



ASLNuoro

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA
Azienda Sanitaria Locale
Nuoro

Programma Sanitario triennale anni 2012/2014



PREMESSA GENERALE

- A. Missione e visione** *Pag. 3*
- B. Quadro normativo programmatico** *Pag. 4*
- C. Situazione economica Aziendale** *Pag. 5*

I PARTE - IL CONTESTO DI RIFERIMENTO E L'ANALISI DEI BISOGNI

- D. Il Territorio e la Popolazione** *Pag.9*
- E. Assetto economico, produttivo e sociale** *Pag.12*

II PARTE - L'OFFERTA DEI SERVIZI ED I PROGRAMMI DI INTERVENTO

- F. La struttura organizzativa attuale e l'offerta Sanitaria** *Pag.20*

III PARTE - OBIETTIVI PROGRAMMATICI E PROGETTI

- G. Obiettivi Generali dell'Azienda** *Pag.37*
- H. Area Amministrativa** *Pag.37*
- 1) *Adozione Sistema di Valutazione delle Performance* *Pag 37*
 - 2) *Accelerazione delle Azioni di Ammodernamento Tecnologico e Strutturale* *Pag 38*
 - 3) *Valorizzazione del Patrimonio Aziendale* *Pag 40*
 - 4) *Miglioramento del Sistema Informativo Aziendale* *Pag 40*
 - 5) *Miglioramento della Comunicazione Aziendale* *Pag 41*
 - 6) *Reingegnerizzazione dei Processi Tecnico – Amministrativi* *Pag 42*
 - 7) *Razionalizzazione acquisto beni e servizi* *Pag 42*
 - 8) *Gestione delle Risorse Umane* *Pag 43*
- I. Area della Prevenzione** *Pag 44*
- 1) *Prevenzione negli ambienti di lavoro* *Pag 45*
 - 2) *Prevenzione Veterinaria* *Pag 46*
 - 3) *Attività di Screening – Colon Retto – Mammella – Cervice Uterina* *Pag 46*
 - 4) *Prevenzione Cardiologica: "Estensione Della Carta Del Rischio Cardiovascolare"* *Pag 47*

5) <i>Prevenzione Incidenti Domestici</i>	<i>Pag 48</i>
6) <i>Sostegno Allattamento al Seno</i>	<i>Pag 48</i>
J. Area Socio – Sanitaria	<i>Pag 49</i>
K. Area Territoriale	<i>Pag 50</i>
1) <i>Istituzione del Dipartimento di Assistenza Primaria</i>	<i>Pag 50</i>
2) <i>Integrazione Medici di Medicina Generale e Attività Territoriali</i>	<i>Pag 50</i>
3) <i>Riorganizzazione Assistenza Specialistica Ambulatoriale</i>	<i>Pag 51</i>
4) <i>Rafforzamento della Riabilitazione Globale e razionalizzazione della Riabilitazione Ambulatoriale</i>	<i>Pag 52</i>
5) <i>Realizzazione di RSA nella Provincia di Nuoro</i>	<i>Pag 52</i>
6) <i>Centro diurno integrato di Sorgono</i>	<i>Pag 53</i>
L. Area della Salute Mentale e delle Dipendenze	<i>Pag 53</i>
1) <i>Piani Terapeutici Riabilitativi Personalizzati (PTRP) per disabili psichici</i>	<i>Pag 53</i>
2) <i>Reinserimento Pazienti O.P.G.</i>	<i>Pag 53</i>
M. Area Ospedaliera	<i>Pag 54</i>
1) <i>Realizzazione del Polo Oncologico Nuorese - Creazione del Dipartimento Radio - Oncologico – Realizzazione della rete oncologica secondo il sistema hub e spoke</i>	<i>Pag 54</i>
2) <i>Completamento O.B.I. - Medicina d'Urgenza</i>	<i>Pag 55</i>
3) <i>Potenziamento Stroke</i>	<i>Pag 55</i>
4) <i>Riconoscimento del Centro Chirurgia Mininvasiva Robotica</i>	<i>Pag 56</i>
5) <i>Rinnovo ed implementazione delle apparecchiature elettromedicali</i>	<i>Pag 56</i>
6) <i>Controllo della Spesa Farmaceutica in ambito ospedaliero</i>	<i>Pag 56</i>
7) <i>Realizzazione dell'Unità Centralizzata per le Terapie Antiblastiche</i>	<i>Pag 56</i>
N. Obiettivi Programmatici e Progetti	<i>Pag.58</i>
1) <i>Valori Obiettivo, Conseguiti ed Attesi (Allegato 3)</i>	<i>Pag.58</i>
2) <i>Progetti e Obiettivi Programmatici (Allegati 4 e 5)</i>	<i>Pag.59</i>

PREMESSA GENERALE

A. Missione e visione

L'Azienda Sanitaria Nuorese concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario Nazionale e della Regionale contribuendo alla promozione, mantenimento e miglioramento dello stato di salute del singolo cittadino e della collettività mediante la soddisfazione dei bisogni sanitari e sociosanitari del proprio territorio.

L'Azienda si impegna ad offrire l'insieme dei servizi per fare fronte ai bisogni della comunità locale ed a soddisfare la domanda di sicurezza sanitaria e sociosanitaria assicurando la disponibilità e l'accesso alle diverse tipologie di assistenza, servizi e prestazioni compresi nei livelli essenziali di assistenza e organizzando interventi efficaci sul territorio, avvalendosi di interlocutori qualificati quali le Strutture private accreditate, le Associazioni di Volontariato, per il ruolo di interpretare i bisogni dei portatori di interesse, e dell'efficace collaborazione della rete degli Attori Istituzionali locali e regionali.

L'Azienda opererà nel rispetto dei valori fondamentali quali l'equità, la solidarietà e il rispetto della dignità umana in modo da garantire l'eguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari e si farà interprete di principi fondamentali quali: tutela della vita umana in tutte le sue fasi; tutela della libera scelta del paziente; imparzialità e tutela delle pari opportunità; buona amministrazione e trasparenza. Nel contempo, garantirà una crescita interna attraverso il miglioramento continuo nella formazione professionale, incoraggiando la buona collaborazione tra tutto il personale promuovendone le capacità organizzative e attivando nuovi percorsi organizzativi.

La promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della popolazione sarà attuato assicurando il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, relativi:

- **All'assistenza Collettiva nei luoghi di vita e di lavoro**, da realizzarsi attraverso programmi di prevenzione relativi alla diagnosi precoce, in particolare all'attività di screening, alla sanità pubblica veterinaria, attuazione del Piano della Salute attraverso attività di educazione volti al miglioramento degli stili di vita, all'attività di profilassi rivolte alla persona e connessi agli ambienti di vita e ai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro.
- **All'assistenza Territoriale**, da realizzarsi attraverso l'assistenza della Medicina di Base e Specialistica ambulatoriale, del Materno infantile, della Salute Mentale e delle Dipendenze, dell'Assistenza Riabilitativa Ambulatoriale Globale e delle Cure Domiciliari e una maggior integrazione degli stessi attraverso i Punti Unici di Accesso e le Unità di Valutazione Territoriale. Inoltre, si rafforzerà l'integrazione ospedale-territorio e relativi percorsi per le dimissioni protette.
- **All'assistenza Ospedaliera**, da realizzarsi attraverso una assistenza sempre più qualificata anche attraverso il potenziamento/attivazione di servizi altamente strategici quali, la radioterapia, la medicina nucleare e la riabilitazione di lungo degenza.

In tale ottica risulta necessario trovare il giusto equilibrio tra la domanda di servizi sanitari, caratterizzati da continui cambiamenti dovuti alla più alta aspettativa di vita (invecchiamento della popolazione), al contesto sociale, all'innovazione tecnologica in sanità, e le risorse economiche che sappiamo essere limitate.

B. Quadro normativo programmatico

Il Programma Sanitario Triennale elaborato dall'Azienda espone gli obiettivi ed i progetti socio-sanitari che si intendono realizzare negli anni 2012-2013-2014 in linea con la normativa vigente sia Nazionale che Regionale: Intese Stato-Regioni, Patto per la salute 2010-2012, Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione 2010/2012, obiettivi di mandato dell'Assessorato Regionale al Direttore Generale, direttive specifiche per area di assistenza, oltretutto delle direttive più recenti finalizzate al contenimento della spesa sanitaria.

I documenti di Programmazione Sanitaria per gli anni 2012-2014 sono stati elaborati, sulla base delle "Direttive di Programmazione e Rendicontazione per le Aziende Sanitarie" (delib. G.R. n. 50/19 dell'11.12.2007) e tengono pertanto conto dei seguenti elementi:

- Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni: premessa generale e allegato 1 "Il contesto di riferimento";
- L'offerta dei servizi ed i programmi di intervento: premessa generale e allegato 2 "L'Offerta dei servizi ed i programmi di intervento";
- Gli obiettivi programmatici e i progetti: premessa generale e allegato 3 "Gli obiettivi programmatici ed i progetti" con indicatori, e allegati 4 e 5 "Gli obiettivi programmatici ed i progetti parte descrittiva di sintesi e di dettaglio";
- L'organizzazione: relativa all'organico attuale e prospettico del personale;
- La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale: allegati relativi alla sintesi dei risultati conseguiti negli ultimi tre esercizi e per il triennio della programmazione senza gli effetti dei progetti, gli indici di bilancio, specifiche voci economiche e il Bilancio di previsione del triennio con gli effetti dei progetti (allegati di riferimento: allegato 6 e 7 "La programmazione economica, finanziaria e patrimoniale parte di sintesi relativa a dati conseguiti e previsti"; allegato 8 "Indici di Bilancio" e allegato 9 "Informazioni analitiche di costi").
- La Programmazione degli investimenti e dei finanziamenti per effetto degli obiettivi e progetti programmati da attuarsi con l'allegato 10, ed il Piano degli investimenti, parte integrante della Programmazione triennale, con gli allegati 13, 14, 15 e 16 relativi al Quadro delle risorse disponibili, Elenco degli immobili da trasferire, Articolazione della copertura finanziaria, Elenco annuale.

C. Situazione economica aziendale

L'Azienda dovrà svolgere la propria missione nel rispetto dei principi di economicità della gestione al fine di un pieno e corretto utilizzo delle risorse disponibili.

Si ritiene, pertanto utile partire dall'analisi, se pur sintetica, della situazione economica della nostra Azienda, esponendo i risultati economici e relativi costi e ricavi conseguiti negli ultimi 2 anni e la situazione prospettica per l'anno 2011.

Tale analisi permetterà di valutare al meglio l'impiego delle risorse disponibili nel triennio futuro in funzione degli obiettivi che si intendono conseguire.

Il risultato d'esercizio, conseguito negli ultimi anni evidenzia una situazione economica di disavanzo, nello specifico la perdita del 2009 è stata di 27,5 milioni contro una perdita del 2010 di 23,7 milioni. Il risultato finale, se depurato dai costi non monetari, quali l'ammortamento e gli interessi di computo, porta il risultato economico, nei due anni, rispettivamente a 22 milioni e 17,5 milioni.

La tabella che segue riepiloga in sintesi le voci che compongono il Conto Economico.

VOCE MODELLO CE	CE consuntivo 2009	CE consuntivo 2010	Scostamenti 2010/2009	Scostamenti %
A) Valore della produzione	269.909.000	286.844.000	16.935.000	6,3%
B) Totale costi della produzione	292.068.000	298.606.000	6.538.000	2,2%
C) Totale proventi e oneri finanziari	- 1.361.000	- 1.472.000	- 111.000	8,2%
E) Totale proventi e oneri straordinari	5.297.000	- 696.000	- 5.993.000	-113,1%
Y) Totale imposte e tasse	9.226.000	9.440.000	214.000	2,3%
RISULTATO DI ESERCIZIO - LORDO- Bilancio	- 27.449.000	- 23.370.000	4.079.000	-14,9%
- Interessi di Computo	- 1.026.000	- 1.316.000	- 290.000	28,3%
- Ammortamenti	- 4.322.000	- 4.602.000	- 280.000	6,5%
RISULTATO DI ESERCIZIO - NETTO 1	- 22.101.000	- 17.452.000	4.649.000	-21,0%
- Imposte (Irap e Ires)	- 9.226.000	- 9.440.000	- 214.000	2,3%
RISULTATO DI ESERCIZIO - NETTO 2	- 12.875.000	- 8.012.000	4.863.000	-37,8%

In relazione alla situazione economica del 2009 e 2010 si possono fare le seguenti riflessioni:

1. Il Valore della Produzione è cresciuta tra i 2 anni del 6,3%, per effetto dei maggiori finanziamenti in c/esercizio attribuiti dalla RAS pari complessivamente a 259.250.835 nel 2009 e 277.451.351 nel 2010 con 18,2 milioni di euro di maggiori trasferimenti, a fronte di un minor utilizzo dei finanziamenti vincolati di quasi 1 milione di euro.

2. I Costi della Produzione sono cresciuti del 2,2% in linea con il tasso di inflazione, anche se è da evidenziare che rispetto all'anno 2009, è stata effettuata una rivisitazione del Project Finance in relazione al solo canone di gestione del parco elettromedicale. Si è in pratica provveduto a registrare il solo costo derivante dagli interventi manutentivi, scorporando la quota destinata al rinnovo tecnologico, determinando in tal modo un minor costo complessivo di 4,8 milioni. Un raffronto omogeneo tra i 2 anni, vedrebbe i costi di produzione 2010 salire a 303,4 mil., con un incremento rispetto al 2009 di 11,3 milioni pari al 3,9%.

Nello specifico i Costi di Produzione sono ripartiti nelle seguenti categorie, dove si è evidenziata l'incidenza percentuale di ogni categoria rispetto al totale dei costi della produzione.

TIPOLOGIA COSTI	ANNO 2009	Inc. %	ANNO 2010	Inc. %	Scostamenti ass. 09/10	Scostamenti % 09/10
Personale Dipendente	121.030.000	41,44%	124.860.000	41,81%	3.830.000	3,2%
Acquisti di servizi sanitari	75.528.000	25,86%	78.715.000	26,36%	3.187.000	4,2%
Acquisti di beni sanitari	42.470.000	14,54%	49.192.000	16,47%	6.722.000	15,8%
Acquisti di servizi non sanitari	23.912.000	8,19%	26.968.000	9,03%	3.056.000	12,8%
Manutenzioni	14.812.000	5,07%	8.230.000	2,76%	- 6.582.000	-44,4%
Ammortamenti e Svalutazioni	4.334.000	1,48%	4.602.000	1,54%	268.000	6,2%
Acquisti di beni non sanitari	2.796.000	0,96%	3.064.000	1,03%	268.000	9,6%
Godimento di beni di terzi	2.089.000	0,72%	2.890.000	0,97%	801.000	38,3%
Oneri diversi di Gestione	1.442.000	0,49%	1.231.000	0,41%	- 211.000	-14,6%
Accantonamenti vari	4.002.000	1,37%	581.000	0,19%	- 3.421.000	-85,5%
Variazione delle rimanenze	- 347.000	-0,12%	- 1.727.000	-0,58%	- 1.380.000	397,7%
Totale Costi della produzione	292.068.000	100%	298.606.000	100%	6.538.000	2,2%

I Costi del **Personale** che costituiscono per entrambi gli anni la voce principale del Costo della Produzione è così ripartito tra i seguenti ruoli

Personale Dipendente	ANNO 2009	Inc. %	ANNO 2010	Inc. %	Scostamenti ass. 09/10	Scostamenti % 09/10
- Ruolo Sanitario	100.996.000	83,45%	104.737.000	83,9%	3.741.000	3,7%
- Ruolo Professionale	300.000	0,25%	356.000	0,3%	56.000	18,7%
- Ruolo Tecnico	11.221.000	9,27%	11.343.000	9,1%	122.000	1,1%
- Ruolo Amministrativo	8.513.000	7,03%	8.424.000	6,7%	- 89.000	-1,0%
Totale Costo del Personale	121.030.000	100%	124.860.000	100%	3.830.000	3,2%

L'incremento del costo tra il 2009 e il 2010 è pari a 3,8 milioni, di cui 2,2 milioni sono attribuibili all'effetto dei rinnovi contrattuali della Dirigenza e in forma residua all'effetto dell'applicazione nel

2010 della vacanza contrattuale a favore di tutto il personale (Dirigenza e Comparto). La quota residua è relativa all'effetto economico per l'avvio di nuovi servizi nel corso dell'anno 2009 e la stabilizzazione di alcune figure professionali nel corso dell'anno 2010. I rinnovi contrattuali per la Dirigenza trovano comunque compensazione rispetto al 2009 nella voce degli "Accantonamenti vari" per la parte dei rinnovi contrattuali che si riducono di 3,5 milioni, quota accantonata solo nell'anno 2009 per l'applicazione dei contratti sia dei Medici in convenzione - MMG, PLAS.. - e sia del Personale dipendente della dirigenza (pari al 50% del valore accantonato). L'anno 2010, non riporta accantonamenti in conseguenza del blocco dei rinnovi contrattuali per il settore del Pubblico Impiego.

La spesa relativa all'acquisto dei **Servizi Sanitari** rappresenta il 26% circa del totale dei costi di produzione, di cui le voci principali di costo sono:

Acquisti di servizi sanitari	ANNO 2009	Inc.%	ANNO 2010	Inc.%	Variazione ass. 09/10	Variazione % 09/10
- Farmacia convenzionata	32.345.000	42,83%	32.826.000	41,70%	481.000	1,5%
- Medicina Convenzionata (MMG, PLS, Medici 118, GM)	18.447.000	24,42%	19.371.000	24,61%	924.000	5,0%
- Assistenza Protesica ed Integrativa	6.707.000	8,88%	7.085.000	9,00%	378.000	5,6%
- Acquisto prestazioni Socio Sanitarie (Psich., Serd, RSA, Riabilit. globale, Servizio 118...)	5.250.000	6,95%	5.933.000	7,54%	683.000	13,0%
- Specialisti SUMAI	3.631.000	4,81%	4.194.000	5,33%	563.000	15,5%
- Consulenze sanitarie	3.196.000	4,23%	3.428.000	4,36%	232.000	7,3%
- Specialistica esterna	3.095.000	4,10%	3.056.000	3,88%	- 39.000	-1,3%
- Altro	2.857.000	3,78%	2.821.000	3,58%	- 36.000	-1,3%
Totale Acquisti di servizi sanitari	75.528.000	100%	78.714.000	100%	3.186.000	4,2%

La "Farmaceutica Convenzionata" costituisce la parte più rilevante e ha registrato tra i due anni un lieve incremento pari all'1,5%, anche se si è ridotta l'incidenza rispetto ai costi totali di produzione passando dal 43% al 42%.; le voci relative alla Medicina Convenzionata e agli Specialisti Sumai hanno complessivamente registrato un incremento pari al 6,7% (1,5 mil. di euro), che come sopra evidenziato è legato principalmente all'applicazione contrattuale; i costi relativi alle prestazioni socio sanitarie e al servizio 118 sono aumentati di circa 680.000 e ciò è dovuto ad un maggior acquisto di prestazioni sul territorio.

I **Beni Sanitari**, che complessivamente costituiscono il 16% di costi di produzione, sono relativi ai farmaci, materiale chirurgico, protesico e diagnostico. Tale voce ha registrato un incremento pari al 15,8 % pari a 6,7 milioni di euro tra i due anni e sono dovuti per circa 3,5 milioni di euro alla distribuzione diretta e per conto dei farmaci, in parte all'utilizzo di farmaci antitumorali di nuova generazione e per la parte restante ai consumi interni finalizzati all'erogazione delle prestazioni sanitarie e in particolare dell'assistenza di ricovero, tra cui maggior incremento si è avuto per l'attività legata alla Cardiologia Interventistica e alla Chirurgia robotica.

La spesa relativa all'acquisto dei **Servizi non Sanitari** rappresenta il 9% del totale nell'anno 2010

con un incremento rispetto al 2009 del 12,8% pari a 3 milioni di euro legati a voci quali i Premi di assicurazione, lo smaltimento dei rifiuti speciali, attività di portierato.

Le altre voci di costo, ad esclusione delle manutenzioni di cui si è detto in precedenza e che hanno registrato un forte decremento tra i due anni e le quote di ammortamento che costituiscono valori non monetari, rappresentano circa il 2% dei costi complessivi.

L'anno 2011, sulla base delle prime valutazioni, risulta in linea con la situazione economica del 2010. Attualmente i finanziamenti specifici per l'anno in corso non sono ancora stati assegnati dalla RAS, ma è presumibile un loro incremento rispetto alle assegnazioni del 2010. Nell'ultimo anno i finanziamenti in conto esercizio sono cresciuti rispetto al 2009 del 7% (18,2 milioni), quindi è presumibile che l'incremento dei finanziamenti per l'anno 2011 e per il triennio della programmazione siano almeno pari al tasso inflazionistico acquisito per l'anno (fonte Istat 2,7%) e previsto per il triennio (fonte DPEF 2010/2013 e Istat dell'1,5% per 2012/2014). Su tali parametri verrà valutato il valore della produzione per gli anni di programmazione, oltre che l'effetto sui costi aziendali.

Sotto l'aspetto dei costi, nel triennio di questo mandato è interesse dell'Azienda portare avanti azioni significative volte alla razionalizzazione dei costi (spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera, servizi esternalizzati, personale interinale) e al superamento di criticità importanti quali: liste d'attesa, stabilizzazione del personale e riorganizzazione dei servizi territoriali ed ospedalieri.

Attualmente è all'esame dell'Assessorato Regionale la Bozza del nuovo Atto Aziendale col quale sono state presentate significative modifiche organizzative. Sotto l'aspetto della gestione del personale, l'Azienda ha attivato di recente un Gruppo di Lavoro finalizzato alla revisione della Dotazione Organica al fine di stabilire l'effettivo fabbisogno in termini quantitativi e qualitativi. Nel contempo si procederà a mettere in campo tutte le azioni necessarie per la stabilizzazione del personale, sia per l'area sanitaria che di supporto, affinché si possa garantire continuità nell'assistenza ed evitare, per il futuro, di non perdere il Know-How acquisito.

Per il contenimento dei Tempi e delle Liste d'attesa si avvieranno azioni congiunte, quali: il controllo dell'appropriatezza della domanda; la riorganizzazione dell'offerta dei servizi sanitari offerti (spazi, orari di apertura degli ambulatori, utilizzo della tecnologia); l'applicazione del sistema di budgettizzazione verso tutte le strutture aziendali quale efficace strumento per garantire un efficiente utilizzo delle risorse attribuite rispetto alla produzione sanitaria offerta, oltreché per garantire tempi di attesa più congrui anche rispetto all'attività erogata in regime libero professionale.

Inoltre, si dovrà garantire maggior responsabilizzazione delle strutture aziendali addette ai servizi amministrativi centrali in ordine all'acquisizione dei beni e dei servizi. A tale fine l'Azienda considera elemento essenziale della propria strategia, la valorizzazione dell'autonomia e della responsabilità dei propri operatori, con particolare riguardo alla dirigenza, al fine di dare tempestivi riscontri ai bisogni dell'utenza, coniugando i principi dell'efficienza e dell'efficacia con quelli dell'equità e della trasparenza.

I PARTE - IL CONTESTO DI RIFERIMENTO E L'ANALISI DEI BISOGNI

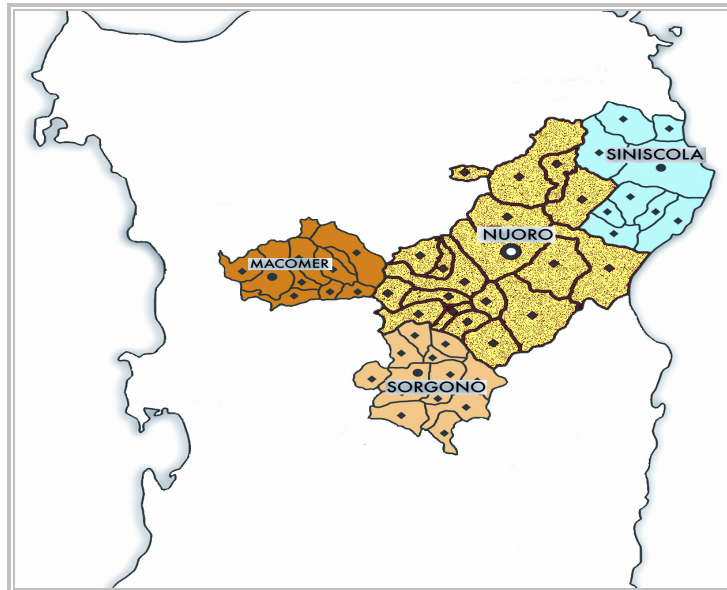
d. Il Territorio e la Popolazione

Il territorio servito dall'ASL nuorese ha una estensione pari a 3.934 Km² e comprende 52 comuni suddivisi in 4 Distretti Sanitari:

- Distretto di Nuoro
- Distretto di Macomer
- Distretto di Siniscola
- Distretto di Sorgono

La popolazione di riferimento è di 160.677 abitanti (fonte Istat al 1° gennaio 2011, ultimo dato disponibile) con una densità di popolazione molto bassa, pari al 40,85 ab./Km² contro i 69,55 ab./Km² regionali e i 201,27 ab./Km² a livello nazionale.

I Comuni dell'ASL di Nuoro



Popolazione e densità per distretto sanitario

DISTRETTI SANITARI	Distretto Nuoro	Distretto Macomer	Distretto Siniscola	Distretto Sorgono	Totale ASL	Sardegna	Italia
Comuni	20	10	9	13	52	377	8.101
Superficie Km ²	2.026,00	534,00	750,00	624,00	3.934,00	24.090,00	301.225,00
Abitanti	87.215	23.422	32.486	17.554	160.677	1.675.411	60.626.442
Densità ab/kmq	43,05	43,86	43,31	28,13	40,84	69,55	201,27

Fonte: ISTAT, popolazione per fasce di età al 01.01.2011

La presenza di tanti centri di piccole dimensioni (il 53,85% dei paesi ha una popolazione al di sotto dei 2.000 abitanti), e di una geomorfologia del territorio complessa e tipicamente montana, con un sistema viario non all'altezza delle necessità, rende difficile le comunicazioni interne, con notevoli ripercussioni sui tempi di percorrenza, costringendo ad offrire servizi logisticamente più vicini al cittadino anche a discapito dell'economicità del servizio stesso, al fine di rispettare non semplicemente la libertà di scelta in capo ad ogni persona ma un bisogno ancora più essenziale che è la libertà di accesso. L'accessibilità ai Servizi Sanitari e socio sanitari, secondo criteri di appropriatezza della domanda, sia in condizioni di urgenza che di ordinarietà, e per tutte le fasce di età, è un tema che fa riferimento a principi basilari del nostro Sistema Sanitario Regionale, ovvero l'universalismo e l'equità.

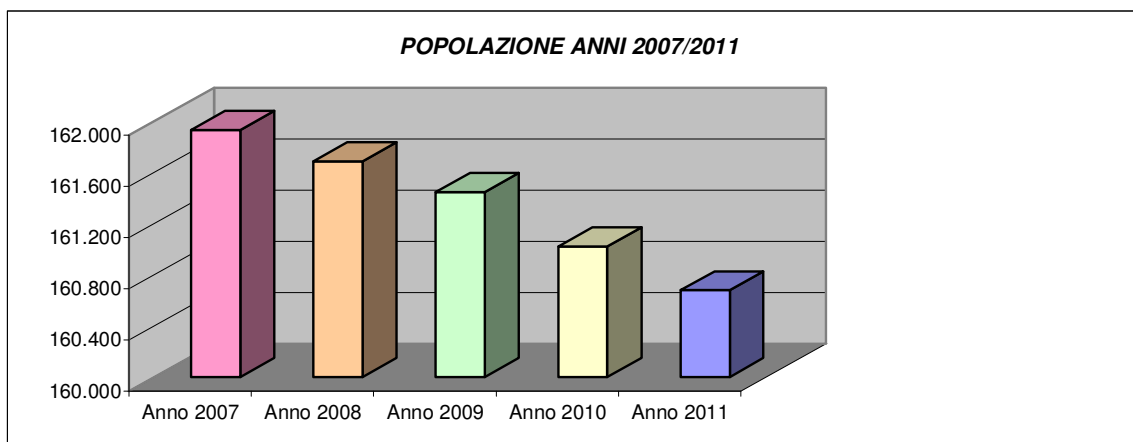
Nel territorio della nostra Azienda Sanitaria si riscontra un continuo processo di spopolamento, infatti mentre alla data del 1° gennaio 2007 la popolazione dell'Azienda Sanitaria di Nuoro era pari a 161.929 unità al 1° gennaio 2011 si contano 160.677 presenti, con un decremento nel triennio di 1.252 unità pari all' 0,77%.

Popolazione ASL Nuoro anni 2007-2011

Popolazione						Andamento 2007 - 2011	
Distretti Sanitari	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Val. assoluti	Val. %
Nuoro	88.181	87.994	87.710	87.460	87.215	-966	-1,10%
Macomer	24.085	23.883	23.714	23.600	23.422	-663	-2,75%
Siniscola	31.317	31.739	32.101	32.244	32.486	1.169	3,73%
Sorgono	18.346	18.068	17.919	17.716	17.554	-792	-4,32%
Totale	161.929	161.684	161.444	161.020	160.677	-1.252	-0,77%

Fonte: Dati Istat al 1° gennaio di ogni anno

Grafico: Popolazione ASL Nuoro anni 2007-2011



In termini di fasce di età la popolazione dell'Asl di Nuoro si distribuisce secondo la seguente tabella:

Distribuzione per classi di età della Popolazione ASL Nuoro - anni 2007/2011

Distretto	Popolazione 0 - 14		Popolazione 15 - 64		Popolazione 65 e oltre		Popolazione Totale	
	Anno 2007	Anno 2011	Anno 2007	Anno 2011	Anno 2007	Anno 2011	Anno 2007	Anno 2011
Nuoro	12.369	11.601	59.855	58.350	15.957	17.264	88.181	87.215
Macomer	2.847	2.659	16.129	15.407	5.109	5.356	24.085	23.422
Siniscola	4.617	4.546	21.464	22.025	5.236	5.915	31.317	32.486
Sorgono	2.337	2.014	11.654	11.146	4.355	4.394	18.346	17.554
Totale	22.170	20.820	109.102	106.928	30.657	32.929	161.929	160.677
% sul totale	13,69%	12,96%	67,38%	66,55%	18,93%	20,49%	100,00%	100,00%

Fonte: Dati Istat al 1° gennaio di ogni anno

Dalla tabella su esposta si evince che la popolazione giovanile della ASL, ricompresa nella fascia di età 0-14 anni, rappresenta il 12.96 % della popolazione totale della ASL. Dato sensibilmente superiore rispetto alla media regionale pari al 12,26%.

L'indice di invecchiamento, inteso come incidenza della fascia della popolazione "65 anni in su" sul totale della popolazione, è pari al 20,49% e risulta più elevato rispetto al dato regionale pari al 19,46%. In termini relativi, la popolazione più anziana risiede nel Distretto di Sorgono (25,03%), territorio montano, mentre il distretto con meno anziani è quello di Siniscola (18,21%), caratterizzato da un territorio a prevalente zona costiera.

Inoltre, l'indice di vecchiaia, calcolato come rapporto tra la popolazione con età ≥ 65 anni e la classe di età 0-14 anni, è pari per il 2011 a 158,16%.

E. Assetto economico, produttivo e sociale

L'assetto economico e produttivo dei territori della Provincia di Nuoro si caratterizza per la prevalenza di imprese che operano nel settore agropastorale, aziende spesso di piccole dimensioni che mancano di una integrazione nella produzione, trasformazione e commercializzazione dei prodotti. Complessivamente operano nella Provincia (vecchi confini territoriali) circa 28 mila imprese di cui circa 1/3 sono costituite da imprese agricole, seguite dalle imprese che operano nel commercio, nel settore dell'edilizia, dell'attività manifatturiera e della ristorazione. Complessivamente tali settori costituiscono l'80% circa della base produttiva provinciale. Il settore turistico è sicuramente un'area in crescita che favorisce, oltre il settore alberghiero, anche il settore agro-alimentare, l'artigianato tradizionale e artistico e il settore delle costruzioni.

Le iscrizioni di nuove Attività risultano essere tra il biennio 2009/2010 pari al 32,5% (da 1.508 a 1.998) a fronte di cessazioni di Attività registrate tra cancellazioni di ufficio e volontarie, pari al 95,39% (da 1.646 a 3.216), con un saldo negativo tra iscrizioni e cancellazioni nell'anno 2010 più elevato nel settore del commercio e a seguire in quello agricolo.

(Riferimento: Osservatorio Economico CCIAA Nuoro – 6 maggio 2011).

la **Situazione Occupazionale** nella provincia di Nuoro

Persone in cerca di occupazione per sesso e provincia (dati in migliaia)

Territorio considerato	MASCHI				FEMMINE				TOTALE			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Sardegna	30	41	47	55	37	44	44	42	67	85	91	97
Nuoro	6	4	4	4	6	5	2	2	12	9	6	6

Fonte: Rielaborazioni Osservatorio Mercato del Lavoro Prov. Nuoro su dati ISTAT

Tasso di disoccupazione per sesso e provincia (dati percentuali)

%	MASCHI				FEMMINE				TOTALE			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Sardegna	7,2	9,8	11,5	13,6	14,2	15,9	16	14,9	9,9	12,2	13,3	14,1
Nuoro	9	10,9	10,7	10,3	13,6	16,3	9,3	9,4	10,8	13	10,1	9,9

Fonte: rielaborazioni Osservatorio Mercato del Lavoro Prov. Nuoro su dati ISTAT

Dalle tabelle su esposte emerge che il territorio afferente all'Azienda Sanitaria di Nuoro presenta un tasso di disoccupazione pari al 9,9% nettamente inferiore a quello regionale pari a 14,1% ma fortemente superiore a quello nazionale pari a 8,4%.

Si riporta di seguito la situazione sul **Livello di Scolarità** nella provincia di Nuoro

Alunni iscritti alla Scuola negli anni scolastici 2008-2009 e 2009-2010

Territorio considerato	Iscritti Scuola dell'infanzia		Iscritti Scuola primaria		Scuola secondaria di I grado		Scuola secondaria di II grado	
	anno scolastico 08.09	anno scolastico 09.10	anno scolastico 08.09	anno scolastico 09.10	anno scolastico 08.09	anno scolastico 09.10	anno scolastico 08.09	anno scolastico 09.10
Nuoro	4.882	5.103	11.316	10.823	7.676	7.233	13.964	12.962
Sardegna	27.113	28.602	66.394	66.640	45.533	45.301	83.109	77.831

FONTE: Elaborazione Osservatorio Mercato del Lavoro Prov. Nuoro dati Sistema Informativo del Ministero dell'Istruzione

Alunni iscritti alla Scuola secondaria di II grado per tipologia di Istituto anni scolastici 2008-2009 e 2009-2010

Tipologia di istituto	Alunni frequentanti	
	anno scolastico 08.09	anno scolastico 09.10
Licei classici	1.540	1.244
Licei scientifici	4.204	4.101
Istituti e scuole magistrali	745	718
Istituti tecnici	4.927	4.577
Istituti professionali	2.137	1.949
Istituti d'arte	411	373
Licei artistici	-	-
Totale	13.964	12.962

FONTE: Elaborazione Osservatorio Mercato del Lavoro Prov. Nuoro dati Sistema Informativo del Ministero dell'Istruzione

Si riporta di seguito l'allegato 1, quale sintesi del contesto di riferimento, come richiesto dalle Direttive di Programmazione e rendicontazione regionale.

Allegato 1: Programma sanitario triennale - Il contesto di riferimento.

Informazioni rilevanti sul contesto di riferimento

A)	Informazioni demografiche e socio economiche	Valori (1)
1	Popolazione residente totale e per distretto, strattificata per sesso e classi di età (2) (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2011)	160.677
	<i>di cui Nuoro</i>	87.215
	<i>di cui Macomer</i>	23.422
	<i>di cui Siniscola</i>	32.486
	<i>di cui Sorgono</i>	17.554
	<i>di cui maschi</i>	78.874
	<i>di cui femmine</i>	81.803
	<i>di cui da 0 a 14 anni</i>	20.820
	<i>di cui da 15 a 44 anni</i>	62.079
	<i>di cui da 45 a 64 anni</i>	44.849
	<i>di cui 65 e più anni</i>	32.929
2	Densità di popolazione totale e per distretto (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2011)	40,85
	<i>di cui Nuoro</i>	43,05
	<i>di cui Macomer</i>	43,84
	<i>di cui Siniscola</i>	43,32
	<i>di cui Sorgono</i>	28,15
3	Indice di vecchiaia totale e per sesso (3) (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2011)	158,16
	<i>di cui maschi</i>	127,72
	<i>di cui femmine</i>	190,86
4	Indice di invecchiamento totale e per sesso (4) (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2011)	20,49
	<i>di cui maschi</i>	17,46
	<i>di cui femmine</i>	23,42

A)	Informazioni demografiche e socio economiche	Valori (1)
5	Tasso di natalità generale (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2010)	8,16
6	Tasso di mortalità generale (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2010)	9,82
7	Tasso di mortalità generale stratificato per sesso, standardizzato per età (Fonte Servizio Igiene e Sanità pubblica- RENCAM –Registro tumori)	860,27
	<i>di cui maschi</i>	1111,66
	<i>di cui femmine</i>	674,66
8	Popolazione straniera residente totale e per distretto , stratificata per sesso e per classi di età (2) (Fonte : Geo Demo Istat dati all'01.01.2011)	3.210
	<i>di cui Nuoro</i>	1.365
	<i>di cui Macomer</i>	372
	<i>di cui Siniscola</i>	1.279
	<i>di cui Sorgono</i>	194
	<i>di cui maschi</i>	1.508
	<i>di cui femmine</i>	1.702
	<i>di cui da 0 a 14 anni</i>	363
	<i>di cui da 15 a 44 anni</i>	1.923
	<i>di cui da 45 a 64 anni</i>	804
	<i>di cui 65 e più anni</i>	120
9	Tasso di disoccupazione (Fonte: rielaborazione Osservatorio mercato del lavoro della Provincia di Nuoro su dati ISTAT – Anno 2010 -)	9,9%
10	Livelli (tasso) di scolarità (Fonte: Osservatorio mercato del lavoro della Provincia di Nuoro - POR sardegna 2000/2006 - Misura 3.1 – Anno scolastico 2009.2010 -) Nota: il dato è stato ottenuto tenendo conto della popolazione residente nei vecchi confini provinciali all'01.01.2010 (Fonte Geo demo Istat)	66,38%
B)	Informazioni sanitarie e epidemiologiche	
1	Tasso di mortalità specifico per le principali cause di morte, totale e per sesso, standardizzato per età (Fonte Servizio Igiene e Sanità pubblica- RENCAM –Registro tumori)	
	Tasso di mortalità grezzo (x 100.000)	981,24
	<i>di cui maschi</i>	1.023,09
	<i>di cui femmine</i>	940,95

1	Tasso di mortalità specifico per le principali cause di morte, totale e per sesso, standardizzato per età (Fonte Servizio Igiene e Sanità pubblica-RENCAM –Registro tumori)	
	Principali cause di Morte:	Tasso
	-Apparato circolatorio:	304,53
	di cui maschi	354,70
	di cui femmine	266,75
	- Tumori maligni:	236,49
	di cui maschi	343,10
	di cui femmine	159,35
	-Apparato respiratorio:	71,91
	di cui maschi	110,55
	di cui femmine	47,99
	-Cause accidentali:	35,11
	di cui maschi	44,17
	di cui femmine	22,31
	-Apparato digerente:	48,53
	di cui maschi	67,47
	di cui femmine	33,59
	-Sistema nervoso:	30,19
	di cui maschi	32,58
	di cui femmine	29,16
	- Malattie endocrine:	28,38
	di cui maschi	28,81
	di cui femmine	27,64
	-Apparato genitourin:	17,17
	di cui maschi	16,65
	di cui femmine	17,52
	-Sangue:	4,09
	di cui maschi	6,82
	di cui femmine	1,84
	'- Infettive:	5,71
	di cui maschi	7,70
	di cui femmine	3,75
	-Altro:	n.d
2	Incidenza dei primi 30 Drg in consumo, totali e stratificati per regime di ricovero (Fonte File A aziendale 2010)	Incidenza % rispetto al totale dei Drg
N.	Regime di ricovero ordinario	
1	NEONATO NORMALE (drg 391)	5,84%
2	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI (drg 373)	4,80%
3	PARTO CESAREO SENZA CC (drg 371)	2,69%
4	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK (drg 127)	2,68%
5	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC (drg 183)	2,01%
6	DOLORE TORACICO (drg 143)	1,81%
7	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA (drg 087)	1,75%
8	INSUFFICIENZA RENALE (drg 316)	1,71%
9	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO CELEBRALE (drg 014)	1,45%

2	Incidenza dei primi 30 Drg in consumo, totali e stratificati per regime di ricovero (Fonte File A aziendale 2010)	Incidenza % rispetto al totale dei Drg
10	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE (drgr 467)	1,36%
11	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC (drgr 359)	1,22%
12	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17 (drgr 395)	1,21%
13	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC (drgr 311)	1,15%
14	MINACCIA DI ABORTO (drgr 379)	1,10%
15	PSICOSI (drgr 430)	1,09%
16	NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS (drgr 203)	1,00%
17	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA` < 18 (drgr 060)	0,96%
18	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (drgr 088)	0,95%
19	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA` > 17 CON CC (drgr 089)	0,89%
20	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA` >17 SENZA CC (drgr 219)	0,85%
21	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC (drgr 139)	0,82%
22	NEONATI CON ALTRE AFFEZIONI SIGNIFICATIVE (drgr 390)	0,77%
23	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA (drgr 125)	0,77%
24	ALTERAZIONI DELL'EQUILIBRIO (drgr 065)	0,74%
25	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO (drgr 243)	0,72%
26	COLECISTECT. LAPAR. SNZ. ESP. DOTTO COM. SNZ. CC (drgr 494)	0,71%
27	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON DIAGNOSI CARDIOVASCOLARE MAGGIORE (drgr 555)	0,68%
28	NEOPLASIE DELLAPPARATO RESPIRATORIO (drgr 082)	0,67%
29	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELLAPPARATO DIGERENTE, ETA` >17 CON CC (drgr 182)	0,65%
30	MALATTIE DELLE VIE BILIARI, SENZA CC	0,65%
N.	Regime di ricovero Diurno	
1	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA (drgr 411)	9,30%
2	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA (drgr 039)	9,05%
3	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA (drgr 410)	5,10%
4	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC (drgr 206)	4,84%
5	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC (drgr 404)	3,84%
6	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE (drgr 006)	3,08%
7	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA (drgr 381)	2,93%
8	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI (drgr 364)	2,76%

2	Incidenza dei primi 30 Drg in consumo, totali e stratificati per regime di ricovero (Fonte File A aziendale 2010)	Incidenza % rispetto al totale dei Drg
9	CIRROSI E EPATITE ALCOOLICA (drg 202)	2,16%
10	ALTRE DIAGNOSI PREPARTO SENZA COMPLICAZIONI MEDICHE (drg 384)	2,11%
11	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINARIE SENZA CC (drg 319)	2,03%
12	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA` > 17 SENZA CC (drg 332)	1,84%
13	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17 (drg 395)	1,61%
14	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC (drg 359)	1,55%
15	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE (drg 467)	1,54%
16	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO (drg 042)	1,51%
17	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC (drg 162)	1,49%
18	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELLAPPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE (drg 369)	1,44%
19	NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS (drg 203)	1,42%
20	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC (drg 270)	1,40%
21	NEOPLASIE MALIGNI DELLAPPARATO GENITALE MASCHILE, SENZA CC (drg 347)	1,30%
22	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE (drg 013)	1,24%
23	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI (drg 323)	1,37%
24	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA (drg 412)	1,12%
25	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC (drg 399)	1,09%
26	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC (drg 229)	1,08%
27	NEOPLASIE DELLAPPARATO RESPIRATORIO (drg 082)	1,07%
28	INSUFFICIENZA RENALE (drg 316)	1,03%
29	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIA. PRINC. DI INFEZIONE (drg 503)	0,93%
30	DIABETE ETA` < 36 (drg 295)	0,89%
3	Rapporto MMG/1000 abitanti (Fonte: MMG: modello ministeriale FLS12 anno 2011; Popolazione: Geo Demo Istat all'01.01.2011)	0,84
4	Rapporto PLS/1000 abitanti (Fonte: PLS: modello ministeriale FLS12 anno 2011; Popolazione: Geo Demo Istat all'01.01.2011)	0,143
5	Consumo di farmaci (spesa netta) pro capite (Fonte: Relazione al bilancio d'esercizio 2010)	202,44

6	Mortalità evitabile	n.d
7	Ricoveri per 1000 abitanti (Fonte: file A anno 2010) Nota: totale ricoveri effettuati dalle strutture ospedaliere aziendali rapportati alla popolazione residente all'01.01 2011 (Fonte Geo Demo Istat)	172,06
8	Mobilità extraregionale per ricoveri ospedalieri (Fonte: File A regionale Mobilità passiva anno 2010)	1.746
9	Tassi di abortività (Fonte dati: File A Aziendale e regionale per la Mobilità Passiva; Popolazione: dati Istat al 01.01.2011)	5,42 ‰
c)	Informazioni nell'area dell'assistenza collettiva, ambiente di vita e di lavoro	
1	Numero di imprese industriali, stratificate per settore produttivo e dimensione (piccola, media e grande) (5)	n.d
2	Numero di cantieri edili in attività (Fonte aziendale - Anno 2009 -)	500
3	Numero di allevamenti bovini, suini e ovini e numerosità dei capi (Fonte aziendale al 31.12.2010)	8.249
	Bovini	2.022
	n. dei capi	59.172
	Ovi-caprini	4.095
	n. dei capi	782.332
	Suini	2.132
	n. dei capi	11.772
4	Numero di strutture di trasformazione e/o distribuzione alimentare per settore di attività (6) (Fonte aziendale - Anno 2010-)	3.195
	Produzione primaria	4.147
	Produttori e/o confezionatori di alimenti di origine vegetale e di prodotti dolciari	410
	Distribuzione	987
	<i>di cui ingrosso</i>	91
	<i>di cui dettaglio</i>	896
	trasporti	224
	ristorazione	1.442
5	Infortuni sul lavoro, distinti per gravità (Fonte dati Inail 2009 - Non possibile la suddivisione per gravità)	1.900

II PARTE - L'OFFERTA DEI SERVIZI ED I PROGRAMMI DI INTERVENTO

f. La struttura organizzativa e l'offerta dei servizi

Si premette che è attualmente in esame da parte dell'Assessorato Regionale la Bozza del nuovo Atto Aziendale della nostra Azienda, col quale si è proposto una modifica dell'organizzazione attuale e di cui si analizzeranno i contenuti e gli effetti una volta che l'Atto sarà definitivo.

La tabella che segue sintetizza l'articolazione attuale dell'offerta sanitaria della nostra Azienda:

SERVIZI PRESENTI	Anno 2010	Anno 2011
Presidi Ospedalieri	3	3
Distretti	4	4
MMG	133	135
PLS	23	23
Postazioni Servizio 118	4	4
Guardie Mediche e Turistiche	32	32
Poliambulatori	9	9
Presidi di Riabilitazione (n° paesi serviti)	15	15
Csm	4	4
Sert	4	4
Consultori familiari	12	12
Dialisi territoriali	3	3
Servizio Diabetologico	4	4

L'Assistenza Distrettuale

I 4 distretti Sanitari di Nuoro, Siniscola, Macomer e Sorgono assicurano i servizi di assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali. Si occupano inoltre dell'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Nel Distretto trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze.

Al loro interno vengono erogati i seguenti servizi:

Distretto di Nuoro

Nuoro: Poliambulatorio; ADI; Consultorio Familiare; Guardia Medica; Centro Salute Mentale; Servizi per le Dipendenze; Neuropsichiatria Infantile; Pediatria di Comunità (a valenza aziendale); Gruppo famiglia; Riabilitazione; Diabetologia; Servizio 118.

Gavoi: Poliambulatorio; Consultorio Familiare; Riabilitazione; Guardia Medica.

Fonni: Consultorio Familiare; Riabilitazione; Guardia Medica.

Orgosolo: Consultorio Familiare; Riabilitazione; Guardia Medica.

Dorgali: Consultorio Familiare; Guardia Medica; Guardia Turistica; Riabilitazione; Centro Dialisi.

Bitti: Poliambulatorio; Guardia Medica; Consultorio Familiare; Riabilitazione.

Ottana: Gruppo famiglia; Riabilitazione; Guardia Medica.

Orani: Gruppo famiglia; Guardia Medica.

Sarule: Riabilitazione.

Orune: Riabilitazione; Guardia Medica.

Lula - Mamoiada - Oliena - Olzai - Orotelli : Guardia Medica.

Distretto di Macomer

Macomer: Poliambulatorio; Centro Dialisi; Guardia Medica; Oncologia; Consultorio Familiare; Neuropsichiatria Infantile; Riabilitazione; Diabetologia; Servizio 118; Servizi per le Dipendenze; Centro Salute Mentale.

Bolotana - Borre - Silanus: Guardia Medica.

Distretto di Siniscola

Siniscola: Poliambulatorio; Centro Dialisi; Guardia Medica; Guardia Turistica; Consultorio Familiare; Neuropsichiatria Infantile; Riabilitazione; Oncologia; Diabetologia; Servizio 118; Servizi per le Dipendenze; Centro Salute Mentale.

Orosei: Poliambulatorio; Guardia Medica; Guardia Turistica; Consultorio Familiare; Neuropsichiatria Infantile; Riabilitazione.

Lodè - Irgoli - Posada: Guardia Medica.

Distretto di Sorgono

Sorgono: Poliambulatorio; Guardia Medica; Consultorio Familiare; Neuropsichiatria Infantile; Riabilitazione; Diabetologia; Servizio 118; Servizi per le Dipendenze; Centro Salute Mentale.

Tonara: Guardia Medica; Gruppo Famiglia.

Aritzo: Poliambulatorio; Guardia Medica; Consultorio Familiare; Riabilitazione.

Desulo: Poliambulatorio; Guardia Medica; Consultorio Familiare; Riabilitazione.

Meana Sardo - Ovodda: Guardia Medica.

L'Assistenza Ospedaliera

L'attuale atto aziendale, di prossima variazione, prevede un ospedale generale di rete plurisede (San Francesco di Nuoro) con due presidi distaccati, uno a Nuoro (Ospedale Zonchello) e uno a Sorgono (San Camillo). I suddetti presidi risultano attualmente così articolati:

Presidio Ospedaliero San Francesco

- **Il Dipartimento delle Cure Mediche** comprende le Strutture:
Dermatologia; Dietologia; Ematologia; Geriatria; Malattie Infettive; Medicina interna e Gastroenterologia; Nefrologia e Dialisi; Neurologia e Stroke Unit (in prospettiva); Neuropsichiatria Infantile; Pediatria; Oncologia; Pneumologia; Riabilitazione.
- **Il Dipartimento di Cure Chirurgiche** comprende le Strutture:
Anestesia; Chirurgia Generale; Chirurgia Vascolare; Neurochirurgia; Oculistica; Ortopedia e Traumatologia; Ostetricia e Ginecologia; Otorinolaringoiatria; Urologia; Chirurgia Endoscopica; Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Area di Recupero e Assistenza Post-Anestesiologica.
- **Il Dipartimento di Patologia Clinica** comprende le Strutture:
Anatomia Patologica; Laboratorio Analisi; Immunoematologia e Centro Trasfusionale;
- **Il Dipartimento della Diagnostica per immagini e Radioterapia** comprende le Strutture:
Diagnostica per immagini; Radioterapia; Medicina Nucleare (in prospettiva).
- **Il Dipartimento di Area Critica** comprende le seguenti Strutture:
Pronto Soccorso con OBI; Rianimazione; Cardiologia Utic, Emodinamica ed Elettrofisiologia; Radiologia d'urgenza (in prospettiva).

Presidio Ospedaliero Cesare Zonchello

Reparti: Oncologia e Pneumologia; Servizi: Terapia Antalgica, Hospice H24 (di carattere territoriale); Diabetologia e ambulatorio oculistico, Cardiologia; Radiologia.

In prospettiva tutta la degenza per acuti presenti nel presidio (Oncologia e Pneumologia) saranno trasferiti al San Francesco e il Presidio Zonchello sarà una struttura destinata prevalentemente alla riabilitazione lungodegenza;

Presidio Ospedaliero San Camillo di Sorgono

Reparti: Medicina e Chirurgia; Servizi: Anestesia, Dialisi, Radiologia, Laboratorio analisi e Farmacia.

POSTI LETTO AZIENDALI

Struttura	Posti letto D.O.	Posti letto D.H./S.	Totale p.l.
P.O. San Francesco	318	47	365
P.O. C. Zonchello	44	24	68
P.O. S. Camillo	39	3	42

Fonte: Modelli ministeriali HSP 12 e 22 bis e atti interni aziendali. Non sono nei posti letto riportati le culle e incubatrici della Terapia Intensiva neonatale

Lo standard nazionale dei posti letto, previsto all'art. 6 del Patto della Salute per gli anni 2010.2012 prevede l'impegno delle regioni a ridurre lo standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale dal 4,5 per 1000 abitanti a 4 p.l. tra ricovero ordinario e riabilitazione lungodegenza (0,7 p.l.). La Asl 3 dispone attualmente di n. 2,27 PL per 1000 abitanti. Tenendo conto di tali indicazioni il fabbisogno di posti letto si attesterebbe a 642 di cui 530 per le acuzie e 112 per la lungodegenza.

Il tasso di utilizzo dei posti letto nel corso del 2010 è stato complessivamente dell' 81,75%.

In riferimento al periodo 2008/2009 le prestazioni di ricovero erogate dai nostri tre presidi ospedalieri sono stati riepilogati nella tabella seguente.

RICOVERI TOTALI EROGATI DAI P.O. AZIENDALI E MOBILITÀ ATTIVA

ASL	N° CASI				VALORE DRG			
	2009	2010	var ass	var %	2009	2010	var ass	var %
NUORO	21.184	21.130	- 54	-0,25%	42.981.086,48	44.126.677,11	1.145.590,63	2,67%
CAGLIARI	191	220	29	15,18%	399.780,38	500.190,18	100.409,80	25,12%
CARBONIA-IGLESIAS	25	20	- 5	-20,00%	62.586,44	33.564,06	- 29.022,38	-46,37%
MEDIO CAMPIDANO	32	27	- 5	-15,63%	53.785,68	92.418,09	38.632,41	71,83%
OGLIASTRA	994	975	- 19	-1,91%	2.668.337,53	2.589.921,33	- 78.416,20	-2,94%
OLBIA-TEMPIO	1.206	1.353	147	12,19%	2.564.097,91	3.162.981,75	598.883,84	23,36%
ORISTANO	1.674	1.841	167	9,98%	3.792.828,67	4.261.541,72	468.713,05	12,36%
SASSARI	1.491	1.509	18	1,21%	3.303.422,25	3.174.474,70	- 128.947,55	-3,90%
Mobilità attiva Regionale	5.613	5.945	332	5,91%	12.844.838,86	13.815.091,83	970.252,97	7,55%
Mobilità attiva Extraregione	473	571	98	20,72%	1.070.952,59	1.252.775,84	181.823,25	16,98%
TOTALE produzione ASL 3	27.270	27.646	376	1,38%	56.896.877,93	59.194.544,78	2.297.666,85	4,04%

Fonte dati: File A aziendale 2009/2010

La mobilità passiva sia intraregione che esxtre regione si riepiloga nella seguente tabella:

RICOVERI_MOBILITÀ PASSIVA INTRA ED EXTRA REGIONALE

ASL	N° CASI				VALORE DRG			
	2009	2010	var ass	var %	2009	2010	var ass	var %
CAGLIARI	3.193	3.476	283	8,86%	8.846.046,72	10.194.729,19	1.348.682,47	15,25%
CARBONIA-IGLESIAS	122	105	-17	-13,93%	245.547,13	219.393,89	- 26.153,24	-10,65%
MEDIO CAMPIDANO	40	42	2	5,00%	70.474,44	123.179,68	52.705,24	74,79%
OGLIASTRA	73	64	-9	-12,33%	126.833,07	121.600,82	- 5.232,25	-4,13%
OLBIA-TEMPIO	413	434	21	5,08%	908.585,93	1.035.293,26	126.707,33	13,95%
ORISTANO	1.962	1.646	-316	-16,11%	3.892.354,68	3.329.135,04	- 563.219,64	-14,47%
SASSARI	1.693	1.457	-236	-13,94%	5.045.037,87	4.223.785,23	- 821.252,64	-16,28%
Mobilità Passiva Regionale	7.496	7.224	-272	-3,63%	19.134.880,00	19.247.117,11	112.237,11	0,59%
Mobilità Passiva Extraregionale	1.722	1.746	24	1,39%	6.439.140,56	6.862.657,61	423.517,05	6,58%
TOTALE	9.218	8.970	-248	-2,69%	25.574.020,40	26.109.774,72	535.754,32	2,09%

Fonte dati: File A regionale Mobilità Passiva 2009/2010

L'attività di ricovero rilevata nei due anni messi a confronto evidenzia un aumento dell'attività pari all'1,38% in termini quantitativi e all'4,04% in termini di valore a fronte del quale si è registrato un aumento della mobilità attiva intra regione pari al 5,91%, prevalentemente dalle province di Cagliari, Olbia-Tempio e Oristano, e una diminuzione della fuga presso le altre asl regionali. La mobilità passiva intraregionale ha avuto infatti una variazione negativa pari al 3,63% alla quale si aggiunge un ulteriore contenimento della mobilità passiva interregionale pari all'1,39%.

Si riportano di seguito i principali DRG di fuga verso la regione e resto di Italia:

MOBILITA' PASSIVA ANNO 2010 - Primi 25 Drg erogati da altre Asl Regionali			
N.	COD. DRG	DESCRIZIONE DRG	N. DRG
1	503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIA. PRINC. DI INFEZIONE	185
2	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	169
3	162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC	159
4	410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	153
5	544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	144
6	42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	142
7	39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	133
8	225	INTERVENTI SUL PIEDE	128
9	381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	126
10	47	ALTRE MALATTIE DELLOCCHIO, ETA` > 17 SENZA CC	108
11	290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	107
12	391	NEONATO NORMALE	105
13	301	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	98
14	467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	94
15	127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	90
16	256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	87
17	36	INTERVENTI SULLA RETINA	81
18	369	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELLAPPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	81
19	183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELLAPPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC	80
20	494	COLECISTECT. LAPAR. SNZ. ESP. DOTTO COM. SNZ. CC	76
21	373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	75
22	364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	73
23	371	PARTO CESAREO SENZA CC	73
24	229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	73
25	395	ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA` > 17	72
MOBILITA' PASSIVA - TOTALE DEI 25 DRG PIU' NUMEROSI EROGATI DA ALTRE ASL REGIONALI			2.712
MOBILITA' PASSIVA - TOTALE DRG EROGATI DA ALTRE ASL REGIONALI			7.224
INCIDENZA %			37,54%

MOBILITA' PASSIVA ANNO 2010 - Primi 25 Drg erogati da altre fuori Regione			
N.	COD. DRG	DESCRIZIONE DRG	N. DRG
1	410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	42
2	518	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA SENZA INSERZIONE DI STENT NELL'ARTERIA CORONARICA SENZA IMA	34
3	544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	33
4	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	31
5	42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	30
6	9	MALATTIE E TRAUMATISMI DEL MIDOLLO SPINALE	26
7	492	CHEMIOTERAPIA ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA O CON USO DI ALTE DOSI DI AGENTI CHEMIOTERAPICI	26
8	256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	25
9	405	LEUCEMIA ACUTA SENZA INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI, ETA` < 18	25
10	55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	23
11	373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	22
12	35	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	21
13	381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	21
14	8	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	21
15	503	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA DIA. PRINC. DI INFEZIONE	20
16	409	RADIOTERAPIA	18
17	225	INTERVENTI SUL PIEDE	18
18	391	NEONATO NORMALE	17
19	431	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	17
20	145	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	16
21	139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	16
22	365	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	16
23	41	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO LORBITA, ETA` < 18	16
24	40	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO LORBITA, ETA` > 17	16
25	2	CRANIOTOMIA ETA > 17, SENZA CC	15
MOBILITA' PASSIVA - TOTALE DEI 25 DRG PIU' NUMEROSI EROGATI DA ALTRE ASL FUORI REGIONE			565
MOBILITA' PASSIVA - TOTALE DRG EROGATI DA ALTRE ASL FUORI REGIONE			1.746
Incidenza %			32,36%

Si riporta di seguito l'allegato 2 richiesto come sintesi delle prestazioni erogate dalle Direttive di Programmazione e rendicontazione regionale.

Allegato 2: Programma sanitario triennale - L'offerta di servizi e i programmi di intervento.

1. Prestazioni ospedaliere per residenti: numero di prestazioni erogate in regime di ricovero da proprie strutture (pubbliche o private accreditate) a favore di propri residenti, stratificando per disciplina alla dimissione e regime (DO/Diurno) – ANNO 2010 -			
Reparto di dimissione		drg	
		ordinari	dh
09	CHIRURGIA	1.407	473
0902	CHIRURGIA VASCOLARE	151	81
18	EMATOLOGIA	174	370
2101	GERIATRIA	1.434	146
2401	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	287	157
26	MEDICINA	1.760	839
2602	NEFRODIALISI	279	134
3001	NEUROCHIRURGIA	402	219
31	NIDO	902	-
32	NEUROLOGIA	637	218
34	OCULISTICA	160	853
36	ORTOPEDIA	803	194
37	OSTETRICIA	1.395	203
3702	GINECOLOGIA	577	608
38	OTORINO LARINGOIATRA	605	76
39	PEDIATRIA	651	195
3902	TEAPIA INTENSIVA NEONATALE	185	-
40	PSICHIATRIA	207	7
43	UROLOGIA	500	656
49	RIANIMAZIONE E ANESTESIA	100	-
50	UNITÁ CORONARICA	554	52
52	DERMATOLOGIA	262	97
6801	PNEUMOLOGIA	519	95
6802	ONCOLOGIA	-	1.231
6803	TERAPIA ANTALGICA	-	12
6804	HOSPICE	166	97
		14.117	7.013

2. Prestazioni ospedaliere per non residenti (mobilità attiva): numero di prestazioni erogate in regime di ricovero da proprie strutture (pubbliche o private accreditate) a favore di non residenti, **stratificando per disciplina alla dimissione e regime (DO/Diurno) e differenziando tra inter ed extra regione**

MOBILITA' ATTIVA VERSO ALTRE ASL REGIONALI ANNO 2010

Reparto di dimissione	drg	
	ordinari	dh
09 CHIRURGIA	314	116
0902 CHIRURGIA VASCOLARE	35	8
18 EMATOLOGIA	127	263
2101 GERIATRIA	197	14
2401 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	50	82
26 MEDICINA	422	153
2602 NEFRODIALISI	53	9
3001 NEUROCHIRURGIA	163	52
31 NIDO	201	-
32 NEUROLOGIA	189	57
34 OCULISTICA	168	241
36 ORTOPEDIA	132	39
37 OSTETRICIA	354	37
3702 GINECOLOGIA	128	165
38 OTORINO LARINGOIATRA	251	23
39 PEDIATRIA	89	48
3902 TEAPIA INTENSIVA NEONATALE	49	-
40 PSICHIATRIA	51	-
43 UROLOGIA	225	233
49 RIANIMAZIONE E ANESTESIA	27	-
50 UNITA' CORONARICA	344	12
52 DERMATOLOGIA	221	92
6801 PNEUMOLOGIA	203	27
6802 ONCOLOGIA	-	238
6803 TERAPIA ANTALGICA	-	5
6804 HOSPICE	27	11
	4.020	1.925

2. Prestazioni ospedaliere per non residenti (mobilità attiva): numero di prestazioni erogate in regime di ricovero da proprie strutture (pubbliche o private accreditate) a favore di non residenti, stratificando per disciplina alla dimissione e regime (DO/Diurno) e differenziando tra inter **ed extra regione**

MOBILITA' ATTIVA EXTRA REGIONE ANNO 2010		
Reparto di dimissione	drg	
	ordinari	dh
09 CHIRURGIA	48	1
0902 CHIRURGIA VASCOLARE	1	-
18 EMATOLOGIA	-	3
2101 GERIATRIA	21	2
2401 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	23	7
26 MEDICINA	62	7
2602 NEFRODIALISI	2	4
3001 NEUROCHIRURGIA	18	-
31 NIDO	16	-
32 NEUROLOGIA	28	2
34 OCULISTICA	10	2
36 ORTOPEDIA	44	1
37 OSTETRICIA	28	4
3702 GINECOLOGIA	28	13
38 OTORINOLARINGOIATRIA	15	-
39 PEDIATRIA	60	2
3902 TEAPIA INTENSIVA NEONATALE	4	-
40 PSICHIATRIA	7	-
43 UROLOGIA	10	7
49 RIANIMAZIONE E ANESTESIA	8	-
50 UNITA' CORONARICA	38	2
52 DERMATOLOGIA	10	2
6801 PNEUMOLOGIA	16	1
6802 ONCOLOGIA	0	9
6804 HOSPICE	4	1
	501	70

3. **Mobilità passiva ospedaliera:** numero di prestazioni erogate in regime di ricovero a favore di propri residenti da strutture (pubbliche o private accreditate) non aziendali, stratificando per disciplina alla dimissione e regime (DO/Diurno) e differenziando fra mobilità interregionale ed extra regionale

MOBILITA' PASSIVA RAS 2010			
Disciplina	Reparto di dimissione	drg	
		ordinari	dh
01	ALLERGOLOGIA	15	19
07	CARDIOCHIRURGIA	86	
08	CARDIOLOGIA	144	64
09	CHIRURGIA GENERALE	963	344
10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	51	70
11	CHIRURGIA PEDIATRICA	57	12
12	CHIRURGIA PLASTICA	7	9
13	CHIRURGIA TORACICA	16	
14	CHIRURGIA VASCOLARE	26	
18	EMATOLOGIA	11	43
19	MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZION	12	30
21	GERIATRIA	38	1
24	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	14	32
25	MEDICINA DELLAVORO	1	
26	MEDICINA GENERALE	772	101
28	UNITA' SPINALE	18	1
29	NEFROLOGIA	25	6
30	NEUROCHIRURGIA	30	1
31	NIDO	38	
32	NEUROLOGIA	124	58
33	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	26	52
34	OCULISTICA	175	359
35	ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA		19
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	675	330
37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	423	329
38	OTORINOLARINGOIATRIA	202	16
39	PEDIATRIA	175	197
40	PSICHIATRIA	30	
43	UROLOGIA	162	83
47	GRANDI USTIONIATI	4	
48	NEFROLOGIA (abilitazione trapianto rene)	32	5
49	TERAPIA INTENSIVA	43	17
50	UNITA' CORONARICA	46	1
51	ASTANTERIA	8	
52	DERMATOLOGIA	10	4
55	FARMACOLOGIA CLINICA		3
56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	70	3
58	GASTROENTEROLOGIA	45	6
60	LUNGODEGENTI	7	
61	MEDICINA NUCLEARE	53	

Disciplina	Reparto di dimissione	drg	
		ordinari	dh
62	NEONATOLOGIA	25	-
64	ONCOLOGIA	114	91
65	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	4	20
68	PNEMOLOGIA	28	5
70	RADIOTERAPIA	22	-
71	REUMATOLOGIA	45	11
73	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	3	-
75	NEURO-RIABILITAZIONE	-	7
TOTALE		4.875	2.349

3. **Mobilità passiva ospedaliera:** numero di prestazioni erogate in regime di ricovero a favore di propri residenti da strutture (pubbliche o private accreditate) non aziendali, stratificando per disciplina alla dimissione e regime (DO/Diurno) e differenziando fra mobilità interregionale ed extra regionale

MOBILITA' PASSIVA FUORI RAS_2010

Reparto di dimissione	drg	
	ordinari	dh
ALLERGOLOGIA	4	1
ANGIOLOGIA	1	-
DAY HOSPITAL	-	4
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	5	3
CARDIOCHIRURGIA	18	-
CARDIOLOGIA	95	25
CHIRURGIA GENERALE	182	29
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	3	-
CHIRURGIA PEDIATRICA	15	3
CHIRURGIA PLASTICA	16	13
CHIRURGIA TORACICA	18	-
CHIRURGIA VASCOLARE	14	1
MEDICINA SPORTIVA	1	4
EMATOLOGIA	6	49
MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZION	10	22
GERIATRIA	4	2
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	11	6
MEDICINA DELLAVORO	2	-
MEDICINA GENERALE	95	14
UNITA' SPINALE	6	-
NEFROLOGIA	2	2
NEUROCHIRURGIA	50	2
NIDO	21	-
NEUROLOGIA	30	9
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	6	12
OCULISTICA	47	36
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	1	3
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	152	29
OSTETRICA E GINECOLOGIA	84	52

Reparto di dimissione	drg	
	ordinari	dh
OTORINOLARINGOIATRIA	50	30
PEDIATRIA	35	17
PSICHIATRIA	12	1
UROLOGIA	39	4
GRANDI USTIONI	1	
NEFROLOGIA (abilitazione trapianto rene)	10	3
TERAPIA INTENSIVA	5	2
UNITA' CORONARICA	4	
ASTANTERIA	10	1
DERMATOLOGIA	11	5
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	71	32
FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA	1	1
GASTROENTEROLOGIA	10	9
LUNGODEGENTI	4	
MEDICINA NUCLEARE	4	1
NEONATOLOGIA	4	1
ONCOLOGIA	22	24
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA		4
ONCOEMATOLOGIA	1	1
PENSIONANTI	4	
PNEMOLOGIA	19	8
RADIOLOGIA	1	
RADIOTERAPIA	5	6
REUMATOLOGIA	6	7
RADIOTERAPIA ONCOLOGIA	2	
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE		1
NEURO-RIABILITAZIONE	9	3
NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA	3	
NEFROLOGIA PEDIATRICA	5	4
UROLOGIA PEDIATRICA	2	1
DETENUTI	1	
DAY SURGERY		8
NEUROPSICHIATRIA	1	
TOTALE	1.251	495

4. Prestazioni di specialistica ambulatoriale: numero di prestazioni erogate da proprie strutture (pubbliche o private accreditate) a favore di propri residenti, per tipologia (File C anno 2010)	
DESCRIZIONE BRANCA	Numero Prestazioni
Altre prestazioni	14.420
Anestesiologia	13.143
Cardiologia	16.923
Chirurgia generale	7.771
Chirurgia plastica	838
Chirurgia vascolare - Angiologia	1.438
Dermatologia	13.279
Endocrinologia	1.772
Gastroenterologia	3.231
Laboratorio	1.080.829
Medicina fisica e Riabilitazione	85.329
Medicina nucleare	47
Nefrologia (esclusa Dialisi)	3.805
Neurochirurgia	1.031
Neurologia	5.795
Oculistica	12.308
Odontostomatologia	6.057
Oncologia	2.091
Ortopedia	12.553
Ostetricia	4.331
Otorinolaringoiatria	9.241
Pneumologia	6.246
Psichiatria	3.422
Radiologia	65.107
Radioterapia	1.837
Urologia	2.745
TOTALE	1.375.589

5. Prestazioni di specialistica ambulatoriale per non residenti (mobilità attiva): numero di prestazioni erogate da proprie strutture (pubbliche o private accreditate) a favore di non residenti, per tipologia (File C anno 2010)

DESCRIZIONE BRANCA	Numero Prestazioni
Altre prestazioni	3.668
Anestesiologia	854
Cardiologia	2.724
Chirurgia generale	1.315
Chirurgia plastica	265
Chirurgia vascolare - Angiologia	285
Dermatologia	4.566
Endocrinologia	310
Gastroenterologia	884
Laboratorio	80.420
Medicina fisica e Riabilitazione	9.302
Medicina nucleare	15
Nefrologia (esclusa Dialisi)	648
Neurochirurgia	152
Neurologia	1.578
Oculistica	3.028
Odontostomatologia	385
Oncologia	650
Ortopedia	1.681
Ostetricia	997
Otorinolaringoiatria	2.021
Pneumologia	2.097
Psichiatria	224
Radiologia	14.181
Radioterapia	1.762
Urologia	560
TOTALE	134.572,00

6. Mobilità passiva specialistica ambulatoriale: numero di prestazioni erogate a favore di propri residenti da strutture (pubbliche o private accreditate) non aziendali, stratificando per tipologia e inter e extra regione – ANNO 2009 (2010 non disponibile)

MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONE	
DESCRIZIONE BRANCA	Numero Prestazioni
Altre prestazioni	9.255
Anestesiologia	568
Cardiologia	5.291
Chirurgia generale	1.378
Chirurgia plastica	343
Chirurgia vascolare - Angiologia	492
Dermatologia	1.226
Endocrinologia	1.787
Gastroenterologia	1.332
Laboratorio	106.995
Medicina fisica e Riabilitazione	11.360
Medicina nucleare	3.212
Nefrologia (esclusa Dialisi)	2.253
Neurochirurgia	88
Neurologia	3.128
Oculistica	1.858
Odontostomatologia	2.937
Oncologia	1.795
Ortopedia	2.802
Ostetricia	3.279
Otorinolaringoiatria	1.727
Pneumologia	640
Psichiatria	207
Radiologia	10.103
Radioterapia	5.023
Urologia	821
TOTALE	179.900

6. Mobilità passiva specialistica ambulatoriale: numero di prestazioni erogate a favore di propri residenti da strutture (pubbliche o private accreditate) non aziendali, stratificando per tipologia e inter e extra regione – ANNO 2009 (2010 non disponibile)

MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONE	
DESCRIZIONE BRANCA	Numero Prestazioni
Altre prestazioni	5.037
Anestesiologia	33
Cardiologia	640
Chirurgia generale	130
Chirurgia plastica	51
Chirurgia vascolare - Angiologia	3
Dermatologia	195
Gastroenterologia	184
Laboratorio	28.937
Medicina fisica e Riabilitazione	1.525
Medicina nucleare	201
Nefrologia (esclusa Dialisi)	45
Neurochirurgia	15
Neurologia	192
Oculistica	589
Odontostomatologia	71
Oncologia	97
Ortopedia	176
Ostetricia	436
Otorinolaringoiatria	134
Pneumologia	118
Psichiatria	266
Radiologia	2.539
Radioterapia	1.265
Urologia	51
ALTRE PRESTAZIONI	2.255
TOTALE	45.185

III PARTE - OBIETTIVI PROGRAMMATICI E PROGETTI

Si riportano di seguito le attività che l'Azienda intende realizzare per il conseguimento di obiettivi di carattere generale, si rimandano alle schede specifiche (allegati 4/5), i progetti e gli obiettivi programmatici che si intendono perseguire negli anni del Piano triennale.

g. Obiettivi Generali dell'Azienda

L'assetto organizzativo aziendale nel suo complesso sarà aggiornato e completato, in funzione di una sua riproposizione rispettosa di alcune prescrizioni di carattere generale fornite dall'Ass.to alla Sanità, specialmente in tema di razionalizzazione e contenimento del numero delle strutture, sia complesse che semplici, e comunque di una loro giustificata e motivata presenza. In particolare è allo studio della Direzione Strategica, la rivisitazione dell'Atto Aziendale, per il quale sono attualmente in corso puntuali interlocuzioni con lo stesso Ass.to Reg.le, nell'ottica appunto di una rimodulazione dell'intero impianto organizzativo e quindi della sua architettura. Carattere irrinunciabile della riorganizzazione sarà il livello dipartimentale di governo delle attività sia sanitarie che di supporto. L'approccio dipartimentale appare attualmente, quello meglio rispondente a declinare in tutti i contesti e livelli aziendali, i principi attraverso i quali mettere in essere le azioni più idonee a migliorare e modernizzare i processi interni e la proiezione esterna dell'Azienda.

Con la dipartimentalizzazione aziendale si intende:

- razionalizzare e ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane;
- standardizzare e rendere omogenei comportamenti e processi;
- responsabilizzare il livello decisionale;
- declinare a matrice gli schemi organizzativi e gli obiettivi strategici, in un chiaro percorso di coinvolgimento e informazione;
- rendere operativo il sistema di valutazione, attraverso l'individuazione di una scala gerarchica che fissi gli ambiti di competenza e le funzioni assegnate in ognuno di essi.

Di seguito sono riportate, per Area di intervento, le principali e più significative azioni programmatiche del prossimo triennio 2012 -2014.

h. Area Amministrativa

1) Adozione Sistema di Valutazione delle Performance

L'anno 2012 sarà quello del definitivo avvio del Sistema di Valutazione delle Performance previsto dal decreto "Brunetta", e quindi degli Organismi Indipendenti di Valutazione (O.I.V.) in sostituzione dei precedenti "Nuclei di Valutazione". E' peraltro opportuno precisare che L'Azienda Sanitaria di Nuoro in tema di sistemi valutativi, ha maturato, negli anni, una significativa e importante esperienza che le ha permesso di rendere operativo il processo di

“budgeting” e la conseguente fase valutativa di dirigenti e personale del comparto. Entro la fine del corrente anno, è prevista la nomina dell’O.I.V..L’Organismo, ai sensi dell’articolo 14 del decreto legislativo n. 150/2009, svolgerà, all’interno di ciascuna amministrazione, un ruolo fondamentale nel processo di misurazione e valutazione dei risultati delle strutture e dei dipendenti e nell’adempimento degli obblighi di integrità e trasparenza posti in capo a tutte le Amministrazioni Pubbliche. A tale importantissima funzione di monitoraggio è da aggiungere quella altrettanto strategica della relazione annuale sullo stato del complessivo sistema valutativo, “Relazione sulla performance”, di cui all’articolo 10 del D.Lgs 150/2009 a garanzia della correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità, secondo le linee guida dettate sul tema, dalla CIVIT ai sensi degli articoli 7, comma 3, e 13, comma 6, lett. b), d) ed e) dallo stesso decreto legislativo. L’O.I.V. andando a supportare la Direzione Generale nella definizione degli obiettivi strategici e nella individuazione delle responsabilità ad essi connesse, favorirà l’allineamento dei comportamenti del personale alla missione dell’organizzazione, rafforzando il processo di modernizzazione organizzativa che nel prossimo triennio, si configura fra gli obiettivi irrinunciabili da perseguire, in un quadro di reale cambiamento e miglioramento della sanità nuorese.

2) Accelerazione delle Azioni di Ammodernamento Tecnologico e Strutturale

L’ammodernamento tecnologico e strutturale verrà realizzato soprattutto attraverso lo strumento della Finanza di Progetto. Gli interventi comprendono tutti i lavori di ristrutturazione, ammodernamento tecnologico e riqualificazione delle degenze e dei servizi sanitari, coerentemente con i requisiti strutturali e tecnologici di cui alla norme sull’accreditamento istituzionale e nel rispetto di quelle sulla sicurezza, superando così i problemi di carattere strutturale tutt’ora presenti nei vari siti aziendali.

Il Project prevede un finanziamento complessivo pari a 66 milioni di euro di cui 14 circa di natura pubblica e i rimanenti 52 di natura privata. Tutta l’operazione avrà una durata di 27 anni, supportata da un canone di disponibilità annuale che il concedente riconoscerà al concessionario a fronte delle risorse prestate e dei lavori eseguiti.

Alcune attività e lavori, sono già andate a buon fine, è il caso della Radioterapia, realizzata appunto nel contesto della finanza di progetto e oramai operativa da oltre un anno.

Una fase strategica del progetto di finanza, oltre il già citato completamento strutturale, è rappresentata dalla riorganizzazione logistica dei servizi sanitari e amministrativi nei presidi sanitari e ospedalieri di Nuoro, Sorgono, Macomer e Siniscola. Si intende infatti cogliere l’occasione fornita dagli interventi sulle strutture, per meglio ridisegnare e rivisitare anche la dislocazione degli spazi assegnati alle singole Unità Operative principalmente nell’ottica di una maggiore funzionalità e sicurezza degli ambienti di lavoro. In particolare, per gli Ospedali è previsto, nel breve e prossimo periodo, anno 2012, un primo riassetto funzionale che ne segni più marcatamente, la funzione strategica di ciascuno di essi, in particolare:

P.O. San Francesco – Rafforzamento della sua funzione di Ospedale di eccellenza per acuti, con il trasferimento nella stessa struttura delle uniche due Unità Operative (Pneumologia e Oncologia), attualmente ancora dislocate nel vicino "Zonchello" e viceversa il trasferimento in altre strutture delle Unità Operative non dedicate propriamente agli "acuti"; Accorpamento nella nuova ala sovrastante l'attuale UTIC, del Dipartimento di Emergenza Urgenza (D.E.A.), e del 118.

Nel corso dell'anno, e durante il 2012, si renderanno disponibili i nuovi locali della Rianimazione e della Cardiologia. Verranno avviati e conclusi i lavori di ammodernamento del servizio di Emodinamica, con l'acquisizione del nuovo angiografo digitale e dare così maggiore dignità anche agli ambulatori cardiologici.

A conclusione dei lavori esterni di accesso, si conta di aprire e rendere operativo l'asilo aziendale, che offrirà, prioritariamente per i dipendenti aziendali, e solo eventualmente, in caso di disponibilità, agli utenti esterni un servizio di assoluto valore aggiunto per il personale che gravita specialmente sul livello ospedaliero, ma non solo.

Il Servizio del 118, avrà la sua definitiva sede nello spazio naturale dell'elisperficie, che in futuro, con l'avvio della rete di emergenza Regionale, potrà candidarsi a costituire la 3^a elibase dell'elisoccorso regionale.

P.O. C. Zonchello – Rafforzamento della sua funzione di Ospedale Intermedio di lungodegenza e riabilitazione intensiva con l'accorpamento della riabilitazione dei PP.OO. San Francesco e Zonchello; Il potenziamento delle attività cliniche dei servizi senza degenza; La creazione di un polo aziendale per le "Malattie Metaboliche", con l'interazione e la contiguità fisica, dei servizi di Diabetologia, Dietologia e Endocrinologia; il potenziamento dell'Hospice che, alla pari della lungodegenza, sempre nell'ottica della sua strategica funzione territoriale, dovrà rappresentare per il futuro, un idoneo filtro per il graduale inserimento dei pazienti sul livello domiciliare, lasciando solo ai casi più estremi l'alternativa del ricovero; l'allocazione nel presidio, della Guardia Medica della città di Nuoro, e la creazione della Casa della Salute, ponendo quindi le basi per una reale integrazione ospedale territorio, a partire dalla medicina di base e da quella assistenziale.

P.O. San Camillo Sorgono – Attivazione dei posti letto per lungodegenza, così come da indicazione regionale; Caratterizzazione funzionale della struttura con la prevalenza delle attività mediche e la creazione di una Unità Operativa dedicata alla "Chirurgia Programmata" e a quella "Elettiva", che funga da diversificazione di offerta rispetto al San Francesco e che possa, con un'adeguata azione di pianificazione, sgravare, per taluni interventi, il Dipartimento Chirurgico di Nuoro; Accentuazione della sua vocazione di "Ospedale del Territorio", con il potenziamento dei servizi ambulatoriali e specialistici evitando ridondanza di offerta e nel contempo più adeguata e funzionale individuazione degli spazi.

3) Valorizzazione del Patrimonio Aziendale

Il patrimonio ha da sempre rappresentato, un punto di debolezza nell'economia gestionale dell'Azienda. In particolare a causa degli elevati costi manutentivi di strutture con un significativo grado di obsolescenza, peraltro non dedicate completamente ad attività sanitarie. Ha pesato e pesa inoltre la natura particolare di alcuni beni, principalmente terreni agricoli e fondi rurali, non solo lontanissimi dalla mission aziendale, ma anche poco remunerativi nel loro utilizzo e costosi per il gravame di tasse, imposte e in generale per gli oneri connessi alla proprietà. Tali considerazioni, unite anche alla necessità di reperire, autonomamente, risorse finanziarie aggiuntive a quelle del fondo sanitario regionale, ha indotto la Direzione Generale, a ipotizzare e rendere operativo un piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare tendente a garantire risorse finanziarie immediatamente disponibili e alternative a quelle regionali e statali. Si intende operare sia sul versante vendita, alienando definitivamente beni di difficile gestione e di poca se non nulla redditività (per tutti l'esempio dei terreni pascolativi, edifici fatiscenti etc..), sia con una vera e propria messa a reddito di edifici e aree a forte vocazione commerciale ora insufficientemente sfruttati, definendo mirate azioni sinergiche con altri enti pubblici, Comuni in primis, ma anche privati cittadini interessati alla gestione in termini di servizi, di spazi ed edifici, a fronte del pagamento di canoni di locazione, o altre forme onerose di controprestazioni tali da rappresentare per l'Azienda, entrate fisse e ricorrenti da impegnare per lo sviluppo e l'implementazione delle attività istituzionali. Azioni quindi tendenzialmente finalizzate al reinvestimento delle risorse finanziarie in tecnologie e strutture sanitarie, ma non solo. Si vuole infatti stabilire una più stretta collaborazione con i Comuni periferici, in tema di utilizzo delle classiche strutture adibite ad ambulatori comunali che nel tempo non essendo state adeguatamente mantenute, hanno perso la loro idoneità ad ospitare le classiche attività sanitarie territoriali, o peggio, risultano pressoché abbandonate. Il fine ultimo è quello di autorizzare i vari Comuni, attraverso forme di comodato d'uso gratuito, permuta, ovvero messa a disposizione di altri locali, ad entrare nel possesso di tali stabili, a condizione che gli stessi vengano adeguatamente ristrutturati e resi funzionali sia per le attività proprie di quegli enti locali, sia per quelle sanitarie, a vantaggio di entrambe le istituzioni, così in grado di migliorare la qualità e la quantità dei servizi offerti.

4) Miglioramento del Sistema Informativo Aziendale

Nell'ambito del potenziamento del Servizio Programmazione e Controllo di Gestione, così come peraltro indicato dallo stesso Ass.to Reg.le alla Sanità negli obiettivi annuali forniti al Direttore Generale, si intende rivisitare il segmento dei sistemi informativi aziendali sia in termini gestionali che organizzativi al fine di un suo più consono e funzionale incardinamento teso a garantire la massima integrazione delle informazioni e dei dati sensibili prodotti dall'Azienda. L'ideale collocazione dei flussi informativi all'interno del Servizio Programmazione e Controllo di Gestione, risponde all'esigenza di governare in piena sinergia, i dati sui costi e quelli sui volumi

di attività e quindi, in definitiva, sulla produzione stessa, attuando inoltre un costante monitoraggio sulla qualità e correttezza delle azioni di alimentazione degli stessi flussi. La necessità di una Unità Operativa ad hoc nasce dall'importanza che i flussi informativi rivestono sia nell'ambito del debito informativo verso RAS e Ministero sia per dare piena valorizzazione alla produzione sanitaria interna aziendale. L'azione testè descritta dovrà permettere di ottenere:

- benefici nelle attività di amministrazione e governo del sistema;
- il monitoraggio puntuale dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- un supporto per l'analisi della performance aziendale e per il controllo della spesa sanitaria.

5) Miglioramento della Comunicazione Aziendale

Al fine di migliorare il flusso comunicativo verso gli assistiti e verso i portatori di interesse, l'Azienda intende avvalersi del Piano di Comunicazione Aziendale triennale quale strumento per programmare scelte di comunicazione improntate alla trasparenza, fondate sulla condivisione e sul confronto con la propria comunità di appartenenza.

Tale Piano deve prevedere che la comunicazione istituzionale avvenga tramite i canali indicati dalla legislazione vigente, ovvero attraverso:

- a) aggiornamento della Carta dei servizi
- b) aggiornamento del Sito web
- c) progetti di prevenzione e promozione di stili di vita capaci di generare buona salute
- d) gli URP.

Dati i buoni risultati ottenuti negli anni trascorsi, il Piano di Comunicazione si articolerà anche attraverso progetti come l'Audit civico, tesi a incoraggiare la partecipazione consapevole dei cittadini.

Inoltre, poiché gli strumenti più immediati e di maggiore fruizione, quelli cioè che riescono a coprire la fetta maggiore di target, sono senza dubbio i mass media, il Piano deve prevedere il loro utilizzo per rendere più incisiva la comunicazione istituzionale.

Infine è doveroso ricordare che miglioramento della Comunicazione non potrà prescindere dalla nuova nozione- introdotta dal D.lgs. n. 150/2009 - di trasparenza intesa come « *accessibilità totale (...) alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione*» secondo il paradigma dell'*open government* al quale l'Azienda di Nuoro è orientata nella convinzione che un utente informato è un utente più consapevole e più disposto ad attivare, insieme alla ASL, dinamiche virtuose in nome della salute.

6) Reingegnerizzazione dei Processi Tecnico – Amministrativi

I Servizi Amministrativi di supporto alle attività sanitarie, o per meglio dire, la "Tecnostruttura", sono stati per lungo tempo, se non ai margini del sistema sanitario, quantomeno sottovalutati rispetto al valore che strategicamente essi rappresentano. Infatti, in un contesto nel quale la qualità delle prestazioni, l'efficacia delle azioni unite all'economicità dei processi, individuati come imprescindibili obiettivi ai quali deve tendere la sanità moderna, possono essere raggiunti solo attraverso la completa integrazione e assimilazione delle attività tecnico-amministrative con quelle sanitarie, appare non più rinviabile, una seria politica di reingegnerizzazione dei Servizi Amministrativi. La programmazione triennale della Asl di Nuoro, intende appunto perseguire l'obiettivo di reingegnerizzare attività e processi tipicamente amministrativi, investendo su formazione e competenze specifiche tali da rendere maggiormente flessibile e intercambiabile, non solo il personale Dirigenziale, peraltro già all'interno della previsione legislativa della Dirigenza Unica, ma principalmente il personale del comparto, superando comportamenti consolidati che tendenzialmente favorivano il mantenimento di professionalità per troppo tempo all'interno dello stesso Servizio a discapito di una proficua "contaminazione professionale" intesa quale fattore di crescita e interscambio di esperienze. In quest'ottica appare indispensabile riorganizzare in senso dipartimentale l'assegnazione del personale del comparto, in funzione di un rapporto non più caratterizzato dal formale incardinamento del singolo dipendente in un determinato Servizio, quanto mirato a operare funzionalmente in ragione di puntuali azioni assegnate al dipartimento e declinate sul piano operativo alle singole strutture. La pianificazione triennale, rispetto a questo elemento, si caratterizza per la scelta della Direzione Generale, di trasferire nei vari strumenti di organizzazione interna, in primis l'atto aziendale, le nuove scelte organizzative, che riguarderanno non solo gli aspetti amministrativi, con la rideterminazione del relativo Dipartimento, ma anche l'area sanitaria in particolare. Sempre in tema di ristrutturazione funzionale dell'area amministrativa, di significativa rilevanza risulta essere, la messa a regime del nuovo sistema Sisar per l'anno 2012, dopo il rodaggio della fase iniziale che, per il corrente anno ha impegnato pressoché tutte le unità operative del Dipartimento. La piattaforma informatica acquisita dalla Regione Sardegna, dovrà per l'avvenire rappresentare il punto di raccordo tra le varie strutture, per la messa in comune di informazioni e dati di interesse e utilizzo reciproco, e diventare inoltre imprescindibile strumento di ausilio organizzativo, specialmente nella fase della verticalizzazione dei processi e della loro standardizzazione.

7) Razionalizzazione acquisto beni e servizi

L'Azienda sta perseguendo già dagli anni scorsi, una chiara politica volta alla razionalizzazione dei processi per l'acquisizione di beni e servizi che da un lato riconduca a sistema le varie fasi nelle quali si articola la programmazione aziendale, con l'obiettivo di ridurre gli sprechi e i tempi di fornitura, e dall'altro possa nel tempo rappresentare la precondizione attraverso la

quale realizzare economie di scala negli acquisti di beni di consumo, farmaci, dispositivi medici e di altri beni, riducendo e contenendo i relativi costi, anche in considerazione delle diverse direttive regionali che in questo senso sollecitano tutto il Sistema Sanitario.

Per quanto concerne i servizi non sanitari di supporto, si evidenzia che parte degli stessi (Servizi integrati per la gestione delle apparecchiature elettromedicali, Apparecchiature per radiologia, Facility management, Reti locali, Sistema integrato per la gestione e conduzione degli impianti tecnologici) sono affidati, al concessionario privato del project finance, seppure, in verità, già precedentemente risultavano esternalizzati. L'affidamento esterno ha garantito negli anni, una elevata qualità delle prestazioni erogate, per quelle attività e segmenti di servizio non di "core business". L'avvento del Project finance dovrebbe ulteriormente migliorare il rapporto qualità prezzo. Infatti, trattandosi di servizi con canoni predeterminati nel loro importo, anche se suscettibili di variazione in più o in meno, rispetto ai volumi di attività effettivamente resi, gli anni 2009 e 2010, hanno dimostrato un mantenimento delle previsioni di spesa iniziali, a reale giovamento dell'equilibrio generale dei costi.

Massima attenzione anche per i tetti di spesa negoziati con le strutture di assistenza residenziale (RSA, Assistenza Psichiatrica e delle Dipendenze e di Riabilitazione globale) e con gli erogatori delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, utilizzando efficacemente le U.V.T. (Unità di Valutazione Territoriali) sulle autorizzazioni agli inserimenti, in quanto rispondenti a criteri di appropriatezza e, sulla successiva verifica del percorso di cura da parte delle strutture competenti, ai fini del costante controllo e monitoraggio del paziente in carico a strutture esterne, per le ovvie implicazioni sanitarie e delle dinamiche di spesa.

8) Gestione delle Risorse Umane

La stabilizzazione del personale precario continuerà ad essere una specifica priorità delle strategie aziendali nella gestione delle risorse umane, ciò in ossequio alle direttive nazionali sulla priorità da assegnare alle assunzioni a tempo indeterminato, ma anche e soprattutto completamento degli organici di servizi strategici per l'azienda. Nello specifico verrà data priorità alle assunzioni delle figure infermieristiche mancati, e di OO.SS., limitando il ricorso all'istituto della somministrazione di lavoro a tempo determinato.

La **razionalizzazione dei costi del personale** resta comunque l'obiettivo preminente nelle strategie aziendali, da conseguire attraverso:

- L'assegnazione del personale sul livello dipartimentale, con conseguente utilizzo comune e integrato delle risorse;
- La rigorosa e periodica verifica del personale fruitore di provvedimenti di esenzione dalle mansioni proprie al fine di monitorare, costantemente, la dinamica del fenomeno, onde evitarne l'uso distorto a discapito della funzionalità ed efficienza della complessiva organizzazione del lavoro.

- L'analisi del personale non solo in termini numerici ma rispetto alle classi di età e alle varie competenze professionali, al fine di modulare l'assegnazione delle risorse umane alle diverse unità operative in una logica di equilibrio che tenga conto del cosiddetto "bilancio delle competenze", per gli aspetti professionali e di quelli più propriamente coinvolgenti gli aspetti della persona, individuando la migliore formula di mixaggio tra anni di anzianità in servizio ed età anagrafica, ottimizzando in tal modo, anche in termini di compatibilità ambientale e di aspirazioni del breve e medio periodo, l'apporto dei singoli operatori alle attività di servizio;
- L'attuazione di percorsi di formazione e di riconversione professionale prima delle aperture dei processi di mobilità;
- Una corretta garanzia di turn-over, nei limiti posti dall'attuale legislazione, sia per la dirigenza sia per il comparto, finalizzata allo svecchiamento dei quadri e quindi all'apporto di nuove risorse umane anche in termini di età anagrafica;
- la riduzione delle prestazioni aggiuntive, limitandone l'attivazione nei casi necessari al recupero dei tempi d'attesa, ed ai casi di conclamata ed accertata impossibilità a espletare negli orari di servizio prestazioni sufficienti al mantenimento di accettabili standard qualitativi;
- la rivisitazione delle modalità di espletamento della libera professione intramuraria e allargata, e dei relativi tariffari, relazionando e comparando, anche in questo caso, prestazioni rese in ordinario regime di lavoro, con quelle realizzate in libera professione, unitamente ai suoi effetti sulle liste di attesa;
- il rispetto tendenziale, della riduzione di spesa dell'1,4% sui costi del personale dell'anno 2004, al netto dei nuovi servizi e dei potenziamenti di quelli esistenti.

I. AREA DELLA PREVENZIONE

Nell'ambito del Piano della Prevenzione Nazionale e Regionale l'Azienda proseguirà nel porre in essere progetti specifici finalizzati alla prevenzione delle complicanze del diabete, dell'obesità, delle patologie cardiovascolari, degli screening oncologici, delle vaccinazioni e della prevenzione degli incidenti domestici.

Relativamente allo Screening, continuerà anche per il triennio di riferimento, in collaborazione con le Farmacie territoriali, lo screening del colon retto. E' in pieno svolgimento quello relativo al cervicocarcinoma, mentre si avvierà lo screening mammografico.

Il Piano delle Vaccinazioni, come negli anni precedenti, tenderà al mantenimento delle elevate coperture delle vaccinazioni obbligatorie (poliomielite, tetano, difterite, epatite B), attualmente pari al 99%, e all'incremento delle coperture per le vaccinazioni facoltative (in particolare pertosse, morbillo, parotite, rosolia ed emofilo b), nonché all'incremento delle vaccinazione HPV (per la prevenzione dei Tumori all'utero nelle adolescenti) attraverso la chiamata diretta di varie fasce della popolazione e la creazione di un registro dei non rispondenti.

In relazione agli stili di vita continuerà anche nel 2012 l'attività di educazione sanitaria verso i bambini in età scolare, le famiglie e gli educatori scolastici, in riferimento sia all'alimentazione sia alla pratica dell'attività fisica, finalizzato ad un approccio globale del paziente attraverso figure professionali specifiche (Progetto Obiettivo della Medicina dello Sport).

Inoltre, proseguirà l'attività rivolta ai dipendenti della nostra azienda diretta a divulgare i rischi insiti nelle attività lavorative quotidiane ed a indirizzare verso comportamenti che possano prevenire eventuali eventi dannosi di nocimento alla salute.

Nell'ambito della Prevenzione Incidenti Domestici e Stradali (Progetto Europeo INTEGRIS) proseguirà, in continuità con l'anno precedente, l'attività di sorveglianza e documentazione degli Incidenti domestici e stradali mediante interventi di educazione alla salute negli asili e nelle scuole e mediante corsi di formazione per i dipendenti dell'Azienda.

Prevista nel corso dell'anno 2012, sempre nell'ambito della prevenzione, l'attivazione del progetto di "Educazione Ambientale" da realizzarsi in collaborazione con i Dirigenti Scolastici delle scuole primarie e secondarie;

1)Prevenzione negli ambienti di lavoro

Al fine di tutelare la collettività dai rischi dovuti all'inquinamento dell'ambiente lavorativo in generale, è obiettivo dello SPRESAL accrescere la professionalità dei vari operatori diffondendo un'adeguata consapevolezza sul problema del lavoro sicuro. E' importante stabilire rapporti costanti con le Istituzioni scolastiche (dalla scuola primaria fino alla maturità) e fornire proposte di soluzione ai problemi di sicurezza del lavoro sia alle aziende private sia alle aziende pubbliche. Tale progetto, finanziato con fondi finalizzati , permetterà di:

Realizzare un sistema integrato di sicurezza del lavoro e di miglioramento della qualità lavorativa riducendo situazioni irregolari e di lavoro nero;

Attivare corsi di formazione e aggiornamento nei settori produttivi chimico, industriale, agricolo ed edile;

Migliorare la qualità degli ambienti di lavoro;

Attuare progetti di comunicazione sulla materia;

Favorire lo sviluppo di una nuova cultura della sicurezza nei lavoratori; Favorire lo sviluppo di una nuova coscienza e conoscenza della sicurezza del lavoro in genere;

L'azione di prevenzione, in questo senso, dovrà coinvolgere, sul livello interno, il responsabile Aziendale per la sicurezza nei luoghi di lavoro, ed il medico competente, ciascuno per le proprie specifiche competenze. In particolare al responsabile per la sicurezza si chiederà una maggiore azione sinergica con i responsabili dei lavoratori per la sicurezza nei luoghi di lavoro, non solo nel coinvolgimento degli stessi soggetti all'atto della redazione del documento aziendale sul rischio, ma soprattutto in fase preventiva, condividendo obiettivi e percorsi per il miglioramento delle generali condizioni di vita in ambito lavorativo. Il medico competente dovrà proseguire ed incrementare la vigilanza sul corretto espletamento delle mansioni assegnate ai singoli dipendenti,

evitando loro eccessive esposizioni a fattori potenziali di rischio e di stress correlato. Importante ruolo è altresì assegnato alla stessa figura sul monitoraggio pressoché continuo delle richieste avanzate in tema di limitazioni all'attività lavorativa, sia attraverso il periodico accertamento della sussistenza di tali condizioni, sia ab origine, vigilando al fine di mantenere l'utilizzo di istituti a forte impatto e valore sociale nei corretti e legittimi ambiti di incidenza, evitandone gli abusi.

2) Prevenzione Veterinaria

Il territorio dell'Azienda Sanitaria Nuorese, si caratterizza, storicamente per la forte presenza di allevamenti e di popolazione animale, ma più in generale, per la sua forte vocazione agropastorale e per una cultura tipicamente legata alle attività rurali.

I servizi veterinari aziendali svolgono pertanto all'interno del territorio, non solo una classica funzione di sanità e controllo animale, ma anche un'azione di carattere sociale, attraverso un confronto con gli operatori dell'agro che non si limita all'applicazione di protocolli sanitari, ma supera tali aspetti favorendo il miglioramento dei metodi di conduzione e produzione delle aziende. Saranno potenziate tutte le attività di vigilanza rispetto alle varie patologie presenti nel territorio salvaguardando il patrimonio zootecnico e intensificando le azioni di prevenzione e informazione specialmente sulla trasmissione all'uomo di talune malattie, su tutte, echinococcosi, trichinellosi, e della recente emergenza determinata dalla cosiddetta "febbre del nilo".

Un focus particolare verrà comunque riservato alle attività sulla sicurezza della catena alimentare, incentivando il rispetto delle regole ed informando capillarmente gli operatori e le famiglie sui corretti comportamenti e stili da adottare per un idoneo processo di trasformazione e consumo delle carni in particolare.

3) Attività di Screening – Colon Retto – Mammella – Cervice Uterina

Il Piano Regionale prevede la realizzazione dei progetti sugli screening oncologici riguardanti, tra gli altri, i tumori del colon retto e della mammella. La ASL di Nuoro coerentemente col Progetto elaborato nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione, intende riavviare, dopo la fase sperimentale, per l'anno 2012, l'attività di Screening del Colon Retto in tutti e 4 i distretti, sulla popolazione target di età compresa fra i 50 e i 69 anni (40.000 unità), con la ricerca di sangue occulto nelle feci con cadenza biennale e inviare i positivi al SOF al 2° livello dello screening (endoscopia chirurgica). Si prevedono, a regime, richieste per oltre 400 esami di colonscopia aggiuntivi all'anno.

Lo stesso Piano Regionale, come detto, prevede la realizzazione dei progetti di screening oncologici riguardanti i tumori della mammella. Anche in questo caso, la ASL di Nuoro riavvierà per gli anni 2012/2013, l'attività di Screening Mammografico in tutti e 4 i distretti. L'attività di prevenzione si rivolge a donne sane e prive di sintomi, alle quali si dovrà garantire non solo

l'accertamento diagnostico preventivo, ma anche l'eventuale trattamento dei casi di tumore identificato mediante screening, e disporre controlli periodici a cadenza biennale alla restante popolazione sana. Il target è di circa 20.000 donne tra i 50 e i 69 anni da chiamare in un arco temporale di due anni. Le linee guida nazionali per lo screening mammografico prevedono:

- mammografia convenzionale in due proiezioni ad intervallo biennale;
- digitalizzazione dei mammografi che favorirà una doppia lettura dell'esame mammografico per aumentare la qualità della diagnosi, ed eventualmente di una terza lettura nei casi discordanti, per ridurre il tasso di errore diagnostico con la digitalizzazione degli strumenti diagnostici;

Nell'anno 2012 proseguiranno gli screening per la prevenzione delle neoplasie del carcinoma della cervice uterina. In Sardegna, i tumori maligni dell'utero, mostrano un tendenziale decremento, grazie appunto alle campagne di prevenzione di questi ultimi anni.

Si intende quindi incrementare la copertura della popolazione target, incrementando le chiamate attive dall'88% della popolazione femminile, al 100%, provvedendo ad estendere l'invito a tutte le donne che non hanno ricevuto l'invito o non hanno risposto. Si procederà inoltre al richiamo della popolazione femminile che hanno già effettuato i test da oltre tre anni.

Verrà complessivamente potenziata la campagna informativa relativa a tutti gli screening, favorendo il coinvolgimento dei MMG, i Servizi Sociali dei Comuni, le associazioni di volontariato le farmacie e gli organi di stampa.

4) Prevenzione Cardiologica: "Estensione Della Carta Del Rischio Cardiovascolare"

Nell'attuazione delle politiche concernenti la riduzione dei fattori di rischio per alcune e puntuali patologie e sulle cause più ricorrenti di mortalità, appare indispensabile un'azione di prevenzione capillare e massiccia che riguardi nello specifico le malattie cardiovascolari. Le strutture aziendali a ciò dedicate, sia sul livello ospedaliero che su quello territoriale, attiveranno le dovute sinergie per definire e realizzare un programma di prevenzione che partendo dall'informazione sui corretti stili di vita e sui fattori di rischio cardiovascolare, porti a conoscenza dell'utenza, la relativa carta di rischio. Sul fronte interno, si intende procedere sia a livello individuale che con riunioni di gruppo, promuovendo incontri e sedute dedicate in via prioritaria ai pazienti afferenti gli ambulatori dei servizi di cardiologia ospedalieri e distrettuali. All'esterno dovrà invece essere maggiormente potenziata la campagna di comunicazione, attivando mirati focus formativi e informativi dedicati agli alunni delle scuole primaria e secondaria.

In quest'ottica il coinvolgimento dei medici di medicina generale, diventerà elemento irrinunciabile ai fini della massima diffusione della campagna di prevenzione, così come le attività di prevenzione secondaria delle recidive di scompenso cardiaco cronico in pazienti con cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, diabete mellito, valvulopatie attraverso

ambulatori dedicati per i controlli clinici, elettrocardiografici, ecocardiografici e test ergometrici.

5) Prevenzione Incidenti Domestici

Gli Incidenti Domestici (ID) raggiungono nel nostro Paese, così come nei Paesi occidentali, livelli di mortalità davvero importanti; i costi umani ed economici, se pure di straordinaria rilevanza, sono inspiegabilmente sottovalutati. Il SINIACA (Istituto Superiore di Sanità) ha diffuso le seguenti cifre:

4.380.000 Eventi/anno

1.728.000 Persone/anno che abbisognano del Pronto Soccorso

130.000 Ricoveri/anno

7.000 Deceduti/anno.

A questi dati devono aggiungersi gli eventi che *non* sono correttamente rilevati come ID propriamente detto, come quelli che richiedono solo un intervento del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta; le patologie non segnalate come ID, o segnalate in maniera inesatta, al P.S. Ad essere più colpite sono indubbiamente le Persone che trascorrono più tempo a casa: le Casalinghe, poi i Bambini (per i quali gli ID rappresentano la prima causa di morte) e gli Anziani.

Il Progetto di Prevenzione degli Incidenti Domestici, anche per gli anni 2012/2013 ribadisce l'esigenza sanitaria e sociale di intervenire con la dovuta informazione e con l'indicazione dei protocolli e delle cautele da mettere in campo per diminuire i rischi cui sopra si è fatto cenno. Il progetto è stato svolto anche in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito di un più ampio Progetto europeo (INTEGRIS) che vede impegnata la nostra Asl in rappresentanza dell'area Sud e le Isole, unitamente all'azienda di Genova per il Nord Italia e di Spoleto per il Centro Italia.

6) Sostegno Allattamento al Seno

Già da due anni, l'Asl di Nuoro è impegnata, con l'Unità Operativa della Pediatria di Comunità, nel progetto "Sostegno e Promozione dell'Allattamento al seno". L'Allattamento al seno rappresenta il modello di riferimento rispetto al quale tutti gli altri tipi di alimentazione devono essere confrontati per quanto riguarda crescita, salute e sviluppo del bambino.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda di proseguire l'allattamento fino al 12° mese e, se possibile, fino al 2° anno di vita del bambino, in ogni caso **non meno di 6 mesi in modo esclusivo**, cioè senza l'aggiunta di altri liquidi.

In aggiunta ai benefici individuali in termini di **salute per la madre e il bambino**, l'allattamento al seno produce indubbi vantaggi sociali ed economici, riducendo altre spese

sanitarie. In Italia siamo ancora piuttosto lontani dalla situazione ideale: solo il 45% dei bambini al sesto mese è allattato al seno in maniera esclusiva (A.C. Burlo Garofolo Trieste 2004), e nella nostra realtà il solo il 10%; dati, confermati dall'indagine (D.S. ASL Nuoro 2009) di questi ultimi due anni. L'impegno dell'Azienda e quello di diffondere attraverso idonei strumenti di comunicazione, le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'OMS in uno specifico progetto di salute del bambino e della madre nel periodo pre e post natale.

J. Area Socio – Sanitaria

Particolare valore strategico si intende riservare all'Area Socio – Sanitaria, nella convinzione che il suo completo sviluppo e la sua maggiore diffusione in termini di incidenza specialmente nei rapporti con gli Enti Locali e con il mondo no – profit, possa rappresentare per l'azienda un reale ed incontestabile valore aggiunto, sia in termini di accrescimento di una cultura sanitaria maggiormente dialogante ed integrata con il variegato mondo socio – sanitario, sia in termini di razionalizzazione e migliore distribuzione delle risorse finanziarie, ribadendo specialmente nei confronti di Comuni e Provincia, la necessità che ognuno provveda, per la parte di competenza, con contributo degli oneri economico – finanziari, in piena collaborazione e nel rispetto dei diversi ruoli istituzionali. Si vuole in particolare rilanciare l'azione di presidio del territorio, attraverso una seria pianificazione dei bisogni delle comunità e della relativa offerta integrata che coinvolga appunto gli Enti Locali, il mondo dell'associazionismo e le istituzioni religiose, anche al fine di distinguere i campi di intervento e soprattutto fornire risposte adeguate specialmente nei confronti di soggetti tradizionalmente svantaggiati e deboli.

In tale contesto operativo, il Servizio Socio – Sanitario, dovrà pertanto vigilare sulle porte di ingresso al sistema sanitario, facilitando l'appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura, coordinando e rendendo omogenea l'azione dei P.U.A. e delle varie U.V.T. territoriali. Ciò diventerà propedeutico a qualsiasi azione di collaborazione con la rete socio assistenziale presente nel territorio, nel senso di indirizzare correttamente verso i diversi livelli di assistenza gli utenti – pazienti, garantendo l'intervento sanitario nella sua interezza nei casi di accertate necessità sanitarie, e di contro, intervenire con l'apporto delle cure primarie direttamente nelle strutture strutture a forte valenza sociale, quali case protette, case di riposo, residenze e semeresidenze di basso livello assistenziale.

Per ultimo, ma solo in ordine di trattazione, il tema della collaborazione con gli enti sopra richiamati, nella la rete dell' emergenza, non tanto nella classica integrazione del 118 con le associazioni di volontariato, oramai da tempo definitivamente assimilata nel "modus operandi" aziendale, quanto piuttosto allargando il campo di azione e collaborazione al campo della Protezione Civile, e quindi estendendo la disponibilità delle proprie risorse professionali e strumentali a quelle fasi emergenziali ed eccezionali che purtroppo negli ultimi anni si presentano regolarmente in diversi periodi dell'anno.

E' intendimento dell'Azienda intervenire preventivamente e strategicamente, con azioni formative teoriche e pratiche dei profili specialistici presenti nelle diverse organizzazioni coinvolte nelle procedure assistenziali di emergenza ma soprattutto con azioni di carattere educativo nei confronti della popolazione in generale, ma in particolare in collaborazione con la scuola su giovani e adolescenti.

κ. Area Territoriale

1) Istituzione del Dipartimento di Assistenza Primaria

Nell'ambito della rivisitazione organizzativa di cui alla sezione riservata agli Obiettivi Generali, si è in particolare fatto riferimento alle azioni di rivisitazione dell'architettura organizzativa dell'Azienda che, già nel 2012, si intende efficacemente perseguire. Tra le altre, assumerà notevole significato strategico, la creazione del Dipartimento Funzionale dell' Assistenza Primaria, con il compito di coordinare le attività territoriali istituzionalmente demandate ai Distretti Sanitari, coinvolgendo direttamente la medicina di famiglia, intervenendo in particolare sull'integrazione tra questa e l'area della fragilità e della disabilità, delle cure domiciliari ed in generale dell'organizzazione medico - assistenziale territoriale, a supporto del paziente non ospedalizzato. Si intende in buona sostanza, sviluppare ulteriormente la rete di tutela sanitaria a favore specialmente di quelle fasce di popolazione più deboli per patologia e livello anagrafico, attraverso un modello di intervento che ponga, al centro dell'interesse degli operatori sanitari, la persona nella sua interezza e nel suo "circuito" familiare e sociale, lasciando all'ambito ospedaliero il compito di focalizzare l'attenzione esclusivamente sulla patologia e sull'evento acuto.

2) Integrazione Medici di Medicina Generale e Attività Territoriali

A) Appropriatezza prescrittiva prestazioni specialistiche e farmaceutica

Da anni la Asl di Nuoro è impegnata nella complessiva riorganizzazione dei servizi territoriali, individuando, specialmente nel coinvolgimento diretto dei MMG nelle attività distrettuali, il punto di snodo sul quale fondare una reale integrazione tra questi ultimi, le equipe sanitarie aziendali e la specialistica ambulatoriale. IL ruolo attivo dei MMG nelle attività distrettuali, oltre che rappresentare, il reale valore aggiunto del governo integrato della domanda sanitaria del territorio, risulta essere la base fondamentale per la realizzazione di un vero e proprio circuito virtuoso sull'appropriatezza prescrittiva, sia nella richiesta di interventi specialistici, sia nella prescrizione farmacologica, attuando uno stretto confronto, da un lato con le U.V.T. territoriali e P.U.A., e dall'altro con la farmacia territoriale nel rispetto delle linee guida e dei protocolli aziendali. Tutto ciò con l'obiettivo di migliorare i percorsi sanitari degli utenti attraverso un'

offerta di prestazioni di adeguata qualità, senza peraltro sottacere sul contributo che da tali azioni, deriveranno sul versante del contenimento della spesa.

B) Case della Salute

La collaborazione con i Medici di Medicina Generale nel senso sopra indicato, si svilupperà anche sul versante della copertura h. 24 del territorio. Questa Azienda infatti, ha già negli anni precedenti, tracciato un percorso per la realizzazione delle Case della Salute, coinvolgendo in tale processo, la medicina di famiglia e la continuità assistenziale. Si intende fornire una prima e adeguata risposta all'utenza, attraverso il presidio del territorio con il coinvolgimento di tutti gli attori sanitari presenti in un'unica struttura, che garantisca da un lato un continuo interscambio professionale e dall'altro, una "presa in carico" del paziente integrata tra medico di famiglia e lo specialista ai fini di una adeguata e appropriata risposta sanitaria, sia in termini di diagnosi che di cura, attuando un naturale "trriage" verso ospedalizzazioni non sufficientemente ponderate o inadeguate per mancanza di validi strumenti di filtro.

3) Riorganizzazione Assistenza Specialistica Ambulatoriale:

In questo contesto, si intende quindi rivalutare il fabbisogno sanitario presente nel proprio territorio, razionalizzando l'offerta sanitaria con una forte attenzione al monitoraggio delle patologie più ricorrenti e a maggiore prevalenza creando percorsi preferenziali diagnostici e terapeutici.

• Sviluppo di percorsi One Day Service Ambulatoriale

Si intende dare piena attuazione ai PCCA (Pacchetto Complesso di Chirurgia Ambulatoriale) e ai PACC (Pacchetto Ambulatoriale Complesso e Coordinato) secondo quanto stabilito dalle vigenti normative, al fine di facilitare l'assistenza sia ospedaliera che territoriale del paziente medicalizzato.

• Contenimento delle Liste d'attesa

L'obiettivo è tra quelli posti dall' Ass.to Reg.le alla Sanità in termini di assoluta indifferibilità. Risponde all'esigenza di assicurare al cittadino prestazioni adeguate, nei tempi e nei modi alla domanda nel rispetto della tutela della persona e del principio di equità nell'accesso alle prestazioni.

Su questo fronte l' Azienda si impegnerà, dopo l'esperienza del passato, al monitoraggio dei tempi di attesa, in particolare per quelle prestazioni che presentano maggiore criticità in linea con quanto stabilito con Delibera 33/26 10.8.2011 "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 e pianificazione strategica delle attività di controllo. Sostituzione della Delib.G.R. n. 30/62 del 12.7.2011. Approvazione preliminare" del Piano Aziendale.

In particolare si agevolerà il percorso di accesso ai pazienti anziani, pensionati e diversamente abili oltre che gestire gli accessi per agende dedicate per interventi, in

urgenti, brevi, differite e programmate e mediante la verifica della produttività degli specialisti e l'implementazione dei sistemi di recalling.

Persiste, inoltre, il fenomeno di un'alta mortalità delle agende di prenotazione, frutto di tempi troppo lunghi ma anche di un malcostume nel non disdire la prenotazione effettuate. L'azienda interverrà con strumenti mirati, anche con l'ausilio dell'associazionismo e di Cittadinanza attiva.

4)Rafforzamento della Riabilitazione Globale e razionalizzazione della Riabilitazione Ambulatoriale

Al fine di poter soddisfare la continua crescita di domanda per l'assistenza di riabilitazione globale si punterà al potenziamento dell'unico Centro di Riabilitazione Globale Aziendale di Macomer che attualmente dispone di 9 posti letto per la riabilitazione estensiva (di tipo residenziale, ambulatoriale e domiciliare).

Si prevede inoltre di agire sulla domanda, riconsiderando sotto il profilo dell'appropriatezza, le autorizzazioni riferite all'utenza in cura da lunghi anni senza soluzione di continuità nei centri di riabilitazione convenzionata ex. Art. 26 presenti sul territorio.

Nell'ambito della riabilitazione ambulatoriale si punterà alla razionalizzazione dei centri presenti nel Distretto di Nuoro attraverso una riduzione di circa il 30% dei 9 ambulatori di Riabilitazione attualmente presenti sul territorio. Si tenderà a potenziare i centri di maggiore riferimento (Siniscola, Macomer, Sorgono) e, dall'altra, ad accorpate sedi periferiche del Distretto di Nuoro (Bitti, Gavoi, Dorgali, Ottana), tenendo conto naturalmente delle difficoltà di collegamento tra i diversi centri abitati. Si provvederà attraverso la predisposizione di accordi di programma con i Comuni interessati per la definizione di un servizio di trasporto per tutti quei pazienti che, dovendosi recare in un altro comune, non lo possono fare autonomamente e prevedere, per i pazienti intrasportabili, un potenziamento dell'assistenza con inserimento nell'Assistenza Domiciliare di Riabilitazione.

5)Realizzazione di RSA nella Provincia di Nuoro

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, a più riprese, negli anni passati, si è manifestata l'esigenza di provvedere direttamente al fabbisogno socio sanitario della nostra popolazione attraverso la realizzazione strutture ricettive specifiche (RSA) in grado di garantire assistenza alla popolazione anziana che presenta patologie invalidanti ed elevati livelli di non autonomia e ai pazienti affetti da patologie croniche evolutive degenerative. Nonostante la Regione Sardegna vanta una media regionale pari a 1,9 posti letto in RSA per 1.000 abitanti (Fonte: Piano Sanitario Regionale 2006 – 2008), la nostra Azienda risulta ancora carente di tali strutture sia nella forma pubblica che privata, costringendo i nostri utenti a ricoveri fuori dalla nostra provincia. Andranno a colmare tale grave carenza, la realizzazione della RSA nel Comune di

Macomer con una disponibilità complessiva di 40 posti letto. Nell'anno 2012, si avvieranno i lavori per la costruzione di un'altra RSA nel Comune di Desulo, a copertura del territorio più svantaggiato della nostra azienda, per orografia e reti di collegamento. Mentre è allo studio la possibilità di realizzare una ulteriore R.S.A. nel territorio della Baronia, per far fronte alla crescente domanda di quel territorio.

6) Centro diurno integrato di Sorgono

Si sta valutando la possibilità di realizzare un Centro Diurno Integrato a valenza diurna e/o semiresidenziale (delib. Ras 34/26 del 2010 ss.mm.ii, Linee guida di riabilitazione regionali delib. 8/16 del 2010 e Accordo Stato - Regione concernente il "Piano di indirizzo per la riabilitazione") finalizzato ad attività socio assistenziale per la riabilitazione occupazionale a favore di soggetti disabili e non autosufficienti. Tale assistenza si concretizzerà attraverso attività di socializzazione e ricreative, animazione, laboratori, assistenza infermieristica e di riabilitazione (terapisti e psicomotricisti) e interventi di medici specialistici appartenenti alle strutture sanitarie locali. Tale struttura potrà costituire, inoltre, un riferimento per i familiari per la sua la funzione di supporto e di sollievo.

La sua realizzazione può essere prevista presso la ex struttura Rsa, poi Casa Protetta, del Comune di Sorgono.

L. Area della Salute Mentale e delle Dipendenze

1) Piani Terapeutici Riabilitativi Personalizzati (PTRP) per disabili psichici

L'Azienda Sanitaria, al fine di rendere più agevole il percorso riabilitativo, ha indetto una gara per la selezione di un partner privato (co-gestore) finalizzata ad una gestione mista pubblico-privata dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati, destinata agli utenti del territorio afflitti da gravi patologie mentali e di dipendenza o da forme miste (doppia diagnosi). Il partner privato verrà coinvolto essenzialmente per le attività socio-sanitarie e socio-assistenziali mentre resteranno in capo ai servizi del Dipartimento tutte le competenze sanitarie. Il co-gestore, oltre alle competenze specifiche ed alle esperienze professionali, dovrà disporre di una rete di postazioni operative capillarmente distribuite in tutto il territorio.

2) Reinserimento Pazienti O.P.G.

Il Dipartimento è impegnato già dallo scorso biennio nella risoluzione della delicata problematica relativa ai pazienti ricoverati negli O.P.G. (ospedali psichiatrici giudiziari). In base al DPCM 01-04-2008, le ASL di provenienza debbono farsi carico dell'assistenza ai loro malati

internati in OPG. Alle Regioni è demandato il compito di elaborare un piano di attuazione commisurato alle necessità della rispettiva Utenza ricoverata in OPG.

Circa il 20 - 25% dei Pazienti sardi internati in OPG, fino a qualche anno fa, era proveniente dalla sola ASL di Nuoro.

Nel 2010, la Regione Sardegna individuava proprio la nostra la Asl come capofila di un progetto per la "promozione di attività di integrazione tra Dipartimenti di salute Mentale e Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Negli ultimi anni si è registrata una netta inversione di tendenza, il numero degli internati si è notevolmente ridotto, riportando presso le nostre strutture, con piani terapeutici adeguati, questi pazienti. Per l'anno 2012 si intende ulteriormente implementare l'azione di recupero, con l'attivazione di una Comunità terapeutica residenziale psichiatrica di altissima intensità terapeutico - riabilitativa destinata ad accogliere Pazienti ex - OPG o Pazienti con procedimenti penali pendenti che, si prevede, potrebbero comportare l'applicazione di misure di sicurezza.

L'Amministrazione comunale di Tonara si è detta disponibile a cedere in comodato d'uso gratuito alla ASL di Nuoro un proprio immobile, già ultimato per adibirlo come sede del Centro Diurno Integrato Psichiatrico, rendendo così disponibile la sede della ex colonia quale centro di accoglienza di alta intensità, idonea ad ospitare il rientro dei pazienti attualmente ospiti in diversi ospedali psichiatrici giudiziari della penisola.

m. Area Ospedaliera

In una prospettiva di riqualificazione dell'assistenza e di rientro dal disavanzo, appare opportuno riqualificare l'assistenza ospedaliera attraverso una riorganizzazione strutturale e operativa declinata concretamente negli obiettivi di seguito elencati:

1)Realizzazione del Polo Oncologico Nuorese - Creazione del Dipartimento Radio - Oncologico – Realizzazione della rete oncologica secondo il sistema hub e spoke

L'Azienda ha già da tempo avviato il potenziamento della struttura Ospedaliera dell' Oncologia medica, che peraltro anche nelle intenzioni del Piano Sanitario Regionale, dovrà nel prossimo futuro, fungere da Polo Oncologico dell'area della Sardegna Centrale, e quindi punto di riferimento per le Aziende Sanitarie in essa gravitanti. La prossima ristrutturazione del P.O. San Francesco permetterà anche una collocazione logistica più adeguata dell'intero servizio, ora dislocato presso il vicino ospedale C. Zonchello. Resta comunque da raggiungere, una vera e marcata integrazione con la specialistica presente nel territorio, al fine di fornire una risposta sanitaria uniforme e omogenea, che oltre rappresentare un elemento di sicura affidabilità per il paziente, dia il senso compiuto della rete Oncologica su tutto il territorio aziendale nella logica, auspicata anche dalla Regione, dell'Hub & Spoke. Conseguenza naturale del processo di integrazione testè indicato, dovrà essere una maggiore razionalizzazione dell'utilizzo dei farmaci

antiblastici a tutto vantaggio anche di una riduzione dei costi. Il percorso del potenziamento del servizio aziendale è mirato, in ultima analisi, alla creazione del Dipartimento Radioterapia e Oncologia che con l'avvio della radioterapia e la sua sempre più marcata presenza, non solo in ambito aziendale, ma anche come riferimento per le Aziende confinanti, lo pone quale priorità naturale da raggiungere. L'esigenza di coordinare in un ambito dipartimentale, tutta l'area dell'oncologia medica e della Radioterapia, con la futura Medicina Nucleare, stà assumendo sempre di più, un rilievo strategico primario per la nostra Azienda, nella considerazione, non solo della complessità organizzativa propria di quest'area, ma altresì al cospetto del necessario monitoraggio e contenimento dei costi, unitamente alla indispensabile uniforme e univoca risposta sanitaria che solo l'approccio dipartimentale può garantire.

Si prevede il completamento del Servizio attraverso l'acquisizione dell'apparecchio dedicato alle tecniche IGRT e della CT PET (Tomografia ad Emissioni di Positroni) e alla realizzazione del Centro di Medicina Nucleare.

2) Completamento O.B.I. - Medicina d'Urgenza

La politica di contenimento dei costi, intrapresa dalla nostra Azienda, continuerà attraverso il potenziamento dell'unità operativa di Osservazione Breve Intensiva (OBI) che già consente la riduzione dei ricoveri impropri con evidenti vantaggi di tipo assistenziale, organizzativo ed economico.

Viene assicurata ai pazienti una valutazione clinica e strumentale in regime di degenza nell'OBI del Pronto Soccorso, commisurata al rischio evolutivo della patologia, con successivo eventuale ricovero in reparto o dimissione in totale sicurezza.

Dal punto di vista organizzativo sarà ulteriormente garantita un'attività di filtro verso i reparti tesa a determinare una riduzione dei ricoveri impropri e quindi un contenimento del carico di lavoro verso le altre unità operative ospedaliere. Per l'anno 2012, si intende infine sperimentare, a corollario delle tipiche attività dell'O.B.I., anche una forma di assistenza del paziente che d'urgenza e in via provvisoria potrà essere ricoverato presso lo stesso pronto soccorso per transitare in un secondo momento nel reparto di riferimento. Ciò al fine di fornire immediata e appropriata assistenza riducendo i tempi di attesa e commisurando il percorso successivo alla prosecuzione degli ulteriori accertamenti e cure necessarie.

3) Potenziamento Stroke

Nell'ambito della rete regionale la Stroke Unit del presidio San Francesco costituisce uno dei tre centri di riferimento, insieme all'Ospedale Brotzu e all'ASL di Sassari.

L'unità è specializzata nell'assistenza intensiva dei pazienti colpiti da ictus.

La sua attivazione ha consentito di ridurre la mortalità in fase acuta, grazie ai miglioramenti negli interventi terapeutici e nell'applicazione delle pratiche preventive per la riduzione dei fattori di rischio e nella fase post-acuta di ottimizzare l'assistenza del paziente cerebrovascolare fino alla sua riabilitazione.

Per il 2012 è previsto il completamento dell'organico, una più adeguata sistemazione logistica e il potenziamento tecnologico e strumentale.

4)Riconoscimento del Centro Chirurgia Mininvasiva Robotica

Nei reparti di Chirurgia, Urologia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero San Francesco, è attualmente in uso la tecnica della Chirurgia Mininvasiva robotica che pur garantendo una alta qualità e precisione nella prestazione erogate non trova la momento un adeguata remunerazione dei relativi DRG. Si propone pertanto all'Assessorato di Igiene Sanità e assistenza Sociale il riconoscimento del Centro con riferimento regionale e un adeguato riequilibrio pari all'85% dei costi sostenuti per singolo intervento.

5)Rinnovo ed implementazione delle apparecchiature elettromedicali

Per l'anno 2012 è previsto il completamento della prima fornitura di attrezzature sanitarie attraverso il project finance che permetterà un adeguamento tecnologico di una parte significativa del parco elettromedicale, in particolare per la tecnologia pesante.

6) Controllo della Spesa Farmaceutica in ambito ospedaliero

Il Dipartimento del Farmaco, in sinergia con le articolazioni dei Presidi Ospedalieri cittadini e del Presidio di Sorgono, consoliderà la dispensazione diretta dei farmaci.

Si intende potenziare e ulteriormente implementare la dispensazione diretta del farmaco a tutti i pazienti in dimissione ospedaliera, previo controllo delle prescrizioni rilasciate dai singoli reparti.

L'obiettivo atteso è una consistente riduzione dei costi sostenuti dall'Azienda.

7)Realizzazione dell'Unità Centralizzata per le Terapie Antiblastiche

Presso l'unità farmaceutica del Presidio Ospedaliero "S. Francesco" di Nuoro verrà realizzata una camera sterile per la preparazione di farmaci antitumorali secondo le attuali disposizioni di legge (Decreto L. vo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"; Linee guida per la sicurezza dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali - Min. Sanità, del 24.06.99; Farmacopea Ufficiale XI ed.), nonché sulla base della letteratura nazionale ed internazionale, in

particolare quella sugli aspetti tossicologici, farmacologici delle terapie antitumorali, sull'esposizione professionale e sulla vigilanza.

In previsione della centralizzazione, si intende procedere con la realizzazione dei locali di un laboratorio adatto, ed alla fornitura dei farmaci di base per l'allestimento delle terapie in sacche multidose al fine di:

- offrire maggiori garanzie dal punto di vista della sicurezza per l'operatore;
- offrire una maggiore sicurezza dal punto di vista ambientale in quanto si annulla il rischio di rotture accidentali;
- rendere possibile un significativo risparmio in termini economici e di tempo in quanto si riducono gli "scarti" legati ad utilizzi parziali delle fiale monodose e nel personalizzare il dosaggio del paziente. Per la realizzazione di tale progetto, sarà indispensabile implementare l'organico disponibile dei farmacisti e del personale. A fronte dell'onere finanziario richiesto per la realizzazione di quanto sopra il progetto permetterà nel medio periodo virtuose economie di scala.

n. Obiettivi Programmatici e Progetti

1. Valori Obiettivo, Conseguiti ed Attesi

Si riporta di seguito l'allegato n. 3 che sintetizza, attraverso gli indicatori elencati, gli aspetti quali-quantitativi dell'offerta dei servizi aziendali.

Allegato 3: Programma sanitario triennale - Gli obiettivi programmatici e i progetti. *Relazione introduttiva sulle problematiche da affrontare: liste d'attesa, gestione mobilità*

Valori obiettivo, conseguiti ed attesi per gli indicatori

Indicatori	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Valore rilevato	valore rilevato	valore rilevato/obiettivo	valore obiettivo	valore obiettivo	valore obiettivo
Tasso grezzo di ospedalizzazione[7]	182,29	180,78	180	180	180	180
Ospedalizzazione prevenibile[8] con diagnosi di Diabete - maschi -	-	93,28	93	93	93	93
Ospedalizzazione prevenibile[8] con diagnosi di Diabete - femmine -	-	63,70	63,5	63,5	63,5	63,5
Ospedalizzazione prevenibile[8] con diagnosi di Asma - maschi -	-	13,57	13,5	13,5	13,5	13,5
Ospedalizzazione prevenibile[8] con diagnosi di Asma - femmine -	-	19,99	19,5	19,5	19,5	19,5
Degenza media[9]	6,47	6,42	6,4	6,4	6,4	6,4
N° medio di accessi in DH[10]	2,82	2,79	2,5	2,5	2,5	2,5
Tasso di occupazione dei posti letto[11]	80,06%	81,75%	81,00%	81,00%	81,00%	81,00%
Peso medio DRG[12]	1,1715	1,0034	1,004	1,004	1,004	1,004
Percentuale di ricorso al cesareo[13]	39,22%	36,60%	39,64%	36,00%	35,00%	35%
Percentuale di popolazione vaccinata[14]	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%	>99%
Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina	99,42%	98,69%	Attività non programmata	98,00%	Attività non programmata	Attività non programmata
Percentuale di zoonosi[15]	-	0,0025% (n. 4 casi)	-	-	-	-
Percentuale di anziani[16] trattati in ADI	57,96%	60,13%	60%	60%	60%	60%
Numero utenti presi in carico dai SERD per 100.000 abitanti	471	384	418	445	473	501

7 Totale, acuti e post acuzie con esclusione del DRG 391 "NEONATO SANO".

8 Tasso di ricovero standardizzato per età e genere (metodo diretto, popolazione di riferimento Istat Italia Censimento) x 100.0000 ab. Stratificando con diagnosi principale dei diabete (25.xx) e asma (493.xx).

9 Ricoveri ordinari discipline per acuti, standardizzata per Case-MIX (riferimento distribuzione DRG nazionale).

10 Ricoveri diurni discipline per acuti.

11 Stratificato per regime di ricovero.

12 Stratificato per regime di ricovero.

13 Numero di parti cesarei/totale parti*100.

14 In via obbligatoria.

15 Numero di casi di zoonosi/popolazione residente*100.

16 Over 65

2. Progetti e Obiettivi Programmatici

I principali progetti e obiettivi programmatici ad alto valore strategico che si intendono perseguire per ogni anno del triennio sono stati riepilogati nei seguenti allegati:

- **Allegato 4:** elenco degli obiettivi programmatici;
- **Allegato 5:** elenco dettagliato degli obiettivi

E' importante sottolineare che la corposità dei lavori che l'Azienda affronterà nei prossimo triennio, l'adeguamento strutturale, l'ammodernamento tecnologico, la riorganizzazione della logistica dei servizi daranno origine a importanti cambiamenti organizzativi e gestionali dell'Azienda.

In un contesto così dinamico la valutazione degli effetti in termini di attività sanitaria dovrà tener conto delle diverse sinergie tra le varie specialità che verranno poste in essere e quelle preesistenti, nonché del contestuale potenziamento dell'area territoriale.

Tale effetto non può essere quindi misurato semplicemente come sommatoria delle attività dei singoli servizi, ma dovrà essere valutato in modo integrato.

Considerata la complessità dell'analisi è al momento in fase di definizione la valutazione dei relativi effetti sanitari.

La valutazione degli effetti economici scaturenti da tale riassetto è vincolata ad una puntuale misurazione della potenzialità in termini di offerta sanitaria, che a sua volta dovrà tenere conto della mobilità in entrata e in uscita, delle attuali risorse umane disponibili e acquisibili.

La complessità del lavoro richiesto in un ottica in cui bisogna tenere conto di tutte le dinamiche ci porta a rinviare l'indicazione degli effetti economici in un momento successivo.