani non autosufficienti.
- Si è potenziata la rete integrata pubblico-privato della Riabilitazione sia Fisio Kinesi Terapia che Riabilitazione Globale. con attivazione dei PDTA Ospedale-Territorio (Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali) in particolare il "Percorso Ictus" ed il "Percorso geriatrico frattura-protesi dell'anca". Percorsi di dimissione protetta già attivi nei presidi della ASL, con percorsi dedicati che coinvolgono anche le strutture private residenziali.

Si evidenzia come le soluzioni organizzative di interfaccia con il cittadino utente (PUA, UVT) o i meccanismi operativi di governo dei processi (budget, percorsi PDTA, ecc) siano sempre più strumenti messi a disposizione per raggiungere un medesimo obiettivo: la presa in carico del paziente.

I sistemi a rete permettono di raggiungere performance migliori, sia in termini di gestione complessiva dei processi assistenziali (percorsi), che di ridefinizione dei ruoli dei professionisti coinvolti.

Il sistema di programmazione e controllo si è dapprima sviluppato in modo più articolato a livello ospedaliero e successivamente si è diffuso anche a livello territoriale.

Nel corso del 2013 si è potenziato lo strumento del Budget (Obiettivi di Performance Organizzativa a risorse date) come strumento di orientamento dei comportamenti dei Dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali, questo ha portato nella gran parte dei casi ad un

miglioramento delle performance complessive dell'azienda. (si rimanda per più approfondito trattamento alla "Relazione sulle Performance Anno 2013")

Altro sforzo di rilievo è stato quello di orientare tutta l'Azienda verso l'adempimento delle procedure di Accreditamento Istituzionale, non solo come adempimento ma come sostanziale miglioramento della qualità organizzativa e gestionale dell'Azienda.

Oltre a questo, sempre nel corso del 2013 si sono create le basi per l'adozione dal 01.01.2014 del sistema delle deleghe, con snellimento delle procedure amministrative (Delibere e Determine) con informatizzazione di tutti gli atti dell'amministrazione, si è attivato inoltre il sistema di controllo della spesa denominato "Budget Autorizzativo" collegato in rete agli atti amministrativi.

Anche l'attività in ambito ospedaliero e della attività ambulatoriale ha visto una progressiva ottimizzazione dei percorsi assistenziali in coerenza con gli obiettivi che erano stati individuati come prioritari:

- aumentare la quantità e la qualità dell'offerta salvaguardando l'appropriatezza del ricorso a tali prestazioni. E' strategico che all'aumentare dell'offerta pubblica e/o privata non corrisponda un aumento del tasso di ospedalizzazione (nella ASL 2 tra i più bassi della regione);
- aumento della quantità dei DRG chirurgici (preferibilmente in regime di Day service o di Day Surgery) con rilevante recupero della mobilità passiva almeno per le prestazioni di minore complessità);
- contesto di generale riduzione del ricorso alla ospedalizzazione in particolare nei reparti internistici,
- intercettare i bisogni di salute della cronicità nell'assistenza territoriale, prima che gli stessi necessitino di ricovero ospedaliero.

Come descritto in precedenza molte delle innovazioni organizzative (ampiamente esposte nella "Relazione Sanitaria" allegata alla proposta di Atto Aziendale, Agosto 2013) non hanno potuto trovare applicazione per il persistere di un contesto politico-normativo di incertezza.

Si è comunque perseguito l'obiettivo di riorganizzazione dell'offerta di prestazioni ospedaliere con aumento della quantità e qualità delle prestazioni ospedaliere con la finalità di migliorare l'appropriatezza e ridurre la mobilità passiva per le patologie non di alta complessità. Incrementare e diffondere l'uso, già in atto, dei protocolli di dimissione protetta dalle strutture ospedaliere verso altre forme di residenzialità assistita migliorando i protocolli ad oggi formalizzati di dimissione con i PUA e le UVT; un miglioramento dell'intervento di collegamento tra ospedale e territorio contribuirà alla riduzione della durata della degenza, in particolare nei reparti Medici. Gli indicatori esposti in precedenza evidenziano come vi sia un lento ma costante miglioramento degli stessi.