

DOCUMENTO PROGRAMMATICO
PROGRAMMA STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI ART. 20 L.67/88

FEBBRAIO 2008



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Documento Programmatico sugli Investimenti Straordinari per
l'Ammodernamento Strutturale, Tecnologico ed Organizzativo
del Servizio Sanitario Regionale – Art. 20 Legge n. 67 del 1988



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1.SOMMARIO.....	4
PREMESSA.....	4
1.1 IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO.....	6
1.1.1 <i>Quadro normativo nazionale</i>	6
1.1.2 <i>Quadro normativo regionale</i>	7
1.1.3 <i>La programmazione sanitaria regionale</i>	7
1.2 LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE ALLA BASE DEL DOCUMENTO PROGRAMMATICO	13
1.2.1 <i>I contenuti del Piano Regionale dei servizi sanitari 2006/2008</i>	13
1.2.2 <i>Definizione degli obiettivi generali e specifici</i>	16
1.3 LE FONTI DI FINANZIAMENTO DEL PROGRAMMA DI INVESTIMENTO.....	18
1.4 RICOGNIZIONE DEI PROGRAMMI REGIONALI DEGLI INVESTIMENTI.....	21
1.4.1 <i>Programmi di investimento finanziati con risorse regionali</i>	21
1.4.2 <i>Programmi di investimento finanziati con risorse nazionali</i>	23
1.4.3 <i>Programmi di investimento finanziati con risorse comunitarie</i>	25
2.LA LOGICA DELL'INTERVENTO E GLI OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE	29
2.1 ANALISI DEL CONTESTO E INDIVIDUAZIONE DEI BISOGNI.....	29
2.1.1 <i>Il quadro demografico della Regione</i>	29
2.1.2 <i>Il quadro nosografico della Regione</i>	32
2.1.3 <i>L'offerta di prestazioni e servizi</i>	47
2.1.4 <i>La domanda di prestazioni sanitarie</i>	48
2.1.5 <i>La mobilità intra ed extra regionale</i>	52
2.1.6 <i>Criticità nell'accesso a percorsi diagnostico terapeutici e liste d'attesa</i>	54
2.2 ANALISI SWOT	55
2.3 GLI OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI.....	59
2.4 GLI OBIETTIVI OPERATIVI E GLI INTERVENTI PROGETTUALI	60
2.4.1 <i>L'area dell'assistenza distrettuale</i>	60
2.4.2 <i>L'area dell'assistenza ospedaliera</i>	65
2.6 EFFETTI DEGLI INVESTIMENTI SULL'OFFERTA.....	72
2.7 LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA DEGLI INTERVENTI.....	73
3.INDICATORI DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI E FONTI DI VERIFICA.....	75
3.1 AREA ASSISTENZA TERRITORIALE.....	75
3.2 AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	75
4.STRUMENTI E MEZZI DI MONITORAGGIO.....	76
ALLEGATI.....	77
<i>Allegato A - Schede informative degli interventi</i>	78

1. Sommario

Premessa

Il presente documento programmatico si inserisce nell'ambito della programma straordinario nazionale degli investimenti in sanità autorizzato e finanziato dall'art. 20 della Legge 11 marzo 1988, n. 67.

La Regione Sardegna ha avviato il proprio programma di interventi ex art. 20 solo nel 1996 (prima fase) ed ha formalmente attivato la seconda fase con la sottoscrizione dell'Accordo di Programma del 29 marzo 2001.

L'attuazione delle varie fasi del programma nazionale ha permesso, nel corso di oltre un decennio, di realizzare un considerevole numero di interventi di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario regionale.

L'azione programmatoria è stata peraltro contraddistinta dalla ricerca di soluzioni a problematiche contingenti che si sono presentate nel corso degli anni, aventi talvolta carattere di emergenza sanitaria e di messa in sicurezza di strutture e tecnologie, piuttosto che da una organica strategia di intervento capace di garantire soluzioni di portata più ampia e benefici a lunga scadenza.

A fronte di tali storiche carenze, il Piano regionale dei servizi sanitari 2006/2008 ha posto come obiettivo strategico la predisposizione di un progetto organico di interventi volti all'adeguamento progressivo del patrimonio edilizio agli standard in materia di requisiti minimi previsti dalla normativa nazionale, al potenziamento delle strutture territoriali, all'avvio di un piano straordinario per le nuove strutture ospedaliere e per gli ospedali di comunità, nonché la definizione di un piano di ammodernamento tecnologico che renda visibile il miglioramento della qualità dell'offerta sanitaria, specie con riferimento all'alta diagnostica e alla radioterapia oncologica.

Il processo di ottimizzazione del servizio sanitario regionale, pertanto, lungi dall'essere concluso, procede con la presente proposta di intervento, in linea con i dettami del citato Piano regionale dei servizi sanitari 2006/2008, nonché del Piano di riqualificazione e riorganizzazione del SSR sottoscritto in data 31 luglio 2007, nell'ottica di una maggiore razionalizzazione delle logiche di intervento.

Il metodo di programmazione adottato, basato su una complessa analisi che va dall'esame dell'attualità dell'offerta sanitaria, all'opportunità di verifica e selezione, sino alla valutazione qualitativa dei risultati conseguiti, ha permesso di operare la scelta di interventi progettuali in coerenza con le reali esigenze sanitarie messe in evidenza con il Piano regionale dei servizi sanitari 2006/2008.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1.1 Il quadro normativo di riferimento

1.1.1 Quadro normativo nazionale

Il programma di investimenti oggetto del presente documento programmatico si configura come segmento del programma straordinario nazionale delineato con l'**art. 20 della Legge n. 67, del 11 marzo 1988**, pertanto è soggetto alle disposizioni procedurali e attuative strettamente connesse a detta norma e alle successive modifiche e integrazioni.

L'aspetto procedurale, in particolare, è disciplinato dall'**art. 5 bis del Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992** e successive modifiche ed integrazioni, con il quale si stabilisce che il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, può stipulare accordi di programma con le regioni per la realizzazione di interventi previsti dall'articolo 20 della citata legge n. 67/88.

Con l'**art. 83 della Legge n. 388 del 23 dicembre 2000** (finanziaria 2001) sono state stanziare risorse integrative da assegnare alle singole regioni, oltre a quelle già attribuite nelle precedenti fasi del programma originario. La Regione Sardegna, attualmente, può disporre della quota di dette risorse assegnata alla Regione stessa, nonché delle somme resesi disponibili a seguito delle revoche degli interventi compresi nell'Accordo di Programma del 29 marzo 2001, che non hanno trovato concreta utilizzazione entro i termini imposti dai **commi 310, 311 e 312 dell'art. 1 della Legge n. 266 del 23 dicembre 2005** (Legge finanziaria 2006).

Le scelte programmatiche e la conseguente individuazione degli obiettivi da perseguire non possono prescindere dai dettami per la riqualificazione, la riorganizzazione e il potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di cui all'**art. 1 della Legge n. 311 del 30 dicembre 2004**, meglio definiti dall'**Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005 n. 2271**, nonché da quanto concordato tra Stato e Regioni con il **Patto per la salute** sottoscritto il 28 settembre del 2006 e previsto in materia nella **Legge n. 296 del 27 dicembre 2006**.

Vi è da precisare che la Regione Sardegna, in data 31 luglio 2007, ha sottoscritto con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze l'Accordo ex art. 1 comma 180 della Legge 311/2004 per l'attuazione di un Piano di rientro, di riqualificazione e di riorganizzazione del Servizio

Sanitario Regionale, contenente l'individuazione degli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

1.1.2 Quadro normativo regionale

A livello regionale, l'assenza delle indicazioni strategiche di un piano sanitario regionale, protrattasi per oltre un ventennio, ha determinato la “disorganicità” della programmazione sanitaria e una marcata frammentazione degli interventi, con conseguenti carenze e sovrapposizioni nell'offerta di servizi.

Si è posto parzialmente rimedio a tale situazione con la legge regionale sulla “Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna” (**Legge Regionale n. 10 del 28 luglio 2006**), che recepisce, seppure tardivamente, la normativa nazionale in materia di riordino del servizio sanitario.

Inoltre, nell'ambito del processo di rinnovamento normativo dell'organizzazione della sanità sarda, un contributo decisivo è stato dato dal **Piano regionale dei servizi sanitari 2006-2008** e dal citato **Piano di rientro, riqualificazione e riorganizzazione del servizio sanitario regionale** ex art. 1 comma 180 della Legge 311/2004, sottoscritto in data 31 luglio 2007, che si propongono di riordinare e risanare il sistema sanitario regionale e di porre rimedio al mancato sviluppo e ammodernamento dei servizi sanitari erogati.

1.1.3 La programmazione sanitaria regionale

La sanità sarda, dopo una lunga assenza programmatica, ha provveduto a dotare il sistema del **Piano regionale dei servizi sanitari 2006-2008**, pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna in data 8 febbraio 2007.

IL PRSS, che costituisce il principale strumento della programmazione sanitaria regionale, è percorso da alcune idee chiave:

- lavoro di rete: in un sistema che voglia rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei cittadini è indispensabile che gli operatori della sanità, così come quelli del sociale, si mettano in rete fra loro, comunichino, condividano obiettivi e costruiscano progetti comuni per una reale presa in carico dei bisogni del paziente;
- personalizzazione degli interventi e centralità della persona;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- appropriatezza: finalità comune agli interventi proposti è l'offrire una qualità assistenziale che faccia riferimento alla validità tecnico-scientifica, all'accettabilità ed alla pertinenza delle prestazioni erogate;
- sviluppo delle attività territoriali: permettere ai cittadini di trovare risposta ai propri bisogni di salute non solo nell'ospedale, ma soprattutto nel territorio di appartenenza, luogo nel quale si realizza concretamente l'integrazione fra il sistema dei servizi sociali e quello dei servizi sanitari;
- valorizzazione delle risorse umane.

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

La prima parte affronta i bisogni di salute che hanno una speciale rilevanza in Sardegna; nella seconda parte vengono individuati gli obiettivi di riordino e di riorganizzazione del sistema di erogazione dei servizi che consentano di dare risposte adeguate dal punto di vista quali-quantitativo; la terza parte individua gli strumenti attraverso i quali il processo di cambiamento della sanità regionale può essere avviato, governato e consolidato (governo clinico e governo economico del sistema, le regole da porre a base del sistema, l'innovazione tecnologica).

Con gli "obiettivi di sistema" il PRSS 2006-2008 affronta i problemi strutturali della rete di offerta e le strategie per la riqualificazione dei servizi, sulla base di criteri di qualità della risposta nei diversi territori e di equità nell'accesso all'assistenza. A tal fine gli obiettivi considerano le macro aree di offerta, dipartimento di prevenzione, distretto, ospedale, emergenza, nonché gli aspetti di particolare rilevanza inerenti al rapporto tra domanda e offerta a valenza diagnostica, terapeutica e strategica.

Tra gli obiettivi strategici viene posto il potenziamento dell'assistenza sanitaria distrettuale, che comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale.

Il graduale raggiungimento di tale obiettivo deve accompagnare il processo di progressiva riduzione dell'assistenza ospedaliera di tipo tradizionale (ricoveri ordinari), rendendo possibile la riduzione complessiva della dotazione di posti letto per acuti e del tasso di ospedalizzazione, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale.

Il PRSS prevede infatti che le aziende sanitarie assicurino la realizzazione degli interventi di qualificazione dell'assistenza territoriale con modalità e tempi coerenti con il graduale superamento della centralità dell'ospedale.

Le indicazioni fornite dal PRSS per qualificare l'assistenza distrettuale sono:

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

Il PRSS prevede in particolare che ogni azienda sanitaria promuova l'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra i diversi centri di offerta, in particolare fra ospedale e territorio. La continuità assistenziale è finalizzata a qualificare l'assistenza, ovunque essa venga erogata, a ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, a contenere i ricoveri inappropriati, a favorire dimissioni programmate, a ridurre il consumo di prestazioni specialistiche non coerenti con i percorsi diagnostico-terapeutici personalizzati e ad evitare il consumo di prestazioni sanitarie di efficacia non documentata scientificamente. La continuità assistenziale interessa in particolare l'assistenza alle persone con disabilità, non autosufficienti, affette da patologie in fase terminale, che necessitano di cure di lungo periodo, cioè tutte quelle situazioni in cui si richiede integrazione tra medici di famiglia, ospedale e servizi distrettuali.

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

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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Lo sviluppo delle risposte integrate sociosanitarie è finalizzato a garantire risposte alla crescente domanda di assistenza da parte di persone e famiglie in condizioni di bisogno tali da richiedere assistenza sociosanitaria, anche di lungo periodo. Il livello distrettuale è la sede privilegiata dove realizzare un sistema di offerta capace di erogare le prestazioni vicino alle esigenze della popolazione e dove integrare le funzioni sociali e sanitarie.

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

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

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

In coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente, obiettivo del Piano è ricondurre entro il 2009 il numero dei posti letto e il tasso di ospedalizzazione nei limiti dello standard nazionale. Si ribadisce che il graduale adeguamento del tasso di ospedalizzazione deve essere preceduto da un insieme di interventi finalizzati a garantire il progressivo potenziamento delle attività alternative al ricovero ordinario (in particolare, assistenza sul territorio e ricoveri diurni), nonché la riduzione dei ricoveri impropri, in modo da assicurare risposte assistenziali appropriate e di complessità adeguata alle specifiche esigenze delle persone in condizioni di bisogno.

A tal fine, il PRSS prevede la parziale trasformazione di alcuni piccoli ospedali in strutture a bassa intensità assistenziale, che potrà consentire il miglioramento della qualità dell'assistenza nonché la salvaguardia dei livelli di occupazione.

Con riferimento all'intera area dell'offerta ospedaliera è previsto lo sviluppo di un sistema a rete che risponda in modo coordinato alla domanda della popolazione sarda. Il modello proposto dal PRSS è

quello a rete “*hub and spoke*”, che prevede la creazione di strutture assistenziali con differenti gradi di complessità, al fine di favorire una risposta appropriata ed efficiente su tutto il territorio regionale.

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

La rete ospedaliera organizzata e sviluppata secondo il modello del *hub and spoke* garantisce minima congestione, forte specializzazione, massima efficienza tecnica attraverso la concentrazione della casistica e la tempestività di invio dalla periferia. Secondo questo modello, la connessione nell'ambito di una stessa specialità in differenti ospedali è più forte della connessione con altre specialità all'interno dello stesso ospedale. In tale organizzazione il ruolo svolto dallo *spoke* (i raggi) è comunque fondamentale, in quanto le strutture di primo livello rimangono titolari, oltre che delle cure di primo livello, della gestione del processo assistenziale del paziente nell'area territoriale di riferimento. La metodologia di lavoro, definita per organizzare operativamente la rete, prevede l'individuazione dei bacini di popolazione di riferimento in relazione ai fabbisogni specifici ed ai volumi di attività clinica, la definizione delle caratteristiche dei nodi della rete ed i criteri di riferimento fra i servizi, stabilendo modalità attraverso le quali mantenere le competenze del centro leader e le modalità attraverso le quali condividere le competenze disponibili con la periferia. La funzionalità della rete è legata allo sviluppo e alla connotazione di un sistema informativo e alla definizione delle modalità della committenza.

Nello sviluppo di tale metodologia, è necessario tenere conto delle peculiarità dell'offerta ospedaliera legate alle condizioni di insularità della Regione Sardegna, che rendono assai difficile la mobilità extraregionale, ovviamente molto più agevole nel resto del territorio nazionale. E' pertanto indispensabile programmare un'offerta sanitaria ospedaliera regionale di qualità, indirizzata alla richiesta sanitaria con i tassi epidemiologici più elevati.

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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Oltre al Piano dei servizi sanitari 2006-2006, la Regione Sardegna ha sottoscritto il **Piano di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale**, approvato con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 30/33 del 2 agosto 2007.

Il suddetto Piano si pone come esplicitazione del percorso in atto di riorganizzazione e ammodernamento del Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto del mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, ed è diretto a favorire la riqualificazione delle risposte assistenziali garantite alle persone. In perfetta coerenza con il PRSS 2006/2008, gli obiettivi individuati dal Piano sono:

- a) la riorganizzazione strutturale dei macrolivelli assistenziali (area dell'assistenza collettiva; area dell'assistenza sanitaria distrettuale; area dell'assistenza ospedaliera);
- b) l'innovazione del Servizio Sanitario Regionale.

Il percorso di riorganizzazione e ammodernamento del Servizio Sanitario Regionale è finalizzato al perseguimento dell'equilibrio economico e finanziario attraverso la riduzione strutturale del disavanzo ai sensi e per gli effetti della L. 311/04, della L. 266/05 e della L. 296/2006.

1.2 La programmazione sanitaria regionale alla base del documento programmatico

1.2.1 I contenuti del Piano Regionale dei servizi sanitari 2006/2008

Il PRSS 2006-2008, nel ripercorrere le fasi dell'attuazione del programma di investimenti di cui all'**art. 20 della Legge n. 67 del 1988**, fornisce le indicazioni strategiche per l'individuazione degli obiettivi e degli interventi da porre in essere con il presente accordo di programma.

Nel corso dell'ultimo decennio, la Sardegna ha avviato una serie di investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico, principalmente finanziati attraverso le risorse statali di cui all'art. 20 della Legge n. 67 del 1988, per un ammontare complessivo di risorse alquanto consistente.

Tuttavia, il patrimonio strutturale e tecnologico disponibile presenta gravi carenze: è ancora inadeguato sotto il profilo della sicurezza e della messa a norma delle strutture e degli impianti; appare in gran parte obsoleto rispetto ai più moderni standard di qualità dell'assistenza; risulta lacunoso quanto a tecnologie disponibili e richiede continui e costosi interventi di ristrutturazione e manutenzione.

A fronte di tali carenze, il Piano regionale dei servizi sanitari 2006/2008 ha previsto la predisposizione di un programma organico di interventi volti all'adeguamento progressivo del patrimonio edilizio agli standard nazionali, al potenziamento delle strutture territoriali, all'avvio di un piano straordinario per la realizzazione di nuove strutture ospedaliere e degli ospedali di comunità, nonché la definizione di un piano di ammodernamento tecnologico.

In tale prospettiva il Piano individua quattro grandi obiettivi relativi alle infrastrutture sanitarie e tecnologiche:

- 1) la realizzazione di nuove strutture ospedaliere;
- 2) l'avvio degli ospedali di comunità/case della salute;
- 3) la riorganizzazione e il potenziamento della rete dei servizi territoriali;
- 4) il piano di ammodernamento tecnologico.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1. Nuove strutture ospedaliere

Con riferimento alle nuove strutture ospedaliere, il Piano impone un cambiamento di strategia: si tratta di superare il modello di intervento sinora adottato, costituito da una miriade di ampliamenti, ristrutturazioni, manutenzioni più o meno straordinarie, valutando la possibilità di sostituire le strutture esistenti con nuove strutture costruite secondo i più moderni canoni dell'edilizia sanitaria, individuando priorità rispetto alla vetustà delle strutture esistenti, alla loro inadeguatezza e, soprattutto, alla programmazione sanitaria regionale.

Il PRSS prevede l'avvio di un Piano straordinario per le nuove strutture ospedaliere, anche attraverso finanziamenti regionali, fissando il seguente ordine di priorità degli interventi di edilizia sanitaria:

- a) completamento di strutture ospedaliere considerate strategiche dalla programmazione regionale e la cui costruzione è stata già avviata;
- b) costruzione di nuove strutture sanitarie, in alternativa a interventi di ristrutturazione, anche in parte già finanziati e avviati;
- c) aggregazione in un unico presidio ospedaliero di più strutture ospedaliere esistenti nella stessa città.

Rientra nella prima categoria di priorità il completamento dell'Ospedale di Olbia attraverso il finanziamento straordinario previsto nella legge finanziaria regionale per il 2006.

Nella seconda tipologia di priorità rientrano gli ospedali di Sassari e San Gavino:

- per l'Ospedale Santissima Annunziata di Sassari, per il quale era prevista la costruzione di una nuova ala, il Piano prevede la sostituzione totale delle strutture già esistenti con una nuova struttura da 450-480 posti letto, che sostituirà integralmente, nello stesso sito, l'ospedale attualmente esistente;
- l'Ospedale di San Gavino, già destinatario di un finanziamento per la ristrutturazione di parte dell'edificio, sarà interessato da un intervento di costruzione ex novo che consentirà il completo rinnovamento strutturale del presidio.

Nella terza fattispecie rientrano i nuovi ospedali di Alghero e di Cagliari:

- per Alghero si tratta di costruire un ospedale che, pur mantenendo le peculiarità delle due strutture attualmente esistenti, unifichi in un'unica sede la risposta sanitaria del territorio algherese e del sistema turistico correlato;
- il nuovo ospedale di Cagliari nasce dalla esigenza di superare strutture che risultano inadeguate rispetto ai più moderni standard ospedalieri unificando l'attività in un'unica sede.

Il Piano, condiviso con le comunità e le amministrazioni locali, prevede inoltre che tutti gli interventi devono prevedere l'utilizzo di tecnologie costruttive e di funzionamento con il massimo livello di eco-compatibilità.

2. Ospedali di comunità / Case della salute

Per ciò che concerne l'avvio degli ospedali di comunità, il PRSS 2006-2008 prevede una prima sperimentazione nelle sedi di Ittiri e Thiesi, da attuare con fondi regionali. Con l'avvio dell'attività dell'ospedale di comunità coordinato con l'Ospedale di Sassari, di cui sarà sede distaccata, congiuntamente al centro polifunzionale per i servizi sanitari, potrà essere chiusa la sede ospedaliera tradizionale preesistente.

3. Rete dei servizi territoriali

La riorganizzazione e il potenziamento della rete delle strutture territoriali, con la diffusione sul territorio di strutture a bassa intensità assistenziale, sono coerenti con l'obiettivo della riorganizzazione generale del Servizio sanitario regionale, finora basato sulla centralità dell'assistenza ospedaliera, e con l'esigenza imprescindibile di creare un'offerta assistenziale appropriata ai bisogni di salute della popolazione, oltre che integrata sul piano sociale.

In Sardegna, la disponibilità di strutture territoriali ed in particolare di quelle volte alla prevenzione del degrado funzionale presenta notevoli criticità. Nel complesso, tali strutture hanno una distribuzione non equilibrata sul territorio e presentano livelli qualitativi molto differenti.

4. Ammodernamento tecnologico

Con riferimento al piano di ammodernamento tecnologico, il PRSS evidenzia che la realtà della regione Sardegna è caratterizzata da un'elevata vetustà delle tecnologie sanitarie e da una diseguale distribuzione all'interno del territorio regionale.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

In termini quantitativi, la dotazione complessiva è, per talune apparecchiature, non inferiore alla media nazionale (tomografi a risonanza magnetica, gammacamere computerizzate, tac spirale), ma qualitativamente risente di una progressiva obsolescenza tecnologica.

Il Piano si propone i seguenti obiettivi generali:

- la realizzazione di una moderna rete di radioterapia che consenta di abbattere le lunghe liste di attesa e di contenere drasticamente la mobilità extraregionale dei pazienti;
- il potenziamento della moderna diagnostica in ambito oncologico, sulla base di linee di indirizzo regionale, e della radiologia interventistica;
- la realizzazione della rete dei laboratori diagnostici attraverso la diffusione dei punti prelievo e la concentrazione delle attività di analisi;
- la realizzazione della rete di telepatologia oncologica (RTP) attraverso l'integrazione dei principali servizi di anatomia patologica presso i presidi ospedalieri;
- la dismissione delle apparecchiature obsolete e il graduale rinnovo delle dotazioni tecnologiche, comprese quelle dei presidi territoriali;
- lo sviluppo dell'ingegneria clinica quale funzione coinvolta nell'uso appropriato ed economico delle tecnologie.

L'ammodernamento del Servizio sanitario regionale non può infine prescindere dalla realizzazione di un Sistema informativo sanitario adeguato, finalizzato a migliorare la qualità dell'assistenza.

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

1.2.2 Definizione degli obiettivi generali e specifici

In coerenza con il PRSS 2006-2008 e il Piano di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, il presente documento programmatico individua i seguenti **obiettivi generali e specifici**:

a) riorganizzazione e potenziamento dell'area dell'assistenza sanitaria distrettuale: al fine di migliorare la rete dei servizi territoriali per il perseguimento degli obiettivi di salute e il governo del rapporto tra domanda e offerta dei servizi sanitari devono essere ulteriormente sviluppate le funzioni di produzione (capacità di dare risposte di tipo primario ai bisogni di salute) e quella di integrazione (capacità di rendere operanti relazioni e connessioni tra il sociale e il sanitario attraverso lo sviluppo di percorsi socio assistenziali).

Un aspetto problematico riguarda il rafforzamento da parte del Servizio sanitario regionale della capacità di fornire risposte integrate sociosanitarie, legato alla crescente domanda di assistenza da parte di persone e famiglie con bisogni complessi. In particolare, la disponibilità di strutture territoriali ed in particolare residenziali volte alla prevenzione del degrado funzionale nei casi in cui il soggetto non autosufficiente non è assistibile a domicilio, presenta in alcuni territori notevoli criticità.

Per quanto attiene all'assistenza specialistica ambulatoriale, avente il ruolo fondamentale di garantire il raccordo tra la medicina generale sul territorio e l'ospedalità, gli interventi indicati nel presente documento si inseriscono nella tendenza strategica individuata dal piano, mirante al riequilibrio territoriale della fornitura di prestazioni sanitarie. Il potenziamento della specialistica ambulatoriale deve contribuire a rafforzare il filtro territoriale e allentare la pressione sulle strutture ospedaliere, che spesso rende obbligata la risposta sanitaria impropria.

Coerenti con tali obiettivi sono gli interventi da realizzare nel territorio della ASL n. 1 di Sassari, relativo alla ristrutturazione dell'edificio sito a Bonorva e adibito a RSA e poliambulatorio (copertura dalla struttura esistente), della ASL n. 3 di Nuoro, relativi il primo alla costruzione di un Centro dialisi a Siniscola e il secondo alla costruzione di una RSA a Macomer, e l'intervento riferito alla ASL n. 4 di Lanusei, che consiste nella realizzazione di una Casa della salute.

b) riorganizzazione e riqualificazione dell'area dell'assistenza ospedaliera, che comporta lo sviluppo del sistema a rete e la realizzazione di interventi per la razionalizzazione, la riqualificazione e il riequilibrio nell'ambito del territorio regionale dell'offerta di posti letto. La rete dei presidi, pubblici e privati, che erogano assistenza ospedaliera non è stata sviluppata in modo organico ed equilibrato sul territorio. In particolare la distribuzione dei posti letto tra le varie specialità presenta lacune ed esuberi non solo a livello regionale, ma soprattutto nelle singole aree territoriali.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La riorganizzazione della rete ospedaliera, realizzata a partire dalle carenze prioritarie nei singoli territori, si propone, in sintesi, di garantire, da un lato, una capillare diffusione su tutto il territorio regionale delle discipline di base, al fine di assicurare uniformità e tempestività di trattamento e, dall'altro, una razionale presenza sul territorio delle discipline specialistiche.

Per raggiungere tali obiettivi è necessario procedere sia all'adeguamento dei requisiti strutturali e al miglioramento della qualità funzionale delle strutture esistenti, che alla realizzazione di nuove strutture e presidi ospedalieri in grado di coniugare efficacia delle risposte assistenziali, accessibilità ai servizi in tutto il territorio regionale ed efficienza nell'impiego delle risorse.

Coerenti con tali obiettivi sono gli interventi da realizzare nel territorio della ASL n. 6 di Sanluri, relativo alla realizzazione di una nuova struttura ospedaliera, nonché gli interventi di ristrutturazione e messa a norma che interessano i Presidi ospedalieri SS. Annunziata di Sassari e San Giovanni di Dio di Cagliari.

1.3 Le fonti di finanziamento del programma di investimento

Si riporta di seguito il prospetto delle risorse statali, ad oggi disponibili, che il presente documento intende programmare destinandole agli interventi appena menzionati.

Fonte	Risorse statali da programmare
Risorse art. 20 II fase mai programmate di cui alla Delibera CIPE n. 65 del 02/08/2002	11.751.617,00
Risorse art. 20 II fase liberate a seguito di revoca ai sensi della L. 266/05 (Decreto Interministeriale del 12/06/2006)	1.552.325,94
Risorse art. 20 II fase liberate a seguito di revoca ai sensi della L. 266/05 (Decreto Interministeriale del 02/08/2007)	32.686.040,69
Risorse art. 20 II fase da liberare con ulteriori provv.ti di revoca ai sensi L. 266/05	7.604.827,84
Risorse art. 20 II fase risparmiate	141.950,88
TOTALE	53.736.762,35

Al riguardo si precisa che l'importo complessivo pari a €. 53.736.762,35 è così costituito:

- €. 11.751.617,00 rappresentano le risorse attribuite alla Regione Sardegna in sede di riparto delle somme complessivamente stanziare dall'art. 83 della Legge n. 388 del 23 dicembre 2000 (finanziaria 2001) per la prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità di cui all'art. 20 legge 67/88;
- €. 41.843.194,47 (= 1.552.325,94 + 32.686.040,69 + 7.604.827,84) rappresentano le risorse statali riferite agli interventi n. 135 (per €. 1.552.325,94), nn. 3, 5, 13, 23, 24, 25, 41, 45, 53, 60, 61, 65, 85 e 130 (per complessivi €. 32.686.040,69) e nn. 19, 84 e 88 (per complessivi €. 7.604.827,84) compresi nell'Accordo di Programma del 29 marzo 2001, oggetto di revoca in applicazione delle disposizioni dei commi 310, 311 e 312 dell'art. 1 della Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 (finanziaria 2006). Si precisa che il decreto interministeriale di revoca degli interventi nn. 19, 84 e 88 è in corso di formalizzazione;
- €. 141.950,88 costituiscono risorse statali risparmiate nell'attuazione degli interventi dell'Accordo di programma sottoscritto il 29 marzo 2001.

La Regione intende partecipare all'attuazione del programma di investimento, oltre che con la quota di co-finanziamento stabilita dalle Leggi su richiamate, pari al 5% del finanziamento complessivo (€ 2.828.250,65), con ulteriori risorse pari ad € 980.000, di cui €. 180.000 per la realizzazione della Casa della salute di Lanusei e €. 800.000 già destinati all'avvio delle procedure per la realizzazione dell'Ospedale di San Gavino. Le ulteriori risorse occorrenti per questo ultimo intervento, ammontanti, sulla base dell'attuale studio di fattibilità, a €. 46.453.299,99 saranno reperite mediante ricorso al capitale privato. Pertanto il presente programma di investimento comporterà, complessivamente, un impegno finanziario pari ad € 103.998.312,99, come si evince dal prospetto sotto riportato.

N.	Ente attuatore	Titolo intervento	Costo complessivo	Importo a carico dello Stato	Cofinanziamento della Regione	Ulteriore contributo della Regione	Capitale privato
1	ASL n. 1 Sassari	Ospedale Civile - Alghero - integrazione finanziamento per la climatizzazione complessiva	2.065.827,60	1.962.536,22	103.291,38		
2	ASL n. 1 Sassari	Struttura territoriale di Bonorva - copertura edificio esistente adibito a RSA e poliambulatorio	258.228,45	245.317,03	12.911,42		
3	ASL n. 3 Nuoro	Servizi territoriali - Completamento realizzazione centro dialisi di Siniscola	568.102,59	539.697,46	28.405,13		
4	ASL n. 3 Nuoro	RSA sede di Macomer: nuova costruzione (40 posti letto)	2.582.284,50	2.453.170,28	129.114,23		
5	ASL n. 4 Lanusei	Casa della salute: nuova sede servizi territoriali e amministrativi	3.795.198,29	3.434.438,38	180.759,91	180.000,00	
6	ASL n. 6 Sanluri	Costruzione nuovo P.O. di San Gavino	92.414.016,00	42.902.680,21	2.258.035,80	800.000,00	46.453.299,99
7	AOU di Cagliari	Ospedale S. Giovanni di Dio - Cagliari: Completamento lavori urgenti di ristrutturazione e adeguamento normative sicurezza	2.314.655,56	2.198.922,78	115.732,78		
Totale			103.998.312,99	53.736.762,36	2.828.250,65	980.000,00	46.453.299,99

1.4 Ricognizione dei programmi regionali degli investimenti

1.4.1 Programmi di investimento finanziati con risorse regionali

Piano Investimenti in conto capitale 2006

La Legge Regionale n. 1 del 24 febbraio 2006, all'art. 9, comma 13, ha stanziato per l'anno 2006 la somma di € 70.870.972,69, da destinare alla realizzazione di un programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico.

L'obiettivo generale che si è inteso perseguire con detto programma di investimenti, in conformità alle disposizioni dell'art. 9 citato, è quello di garantire il completamento di interventi incompiuti e a rischio di degrado, già finanziati nel passato e coerenti con gli obiettivi del PRSS 2006/2008.

Le priorità individuate sono le seguenti:

- a) Interventi di completamento di nuove strutture ospedaliere parzialmente finanziate nell'Accordo di Programma del 29 marzo 2001, nell'ambito del programma straordinario di investimenti ex articolo 20 della L. n. 67/88;
- b) Interventi di ristrutturazione e messa a norma degli impianti delle strutture sanitarie, già finanziati, anche con il programma straordinario di investimenti ex articolo 20 della L. n. 67/8, ma con risorse insufficienti a garantire il completamento e la piena operatività dell'opera (e comunque non realizzabili con eventuali economie preesistenti), con particolare riguardo a:
 - b1) interventi a rischio di degrado in caso di ulteriore ritardo nel completamento dell'opera;
 - b2) interventi volti ad eliminare situazioni di grave rischio per gli operatori e gli utenti, nonché di pericolo per la pubblica incolumità;
 - b3) interventi volti a superare carenze strutturali nell'offerta dei servizi sanitari essenziali;
 - b4) interventi volti a garantire la piena funzionalità e fruibilità delle strutture.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- c) acquisizione delle attrezzature, delle apparecchiature e degli arredi necessari per rendere operativi reparti ospedalieri di recente realizzazione e/o ristrutturazione e/o superare carenze strutturali;
- d) acquisizione di tecnologie e attrezzature sanitarie necessarie per l'ammodernamento di settori di attività ad elevato rischio di obsolescenza tecnologica e/o di incompletezza nell'offerta assistenziale.

In coerenza con tali priorità, buona parte di tali risorse sono state destinate al completamento dell'ospedale di Olbia.

Piano Investimenti in conto capitale 2007-2009.

Con la deliberazione della Giunta Regionale n. 40/25 del 9 ottobre 2007, in attuazione dell'art. 32 della Legge Regionale n. 2 del 29 maggio 2007, si è provveduto a dare avvio al programma triennale 2007/2009 di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, in coerenza con gli obiettivi posti dal Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008, destinando per tale finalità risorse ammontanti complessivamente a €. 80.905.000,00.

In conformità alle disposizioni della menzionata L.R. n. 2, il programma, oltre a perseguire gli obiettivi generali del completamento di interventi di edilizia sanitaria già finanziati, della messa a norma delle strutture esistenti e dell'ammodernamento tecnologico, è anche finalizzato al raggiungimento degli obiettivi specifici concernenti la riconversione e riqualificazione dei piccoli ospedali e degli ospedali delle isole minori, la sperimentazione degli ospedali di comunità/case della salute, nonché l'avvio dei progetti per la realizzazione delle nuove strutture ospedaliere previste dal PRSS 2006/2008.

Le risorse complessive, utilizzabili nel triennio 2007/2009, sono state destinate:

- per €. 34.834.000,00 a interventi di edilizia sanitaria, di cui €. 4.700.000,00 alla riqualificazione degli ospedali minori e delle isole e €. 4.500.000,00 alla riconversione in ospedali di comunità/case della salute dei P.O. di Ittiri e Thiesi;
- per €. 44.071.000,00 all'ammodernamento tecnologico;
- per €. 2.000.000,00 all'avvio della progettazione delle nuove strutture ospedaliere di Alghero, San Gavino e Cagliari.

1.4.2 Programmi di investimento finanziati con risorse nazionali

Programmi di investimento ex art. 20 L. 67/88 e linee di investimento correlate

Numerosi investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie sono stati attuati in Sardegna nell'ambito del programma nazionale ex art. 20 della Legge n. 67 del 1988.

La prima fase del programma, avviata nel 1996, ha potuto contare sulla disponibilità complessiva di € 168.507.382 (95% di provenienza statale e 5% di provenienza regionale), allocati per l'81 % in interventi di ristrutturazione edilizia, adeguamento e messa a norma, per il 18% in interventi di ammodernamento tecnologico e per l'1% alla realizzazione di una Residenza Sanitaria Assistenziale. Ad oggi il monitoraggio di tale spesa evidenzia un grado di realizzazione del programma in termini di capacità di spesa pressoché totale.

La seconda fase del programma pluriennale di investimenti, avviata nel 1998, ha previsto innanzitutto interventi per la sicurezza e la messa a norma degli impianti. Le risorse complessivamente disponibili, pari a € 11.620.055, sono state ripartite fra 11 progetti riguardanti 6 presidi ospedalieri e un poliambulatorio.

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

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

Come già detto nei precedenti capitoli, una parte degli interventi compresi nell'Accordo di Programma del 29 marzo 2001 è stata revocata ai sensi dei commi 310, 311 e 312 dell'art. 1 della Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 (Legge finanziaria 2006).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Le corrispondenti risorse, ammontanti a € 41.843.194,47, sono incluse tra quelle disponibili per l'attuazione del presente programma.

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

- programma per il potenziamento della radioterapia (articolo 28 della Legge 23 dicembre 1999, n. 488) con un finanziamento complessivo pari a € 530.377,22 (95% fondi statali e 5% fondi regionali);
- programma per la realizzazione delle strutture per l'attività libero professionale (decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254) con un finanziamento complessivo pari a € 8.929.539,79 (95% fondi statali e 5% fondi regionali);
- programma di interventi per le cure palliative (decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, convertito nella Legge 26 febbraio 1999, n. 39) con un finanziamento complessivo pari a € 3.204.775,08 destinato alla realizzazione di 3 hospice;
- programma straordinario per la riqualificazione dei grandi centri urbani (articolo 71 della Legge n. 448 del 1999) con un finanziamento complessivo pari a € 47.503.705,58 (50% circa fondi statali e 50% circa fondi regionali);
- programma per la realizzazione di strutture di assistenza ai malati di AIDS (Legge 5 giugno 1990, n. 135) con un finanziamento pari a € 25.140.648,39 per interventi in edilizia sanitaria e ad € 1.918.634,67 per interventi di ammodernamento tecnologico.

Per quanto concerne il monitoraggio della spesa sugli interventi di edilizia sanitaria, ad oggi si dispone del dato relativo alla spesa sostenuta dagli enti appaltanti alla data del 31.12.2006, pari al 39% dell'intero finanziamento. Per quanto concerne il monitoraggio della spesa sugli interventi di ammodernamento tecnologico, si rileva che al 31.12.2007 è stato speso l' 89% dei fondi.

Infine va precisato che la Regione a breve avrà la disponibilità delle risorse alla stessa attribuite in applicazione delle disposizioni delle leggi n. 296 del 27 dicembre 2006 (legge finanziaria 2007) e n. 244 del 24 dicembre 2007 (legge finanziaria 2008) che dispongono l'incremento dello stanziamento

destinato alla realizzazione del programma nazionale di investimenti in sanità previsto dal citato art. 20 legge 67/88.

Fondo per le aree sotto utilizzate (FAS)

Dal protocollo d'intesa sottoscritto in data 17 aprile 2007 tra il Ministero dello Sviluppo economico, il Ministero della Salute e le regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia, per un quadro strategico per salute, sicurezza e sviluppo nel mezzogiorno, si evince che la Sardegna, nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale per il 2007/2013, beneficerà di risorse del Fondo per le aree sotto utilizzate.

Tali risorse saranno attribuite in considerazione della necessità di promuovere una maggiore equità sostanziale e di sicurezza nell'accesso di tutti i cittadini al SSN in maniera uniforme sul territorio nazionale e altresì allo scopo di coniugare l'accelerazione della domanda di investimenti per la salute con le politiche di sviluppo degli apparati produttivi e dell'occupazione.

1.4.3 Programmi di investimento finanziati con risorse comunitarie

La Regione Autonoma della Sardegna ha avviato una serie di attività che porteranno ad una evoluzione dei sistemi informativi afferenti al Sistema Sanitario Regionale in coerenza con quanto previsto nel Piano Regionale dei Servizi Sanitari. Al fine di raggiungere gli obiettivi strategici del Piano sono stati avviati un insieme di interventi organici, quali:

- il progetto Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale (SISAR) che prevede la realizzazione di un sistema informativo sanitario amministrativo (contabilità, personale, acquisti, pianificazione e controllo), un sistema informativo gestore risorse – CUP, un sistema informativo sanitario ospedaliero, un sistema informativo sanitario attività assistenziali e di prevenzione, un sistema informativo sanitario direzionale, un sistema informativo sanitario epidemiologico e un sistema infrastrutturale (apparati HW e SW di base). L'obiettivo del progetto è la realizzazione di un Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale che superi la mancanza di correlazione tra processi e sistemi informatici di governo (informazionali), e tra processi e sistemi di servizio/erogazione (operazionali) in un contesto di necessaria accelerazione dell'informatizzazione estesa dei processi sanitari. L'intervento mira anche rendere il sistema informativo sanitario regionale omogeneo in termini di copertura informatica, di tecnologie utilizzate e di grado di integrazione all'interno dei principali processi di erogazione dei servizi socio sanitari, raccordandolo con i sistemi di rilevazione amministrativi e di governo;
- il sistema di telemedicina specializzata - Rete di Telepatologia Oncologica (RTP) che prevede: la fornitura di un sistema per la gestione della rete di telepatologia oncologica



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

(con funzionalità necessarie per effettuare la richiesta di acquisizione dei vetrini di Anatomia Patologica e consulenze di *second opinion*, la fornitura di sistemi per la gestione dell'intervento laboratorio di Anatomia Patologica e la realizzazione del Registro Regionale Tumori. L'intervento si pone l'obiettivo di realizzare una rete di rapporti tra le strutture ospedaliere regionali, con particolare riferimento a quelle oncologiche, e l'interazione delle stesse con i centri nazionali ed internazionali, riducendo così il gap che deriva dall'insularità. Ciò consentirà di supportare il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e favorirà il consolidamento e lo sviluppo delle eccellenze attraverso l'introduzione delle soluzioni orientate alla telemedicina e favorirà su tutto il territorio l'omogeneità dell'assistenza ai malati di tumore;

- il progetto Rete dei Medici di Medicina Generale e Fascicolo Sanitario Elettronico (MEDIR) che realizza una infrastruttura applicativa che facilita la collaborazione in rete dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta, consentendo la condivisione dei dati sanitari dell'assistito prodotti ad ogni contatto del cittadino con le strutture sanitarie. L'obiettivo è quello di supportare l'efficienza delle cure primarie attraverso l'integrazione in rete dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e gli altri Operatori Sanitari del sistema, di supportare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali nell'ambito del territorio, di favorire la riorganizzazione e la razionalizzazione delle strutture e dei presidi sul territorio, nonché di consentire a ciascun assistito, ovunque si trovi, di poter consultare tutta la sua storia sanitaria collegandosi al portale del sistema.

Le risorse utilizzate sono le seguenti

DESCRIZIONE	FINANZIAMENTO	IMPORTO
SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE INTEGRATO (SISAR)	POR Sardegna – Misura 6.3.k “Interventi per lo sviluppo dell'e-health” – Quote Unione Europea e Stato (Decisioni Europea 8 agosto 2000, n. C(2000)2359 e 15 dicembre 2004 n. C(2004)5191)	12.070.000,00
	POR Sardegna – Misura 6.3.k “Interventi per lo sviluppo dell'e-health” – Quota Regione	2.130.000,00
	nell'Atto Integrativo II dell'A.P.Q. Società dell'Informazione sottoscritto in data 15 dicembre 2005 (Delibera CIPE 29 settembre 2004, n. 20)	11.000.000,00
TOTALE		25.200.000,00
TELEMEDICINA SPECIALIZZATA” RETE DI TELEPATOLOGIA ONCOLOGICA (RTP)	A.P.Q. Società dell'Informazione (Delibera CIPE 9 maggio 2003, n. 17)	2.000.000,00
TOTALE		2.000.000,00

RETE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MEDIR)	nell'A.P.Q. Società dell'Informazione sottoscritto in data 28 dicembre 2004 (Delibera CIPE 13 novembre 2003, n. 83)	5.564.000,00
	A.P.Q. Società dell'Informazione sottoscritto in data 28 dicembre 2004 – Quota regionale	2.293.000,00
TOTALE		7.857.000,00

Fondo Europeo di Sviluppo Regionale

Il nuovo periodo di programmazione 2007-2013 pone la Sardegna in una fase di transizione denominata "phasing in", ossia di ingresso nell'obiettivo "Competitività regionale e occupazione" e di uscita dall'obiettivo 1. Questo significa che la Sardegna beneficerà di risorse comunitarie provenienti dai Fondi Strutturali.

Più specificamente la Regione Sardegna beneficerà di risorse che proverranno dal FESR - Fondo Europeo di Sviluppo Regionale che - come è noto- contribuisce in via generale al finanziamento di interventi destinati a rafforzare la coesione economica e sociale, eliminando le disparità regionali attraverso il sostegno allo sviluppo e all'adeguamento strutturale delle economie regionali.

Più in particolare l'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, a seguito dell'approvazione del POR FESR da parte della Commissione europea avvenuto con Decisione C (2007) 5728 del 20 novembre 2007, sarà responsabile di alcune linee di attività previste negli assi I – II e V del suddetto POR: il primo dal titolo Società dell'informazione, il secondo dal titolo Inclusione, Servizi Sociali, Istruzione e Legalità, il quinto intitolato Sviluppo Urbano.

Nell'ambito dell'asse I l'Assessorato dell'igiene e sanità perseguirà l'obiettivo operativo 1.2.1: Sviluppare il sistema di supporto informativo per la sanità

“L'obiettivo mira a consolidare, migliorandolo, un importante piano di evoluzione dei sistemi informativi del Sistema Sanitario Regionale (SSR). Gli interventi che verranno realizzati sono motivati dal fatto che il patrimonio applicativo ed informativo degli attori del Sistema Sanitario Regionale risulta ancora disomogeneo in termini di copertura informatica, di tecnologie utilizzate e di integrazione, sia per i principali processi di erogazione dei servizi socio sanitari, sia per il loro raccordo con i sistemi amministrativi e di governo.

Obiettivo prioritario è, partendo dalla realizzazione in corso del “Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale”, correlare in modo sempre più stretto processi e sistemi informatici di governo, e processi e sistemi di erogazione dei servizi “.

In relazione a questo asse la quota di finanziamenti comunitari sarà pari a € 20.420.152,96, mentre l'insieme del contributo nazionale e regionale ammonterà a € 30.630.229.

Nell'asse II l'Assessorato dell'igiene e sanità perseguirà l'Obiettivo operativo 2.2.2: Migliorare e incrementare l'accesso, la qualità e il livello di appropriatezza degli interventi e servizi alla popolazione, per promuovere l'inclusione dei soggetti svantaggiati.

“L'obiettivo è volto a migliorare l'efficacia del sistema dei servizi socio-sanitari e socio assistenziali attraverso una particolare attenzione all'evoluzione dei fenomeni sociali, ad un'equa distribuzione di tali interventi e servizi sul territorio e ad una forte attività di prevenzione e informazione al fine di superare le carenze nell'offerta regionale e ridurre la mobilità extraregionale sanitaria. Gli interventi di tipo strutturale e di ammodernamento tecnologico delle attrezzature saranno aggiuntivi rispetto agli ordinari interventi di edilizia ospedaliera, edilizia sanitaria territoriale, socio-sanitaria territoriale e di ammodernamento tecnologico previsti dalla Programmazione Regionale e si concentreranno, in



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

particolar modo, nelle zone a bassa densità di popolazione, anche rispetto all'indice regionale e nei settori dove si registrano carenze rispetto agli interventi ordinari. Sono previste, inoltre, strutture di eccellenza, quali trauma center e centri di radioterapia, che possano soddisfare la richiesta interna al territorio regionale, fino ad ora soddisfatta tramite la mobilità dei pazienti in altre regioni: le strutture di eccellenza ospitate da zone urbane saranno realizzate nell'ambito dell'Asse Sviluppo Urbano. Sempre in coerenza con le indicazioni del Piano Regionale dei Servizi Sanitari, particolare attenzione verrà data al potenziamento dei servizi territoriali, al miglioramento delle tecnologie e allo sviluppo delle infrastrutture rivolte alle fasce di popolazione a rischio di esclusione sociale (soggetti disabili e anziani non autosufficienti, soggetti con problemi di dipendenze patologiche, sofferenti mentali, povertà estreme, ex detenuti) nonché a quelle di popolazione fragile, nello specifico nell'area materno-infantile. In particolare è previsto il Centro di eccellenza per la domotica e la protesica, che si configurerà come struttura di riferimento nell'ambito della riqualificazione delle strutture e delle politiche per la non autosufficienza di cui alla citata Programmazione Regionale [...]".

In relazione a questo asse l'Assessorato dell'igiene e sanità disporrà di fondi FESR pari a € 27.226.870 mentre l'insieme del contributo nazionale e regionale ammonterà a € 40.840.307

Nell'asse V l'Assessorato dell'igiene e sanità contribuirà a perseguire l'Obiettivo operativo 5.1.3:

Sostenere l'inclusione sociale, mediante interventi finalizzati a promuovere azioni di aggregazione e sviluppo del capitale umano.

“Questo obiettivo è rivolto ai contesti urbani maggiori dotati di strumenti adeguati di pianificazione e mira ad attuare azioni di sostegno a servizi ed infrastrutture sociali delle città e degli agglomerati urbani, rivolgendosi anche particolarmente alle fasce sociali deboli; interventi complessi di miglioramento sociale degli ambienti urbani degradati attualmente generatori di emarginazione; e azioni di potenziamento delle infrastrutture qualora contribuiscano alla integrazione e coesione sociale (quali ad esempio infrastrutture per l'istruzione in aree urbane, come poli di istruzione di eccellenza o infrastrutture culturali di livello avanzato). E' in fase di elaborazione un piano triennale regionale che, nell'ottica del ciclo unico di programmazione, prevede l'utilizzo delle risorse finanziarie provenienti da diverse fonti (regionali, nazionali e comunitarie) per realizzare interventi di miglioramento delle strutture scolastiche.

La Regione assicura inoltre il coordinamento degli interventi del POR FESR per l'istruzione con gli altri interventi per l'istruzione in Sardegna, in particolare con quelli a titolarità del Ministero dell'Istruzione: l'aggiuntività rispetto agli interventi ordinari si qualificherà con la finalizzazione all'ecosostenibilità degli interventi finanziati con il POR FESR”.

In relazione a questo asse la quota di finanziamenti comunitari sarà pari a € 1.701.679, mentre l'insieme del contributo nazionale e regionale ammonterà a € 2.552.519

2. La logica dell'intervento e gli obiettivi della programmazione

2.1 Analisi del contesto e individuazione dei bisogni

2.1.1 Il quadro demografico della Regione

La Sardegna (tab. 1) ha una popolazione di 1.659.443 abitanti (Fonte ISTAT con riferimento al 31.12.2006) di cui il 49% maschi ed il 51% femmine (in valori assoluti: 814.695 M e 844.748 F), con una densità abitativa tra le più basse in Italia pari a 68,7 ab./km² (194,1 rif. Italia). Il **rapporto di mascolinità** è di 0,96 (96 maschi ogni 100 femmine) evidenziando la maggior presenza femminile, con differenze nelle diverse classi di età. Le femmine sono più numerose dei maschi nelle classi di età più adulte, a partire dai 45 anni.

Tab. 1 – Popolazione residente in Sardegna per classi di età

Classi di età	2004		2005		2006		Rapporto M/F 2006	
	N	%	N	%	N	%	Sardegna	Italia
0-14	216.069	13,1	212.980	12,9	210.155	12,7	1,07	1,06
15-44	720.335	43,7	713.228	43,1	704.951	42,5	1,03	1,03
45-64	430.802	26,1	437.776	26,4	445.880	26,9	0,98	0,96
65 +	282.846	17,1	291.693	17,6	298.457	18,0	0,75	0,72
Totale	1.650.052	100,0	1.655.677	100,0	1.659.443	100,0	0,96	0,94

Fonte: Istat

La popolazione sarda ha una struttura per età meno anziana rispetto a quella nazionale, ma parimenti coinvolta in un continuo e progressivo fenomeno di invecchiamento. L'incidenza degli ultra 65enni (**indice di invecchiamento**), pari al 18,0% della popolazione regionale, risulta inferiore al dato nazionale (19,9%). Nel 2006 il valore dell'**indice di vecchiaia** (rapporto 65+/0-14 per 100 – tab. 2),



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

indicatore sintetico dell'invecchiamento della popolazione, si allinea al valore nazionale pari a 142 ultra 65enni ogni 100 individui con età inferiore ai 15 anni. Alla crescita della popolazione anziana si contrappone un decremento della popolazione in età pediatrica (0-14 anni) attualmente pari al 12,7% (14,1% rif. Italia).

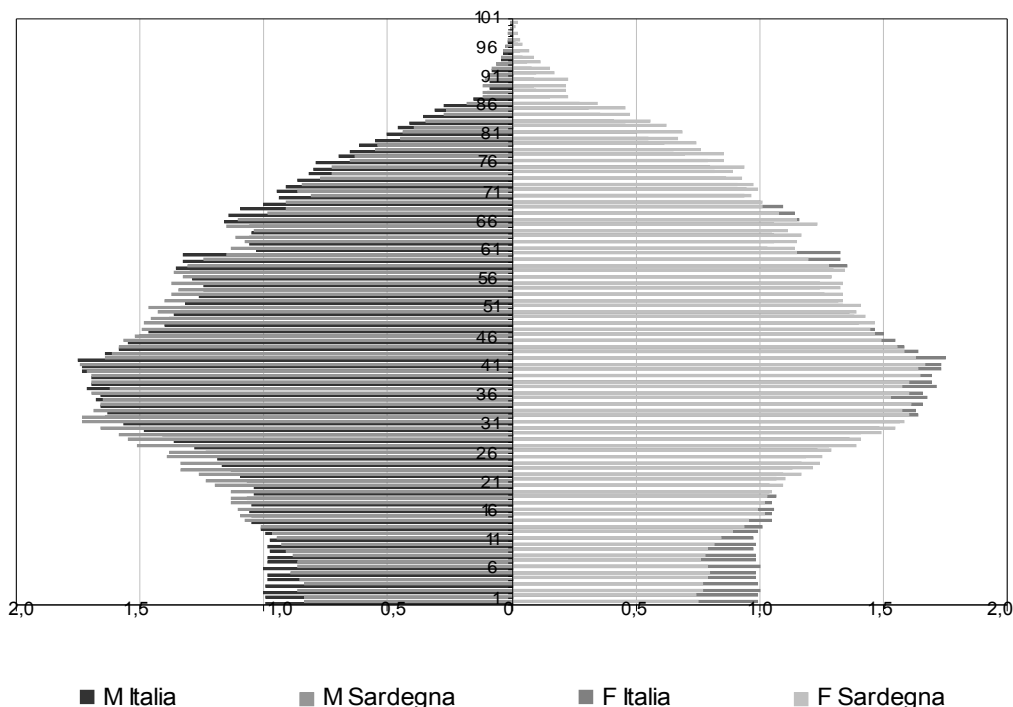
Tab. 2 – Indici demografici della popolazione residente in Sardegna

Indicatore	2004	2005	2006	Italia 2006
Indice di vecchiaia (per 100)	131	137	142	142
Indice di dipendenza	43,3	43,8	44,2	51,6

Fonte: Istat

Confrontando le piramidi delle età (graf. 1) si nota per la Sardegna, un'incidenza della popolazione giovanile inferiore a quella nazionale, mentre con riferimento alla popolazione anziana la regione presenta situazioni diverse per genere, con una incidenza degli ultra 65enni inferiore alla media nazionale per i maschi e superiore per le femmine.

Graf. 1 - Piramide dell'età della popolazione residente in Italia e Sardegna, 2006 (%)



Fonte: Istat

Nel 2006 il **tasso grezzo di natalità** (rapporto fra nati vivi e popolazione media residente per 1.000) ed il **tasso grezzo di mortalità generale** (rapporto fra decessi e popolazione media residente per 1.000) registrati nella regione sono inferiori al dato nazionale (tab. 3). Il **tasso di crescita naturale** (differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità) risulta negativo (-0,4) ma è bilanciato dal **saldo migratorio** (2,6) dando origine ad un **tasso di crescita totale** (somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio) di 2,2 che indica come la popolazione regionale stia aumentando, seppur in misura inferiore rispetto al riferimento nazionale (6,2).

La presenza di stranieri residenti nell'isola ammonta a 19.445 individui pari al 1,2% della popolazione sarda (5,0% Italia).

Tab. 3 – Indicatori demografici della popolazione residente in Sardegna (per 1.000 abitanti)

Indicatore	2004	2005	2006	Italia 2006
Tasso grezzo di natalità	8,0	8,0	8,0	9,5
Tasso grezzo di mortalità	8,1	8,5	8,4	9,5
Tasso di mortalità infantile	35,8	n.d.	n.d.	37,0
Saldo migratorio	4,4	3,9	2,6	6,2
Tasso di crescita totale	4,3	3,4	2,2	6,2

Fonte: Istat

La realtà sarda si caratterizza per natalità e fecondità inferiori alla media nazionale: infatti, il **tasso di fecondità totale** (TFT, numero medio di figli per donna – tab. 4) nel 2006 si attesta sul valore 1,06 (mediamente mille donne residenti in Sardegna generano, nel corso della loro vita riproduttiva, 1.060 neonati). L'età media al parto è circa 32 anni e il ricorso al taglio cesareo in regione ha una incidenza superiore al dato nazionale: infatti, la percentuale di parti cesarei si attesta su valori medi regionali del 39%.

Tab. 4 – Indicatori sulla fecondità della popolazione residente in Sardegna

Indicatore	2004	2005	2006	Italia (ultimo dato disponibile)
TFT	1,03	1,05	1,06	1,35 (2006)
Numero parti	12.634	12.851	12.898	n.d.
% ricorso al cesareo	39,3	38,9	39,9	37,8 (2004)
Età della madre al parto	31,8	31,9	n.d.	31,1 (2005)



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Fonte: Istat

Il **tasso di disoccupazione** nell'isola si mostra in diminuzione pur mantenendosi ben al di sopra del dato nazionale nel suo complesso (tab. 5) mentre il **tasso di scolarizzazione**, inteso come percentuale della popolazione in età 20-24 anni che ha conseguito almeno il diploma di scuola secondaria superiore, è nettamente inferiore a quello nazionale. Inoltre, la percentuale di popolazione che vive in famiglie al di sotto della soglia di povertà è sensibilmente maggiore del riferimento.

Tab. 5 – Indicatori socio-economici della popolazione residente in Sardegna

Indicatore	2004	2005	2006	Italia 2006
Tasso di disoccupazione	13,9	12,9	10,8	6,8
Tasso di scolarizzazione	59,8	56,7	62,2	74,8
Indice di povertà	17,9	17,9	19,5	12,9

Fonte: Istat

Infine, la **speranza di vita alla nascita** (numero medio di anni che restano da vivere ad un neonato) che si attende in regione mostra una tendenza all'aumento ed è sovrapponibile al dato nazionale mantenendo in entrambi i contesti un netto differenziale di genere (tab. 6).

Tab. 6 - Speranza di vita alla nascita per sesso nel 2006 (stima)

Indicatore	Sardegna	Italia
Speranza di vita alla nascita Maschi	78,0	78,3
Speranza di vita alla nascita Femmine	84,7	84,0

Fonte: Istat

2.1.2 Il quadro nosografico della Regione

Il profilo di salute della popolazione sarda, pur generalmente sovrapponendosi a quello della popolazione nazionale nel suo complesso, in parte assume connotazioni particolari.

Tab. 7 – Tassi grezzi di mortalità totale (per 10.000 abitanti) in Sardegna e in Italia

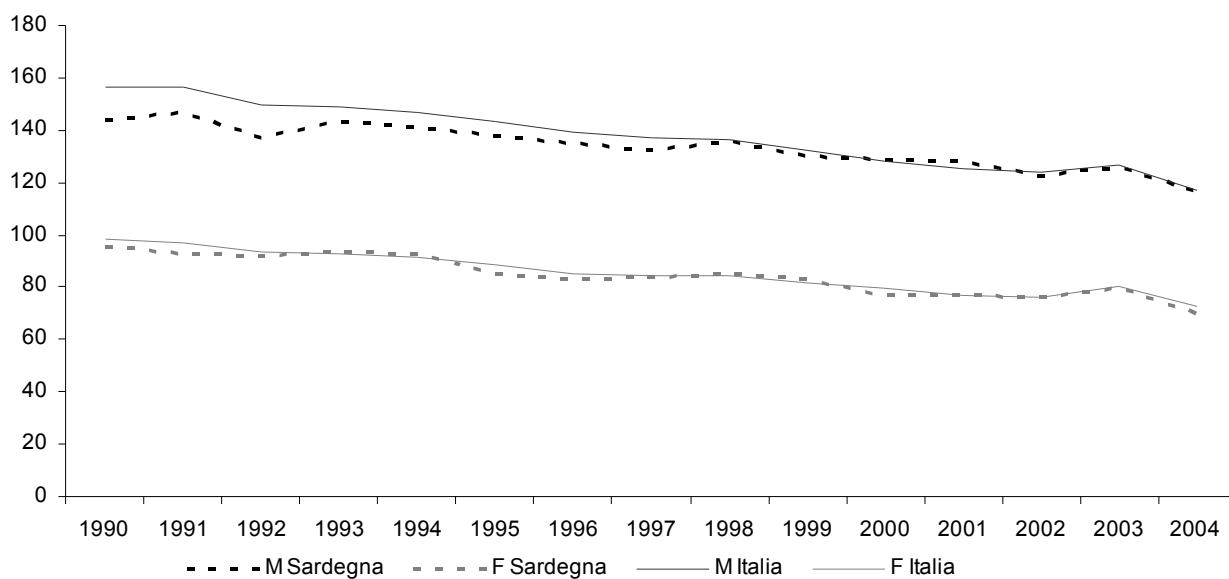
Anni	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Sardegna	78,9	81,4	79,0	83,3	83,9	81,1	81,8	83,4	86,9	85,6	84,1	85,5	85,2	89,4	81,5
ITALIA	95,5	97,2	95,7	96,8	97,5	97,5	97,1	98,1	99,6	98,0	97,6	96,9	97,2	101,5	92,2

Fonte: Istat

L'analisi dei dati di mortalità per gli anni dal 1990 al 2004 (Fonte Istat) mostra per la regione un **tasso grezzo di mortalità generale** M+F sempre inferiore a quello nazionale nel suo complesso, pur ricalcandone l'andamento in leggero aumento fino al 2003, dove si nota una flessione. Si sono registrati in media, ogni anno, 13.600 decessi con un tasso grezzo di 85 per 10.000 abitanti.

Invece, osservando i **tassi standardizzati di mortalità** (che tengono conto della struttura per età della popolazione) e stratificando per genere non si rilevano scostamenti rilevanti ed emerge il noto fenomeno del differenziale di mortalità per genere a favore di quello femminile.



Graf. 2 – Tassi std di mortalità M e F in Sardegna e in Italia (per 10.000 abitanti)



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La **mortalità infantile**¹ (entro il primo anno di età) è in continua diminuzione e sempre inferiore al dato nazionale, ad eccezione del 1997; al contrario, il **tasso di natimortalità** (rapporto tra nati morti e popolazione totale) risulta invece sempre superiore, eccetto negli anni 1999 e 2000.

La mortalità per causa

La mortalità proporzionale esprime il peso che ciascuna causa di morte ha sulla mortalità generale. Con riferimento l'anno 2003, fra i grandi gruppi di cause, malattie cardiovascolari e tumori rappresentano in Sardegna, come nel resto d'Italia e del mondo occidentale, le prime due cause di morte, essendo responsabili di oltre i due terzi di tutti i decessi (tab. 8). Il 42% circa dei decessi nel sesso femminile e il 33% in quello maschile sono attribuiti a patologie del sistema circolatorio, mentre quasi 1/4 dei decessi nelle femmine ed 1/3 nei maschi sono imputabili a cause tumorali. Seguono in ordine decrescente malattie dell'apparato respiratorio e cause violente (traumatismi e avvelenamenti), senza distinzione per genere; mentre malattie dell'apparato digerente e malattie delle ghiandole endocrine sono rispettivamente quinta e sesta causa nei maschi e sesta e quinta nelle femmine. La quota di mortalità attribuibile a sintomi, segni e cause mal definite, verosimilmente è attribuibile ad una carenza nella gestione del dato di mortalità.

Tab. 8 – Mortalità proporzionale per i principali gruppi di cause in Sardegna, per sesso. Anno 2003

Gruppi di cause di morte	M+F
Malattie infettive e parassitarie	1,5
Tumori	27,4
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4,1
Malattie sangue, organi ematopoietici, disturbi immunitari	0,6
Disturbi psichici e comportamentali	1,7
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	3,7
Malattie del sistema circolatorio	37,4
Malattie dell'apparato respiratorio	7,9
Malattie dell'apparato digerente	4,6
Malattie del sistema genitourinario	1,7
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	-

¹ Indicatore complessivo dello stato di salute della popolazione, essendo collegato sia a fattori endogeni prenatali (malformazioni congenite), sia legati al parto (cause di morte di origine perinatale), sia a fattori esogeni di tipo socio-ambientale.

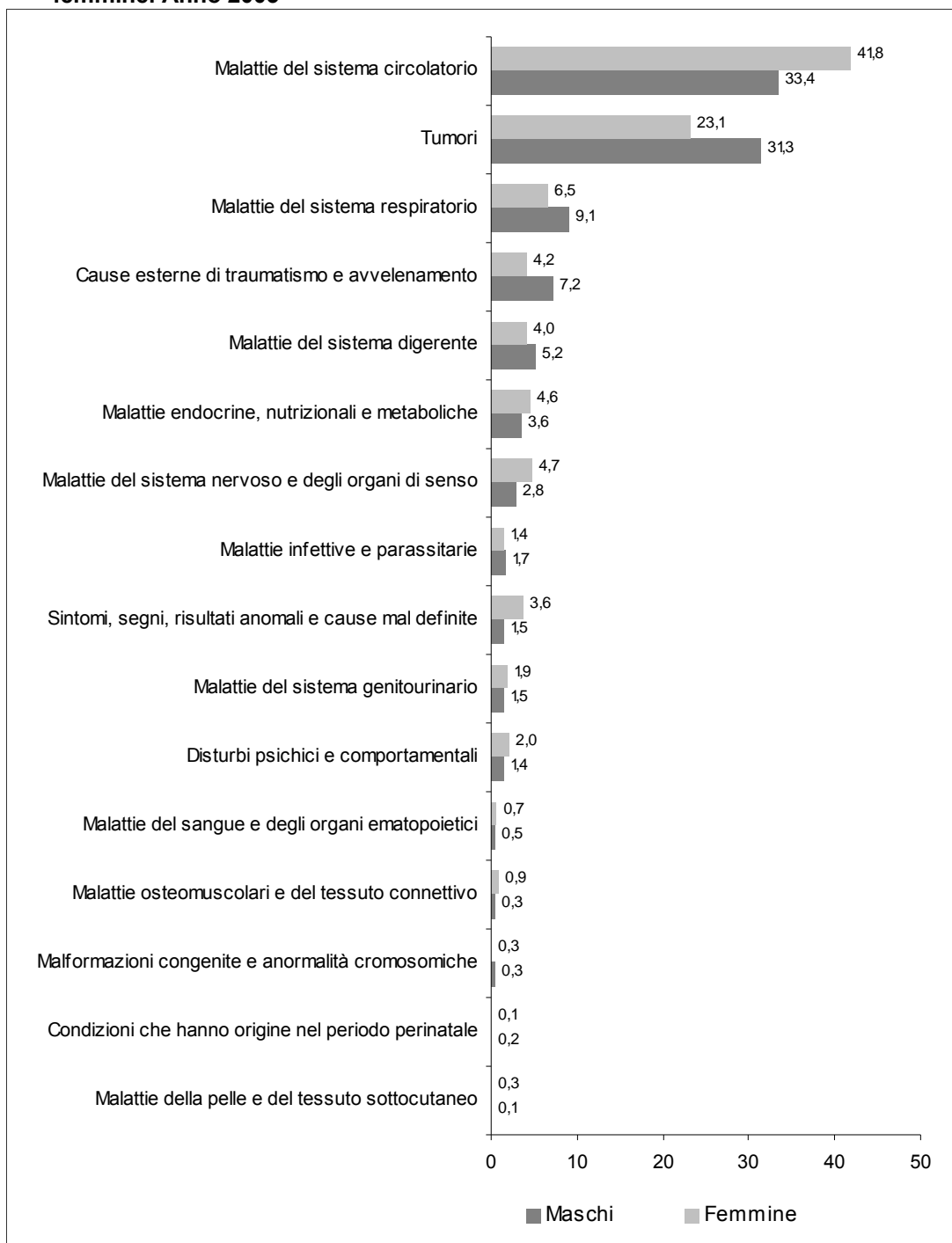
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	0,2
Malattie del sistema muscolare, tessuto connettivo	0,6
Malformazioni congenite e anomalie cromosomiche	0,3
Alcune condizioni che hanno origine nel periodo perinatale	0,2
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	2,5
Traumatismi e avvelenamenti	5,8

Fonte: Istat



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Graf. 3 – Mortalità proporzionale per i principali gruppi di cause in Sardegna. Maschi e femmine. Anno 2003





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'analisi dei tassi di mortalità causa-specifici, pur mostrando andamenti in linea con il dato nazionale e un evidente differenziale per genere, riferisce in generale una mortalità inferiore per patologie associate ad elevati tenori di vita e altre situazioni, invece, dove questa evidenza si inverte.

Nello specifico la regione Sardegna, stratificando per genere, ha i tassi standardizzati di mortalità per causa inferiori a quelli nazionali per le seguenti categorie nosologiche:

- *malattie del sistema nervoso e organi si senso*, solo per i maschi;
- *malattie dell'apparato circolatorio*, e in particolare malattie ischemiche del cuore, rivelano una notevole e continua contrazione e un differenziale di genere a favore delle donne;
- *cause tumorali*, mostrano un trend in diminuzione per le femmine e parimenti per i maschi, tranne che per l'anno 2001 (dove coincide col dato nazionale). In particolare, per quanto riguarda le principali sedi anatomiche: i tumori dell'apparato digerente e i tumori maligni dello stomaco mostrano tassi in diminuzione per le femmine e stazionari per i maschi assieme ad un netto differenziale per genere, a favore delle donne; i tumori al colon-retto-ano mostrano andamenti simili per entrambi i generi, ad esclusione di una sovrapposizione al dato nazionale nel 1999 per quello femminile; i tumori dell'apparato respiratorio e nello specifico i tumori a trachea, bronchi e polmoni presentano tassi che si allineano al trend nazionale in aumento per il genere femminile, ed in diminuzione per quello maschile, pur mantenendo ancora un differenziale netto a favore delle donne;

e superiori a quelli nazionali per:

- *malattie del sangue ed organi ematopoietici e malattie dell'apparato respiratorio* dove ripropongono l'andamento nazionale ed evidenziano, per queste ultime, un differenziale di genere a favore delle donne;
- *malattie infettive* con un trend in continuo aumento, come nel riferimento, per le femmine. La mortalità per tubercolosi è in diminuzione dal 1997 per il genere maschile; la mortalità per AIDS è in continua diminuzione fino al 2000 per il genere maschile, e assimilabile al trend nazionale per il genere femminile;

- *traumatismi e avvelenamenti* dal 1998 interrompono l'andamento in diminuzione per entrambi i generi, conservando il differenziale a favore di quello femminile; i tassi di mortalità per suicidio ed autolesionismo, sono nettamente superiori al dato nazionale per il genere maschile.

Tra le neoplasie, che in generale costituiscono la seconda causa di morte in Sardegna, il tumore alla mammella e il tumore alla prostata hanno tassi standardizzati di mortalità per genere allineati al dato nazionale fino al 1997 per il primo e al 1999 per il secondo e superiori in seguito; quelli all'utero si sovrappongono al riferimento; i tumori del tessuto linfatico ed ematopoietico, sempre inferiori al dato nazionale, lo superano nel 2000 per i maschi e l'anno successivo per le femmine; la mortalità per cirrosi epatica si allinea al dato nazionale, sempre per il genere maschile e dal 1997 per quello femminile (con un netto differenziale per genere);

- la mortalità attribuita a *cause maldefinite* è sempre maggiore del dato nazionale, indipendentemente dal genere;

infine, la mortalità standardizzata per *disturbi psichici* in Sardegna si sovrappone al riferimento nazionale.

La mortalità evitabile

La mortalità evitabile (per cause evitabili con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, Igiene e assistenza sanitaria) è un indicatore dell'efficacia pratica del servizio sanitario. Nel triennio 2000-2002 (tab. 9, fonte ERA - Epidemiologia Ricerca Applicata - Atlante 2007) il tasso standardizzato per mortalità evitabile è pari a 245,3 per 100.000 residenti maschi in Sardegna (229 Italia) e 98,4 per le femmine (103,7 Italia). Stratificando il dato per i singoli gruppi di cause si evidenzia come, in entrambi i sessi, al primo posto si trovino i tumori, seguite dalle malattie del sistema circolatorio e traumatismi ed avvelenamenti.

L'informazione sulla mortalità evitabile permette di trarre conclusioni sull'impatto che le politiche sanitarie hanno sul contesto socio-economico: dall'analisi dei tassi per tipologia di intervento sanitario si evince che nel triennio 2000-2002 al primo posto per gli uomini figurano i decessi evitabili attraverso la prevenzione primaria, seguiti dall'assistenza sanitaria e le misure di Igiene ed infine dalla diagnosi precoce e terapia. Per le donne, invece, la mortalità evitabile è praticamente equi distribuita nelle tre tipologie (Tab. 10).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tab. 9 - Mortalità evitabile nella fascia 0-74 anni. Tassi standardizzati x 100.000 residenti, per sesso e gruppi di causa

Cause evitabili	Sardegna M	Italia M	Sardegna F	Italia F
Tumori	98,4	94,4	48,1	50,8
Tumori maligni apparato digerente e peritoneo	31,3	30,5	12,9	13,3
Tumori mal. app. respiratorio e org. intratoracici	49,2	50,1	6,8	9,4
Tumori della donna (mammella e organi genitali)	0,0	0,0	25,2	24,4
Altri tumori	17,9	13,8	3,2	3,7
Sistema circolatorio	71,9	75,7	26,6	30,3
Malattie ischemiche del cuore	46,8	48,5	12,1	13,8
Malattie cerebrovascolari	19,0	20,7	10,4	12,4
Altre malattie del sistema circolatorio	6,1	6,5	4,1	4,1
Traumatismi e avvelenamenti	49,7	37,3	11,6	10,6
Malattie dell'apparato digerente	4,6	4,2	1,5	1,4
Malattie infettive e parassitarie	3,9	3,1	2,1	1,8
Malattie dell'apparato respiratorio	4,5	3,3	2,5	1,5
Malattie del sistema genito-urinario	2,2	2,5	1,7	1,6
Totalità mortalità	245,3	229,1	98,4	103,7

Fonte: Elaborazioni ERA su dati ISTAT - Triennio 2000-2002

Tab. 10 – Tassi standardizzati di mortalità evitabile nella fascia 0-74 anni (per 100.000) per misure di prevenzione e sesso.

	Sardegna M	Italia M	Sardegna F	Italia F
Prevenzione primaria	167,4	152,6	33,4	37,0
Diagnosi precoce e terapia	15,6	17,6	34,9	34,9
Igiene e assistenza sanitaria	62,4	58,9	30,2	31,9
Tutte le cause	245,3	229,1	98,4	103,7

Fonte: Elaborazioni ERA su dati ISTAT - Triennio 2000-2002

Passando a considerare un altro indicatore, **i giorni di vita persi per ogni residente in età 0-74 anni**, totale e per singola causa, nel confronto con l'analisi del triennio 1996-1998, si può notare come vi sia stato un miglioramento, ma pur tuttavia con valori superiori rispetto al riferimento nazionale. Dalla



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

stessa fonte informativa, si stima l'età media alla morte in Sardegna in 72,4 anni per i maschi e 79,1 per le femmine (73,2 M e 79,8 F Italia).

Tab. 11 - Giorni perduti per mortalità evitabile pro capite (0-74 anni). Indicatori per sesso

	Maschi		Femmine	
	Sardegna	Italia	Sardegna	Italia
Tutte le cause* (1996-1998)	28,81	25,98	12,82	13,47
Tutte le cause * (2000-2002)	25,34	22,98	11,19	12,04
Prevenzione primaria **	17,44	15,28	3,88	4,21
Diagnosi precoce e terapia **	1,32	1,51	3,78	3,78
Igiene e assistenza sanitaria **	6,59	6,19	3,53	4,05
Tumori *	8,21	7,76	5,04	5,37
Sistema cardiocircolatorio *	5,81	6,15	2,35	2,73
Traumatismi e avvelenamenti *	7,53	5,81	1,80	1,72
Altre cause *	3,78	3,25	2,00	2,22

Fonte: Elaborazioni ERA su dati ISTAT - Triennio 2000-2002

* Giorni perduti per causa di morte

** Giorni perduti per tipologia di intervento prevalente

La morbosità

Le informazioni, raccolte nell'ambito delle attività di monitoraggio dello stato di salute della popolazione², sulle condizioni morbose a maggior incidenza e prevalenza in regione fanno registrare, al pari di quanto visto per i dati di mortalità, alcune peculiarità.

La Sardegna è la regione che presenta il più alto numero di nuovi casi di **diabete di tipo 1**: l'incidenza del diabete mellito infantile-giovanile (0-14 anni) è infatti di circa 42 casi per 100.000 ab., mentre nel resto d'Italia i nuovi casi si aggirano intorno a 6 per 100.000 ab. e ogni anno ci sono circa 30-35 nuovi casi di diabete tipo 1 per 100.000 ab. nella fascia di età 0-29 anni. Il numero di diabetici noti nell'Isola (tipo 1 e tipo 2) è di circa 50.000 individui ma stime, che considerino i diabetici non trattati e non ancora diagnosticati, fanno ritenere in 80.000 persone la reale consistenza del problema. La ospedalità evitabile per diabete, nel triennio 2004-2006, mostra tassi standardizzati (per età e genere in ricovero

² Fonte dati: Osservatorio epidemiologico regionale, ISS, associazioni di categoria e rilevazioni ad hoc.

ordinario per 100.000 ab., su base popolazione censimento Istat 2001) in diminuzione (131,5 – 122,9 – 114,0) ma maggiori del dato nazionale (111, 8 Italia nel 2004).

La prevalenza di malattie rare, che per definizione è inferiore a 5 casi per 10.000 ab., l'elevato numero delle forme possibili ed il particolare profilo genetico della popolazione sarda (sia per la deriva dovuta all'insularità, sia per alcuni polimorfismi bilanciati dovuti a fattori ambientali esogeni) hanno fatto sì che si determinasse in regione una condizione per cui alcune di queste malattie appaiono particolarmente frequenti assieme ad altre, meno frequenti, ma necessitanti di una particolare assistenza per la loro progressività e gravità. Infatti, la prevalenza della **Sclerosi Multipla** è intorno ai 150 casi per 100.000 ab., mentre nel resto dell'Italia è compresa fra 20 e 60: la Sardegna risulta la regione italiana più colpita dalla malattia, con un carico attuale di oltre 2.500 pazienti ed un'incidenza (nuovi casi per anno) di circa 102: dal 1955 al 1995 i nuovi casi/anno si sono quasi triplicati, con una progressiva riduzione dell'età ai primi sintomi, in media intorno ai 22 anni. La frequenza media dei portatori sani di **β -talassemia** nella popolazione sarda è del 10,3% con variazioni notevoli dal 8,7% nella provincia di Nuoro al 13,5% in quella di Oristano. Si stimano attualmente circa 1.100 casi, l'80% circa sviluppa la forma grave della malattia, nella quale la sopravvivenza è assicurata da periodiche trasfusioni. Anche l' **α -talassemia** ha un'elevata frequenza variando da un minimo del 10% a un massimo del 37,7% dove l'unica forma clinicamente rilevante è la malattia da HbH, di cui si conoscono 400 casi. La maggior parte delle persone con β -talassemia e α -talassemia risiedono nella Sardegna meridionale. Indagini di screening hanno evidenziato che, almeno in età pediatrica, la **Malattia Celiaca** è una delle patologie croniche più frequenti in assoluto, 1 caso ogni 180 soggetti in età 11-14 anni.

Alta è la prevalenza di **malattie reumatiche** a patogenesi immuno-mediata e sono particolarmente rilevanti prevalenza e incidenza delle **malattie endocrine e dismetaboliche**, principalmente per quelle tiroidee anche a causa della persistente carenza iodica: recenti indagini hanno dimostrato che oltre il 50% della popolazione di età superiore a 50 anni è affetto da gozzo multinodulare.

L'**insufficienza renale cronica** non dializzata interessa il 5% della popolazione sarda pari a oltre 80.000 cittadini, molti dei quali sono ipertesi e diabetici. La fase dializzata riguarda oltre 2.000 persone in Sardegna: i dati del registro regionale della Società italiana di nefrologia (SIN) prevedono un aumento dei pazienti che richiedono l'assistenza nefrologica, in particolare quella dialitica e il trapianto renale.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

In Sardegna vivono circa 10.000 persone affette da **forme epilettiche** (la metà di esse ha meno di 20 anni) con una incidenza tra 500 ed 800 casi l'anno. L'incidenza e la prevalenza sono superiori sia nel primo anno di vita che negli anziani (circa l'1% della popolazione). L'**obesità**, secondo dati dell'ISS relativi al 2004, ha una prevalenza del 9,6% (Indice di Massa Corporea, $IMC > 29,9$) e quella dei sovrappeso ($IMC > 24,9$) è del 34,8%, con una crescita preoccupante nelle età più giovani, come confermano indagini specifiche sulla popolazione scolastica. Con riferimento le **patologie cardiovascolari**, sempre da fonte ISS, fra gli adulti, il 33% degli uomini e il 29% delle donne è **iperteso** (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure sotto trattamento specifico). Il 21% degli uomini e il 28% delle donne ha una **ipercolesterolemia** (valore uguale o superiore a 240 mg/dl). Inoltre, con riferimento alle **sindromi coronariche acute**, dai dati SDO nel periodo 2004-2006 si stima il numero dei ricoverati come riportato in tabella con un aumento degli infarti acuti del miocardio (cod. 410 ICD-9 CM) ed una diminuzione delle altre forme di cardiopatia ischemica acuta e sub-acuta (cod. 411 ICD-9 CM).

Tab. 12 – Ricoveri per sindromi coronariche acute (produzione regionale)

	2004	2005	2006
Altre forme acute e sub-acute	1.658	1.485	1.404
Infarto Acuto del Miocardio (IMA)	2.356	2.399	2.538

Fonte: SDO

Da una analisi sulle procedure effettuate per l'anno 2005, di questi episodi di ricovero il 21% è stato accolto in strutture dotate di UTIC (Unità terapia intensiva coronarica), il rimanente 79% in posti letto di altri reparti dei presidi ospedalieri. Solo il 65% dei pazienti colpiti da IMA riceve un'adeguata terapia riperfusiva (21% PTCA primaria, 44% trombolisi), mentre il rimanente 35% non viene trattato per motivi in larga parte connessi al ritardo nei tempi di ricovero.

La prevalenza delle **malattie allergiche, dermatiti atopiche, rinite allergica ed asma bronchiale**, è significativamente aumentata negli ultimi anni ed i dati dello studio DRIAS sui **disturbi respiratori** nell'infanzia rilevano stime della prevalenza dell'asma in età pediatrica del 2,8%, a fronte è del 7-10% a livello nazionale con evidente sottostima della diagnosi. Infatti, il ricorso all'ospedalizzazione per far fronte a problemi asmatici ha tassi standardizzati (per età e genere in ricovero in DO x 100.000 ab., su base popolazione censimento Istat 2001) stabili nel periodo 2001-2005 ed in diminuzione nell'ultimo anno disponibile (61,5 – 62,2 – 56,5 2004-2006) ma elevati rispetto al dato nazionale (41,9 nel 2004).

I **tumori** che, come visto in precedenza, costituiscono la seconda causa di morte in Sardegna generano un bisogno sanitario che può essere stimato solo approssimativamente, mediante ricorso alle statistiche sulla mortalità o estendendo all'ambito regionale le osservazioni del Registro tumori dell'Azienda USL di Sassari. I dati di mortalità (ISTAT, dicembre 2007), nel periodo che va dal 1990 al 2003, indicano che il tasso di mortalità per tutti i tumori (M+F) in Sardegna è stato sempre inferiore a quello nazionale, ma ha mostrato una tendenza all'aumento, passando da circa 20 decessi per 10.000 ab. del 1990 a 24 decessi per 10.000 ab. del 2002 (Italia 26 e 28, rispettivamente). Le proiezioni basate sull'evoluzione temporale della patologia oncologica, fanno stimare per la Sardegna il numero di nuovi casi all'anno pari a circa 7.800 tumori solidi e a 700 emopatie maligne. Dai dati SDO per il triennio 2004-2006 sui dati di consumo e riferiti alla diagnosi principale alla dimissione, i residenti ospedalizzati per tumori (benigni e maligni) si attestano dal 2004 al 2006 in circa 15.000 l'anno in degenza ordinaria e 7.600 in regime diurno; per trattamenti radio e chemio-terapici siamo intorno a 1500 pazienti l'anno in regime ordinario e 3000 circa in diurno. Tenuto conto della dimensione della popolazione, della frequenza dei tumori e delle indicazioni per la radioterapia, si stima che circa 4.000 sardi necessitino ogni anno di tale procedura.

Con riferimento la malattia mentale, circa il 25% della popolazione adulta della regione vive una condizione di **disagio psichico** quale ansia, depressione reattiva, insonnia, difficoltà relazionali, abuso di alcol o di sostanze, disturbi psicosomatici. I **disturbi psicotici** sono presenti nel 1,5-2,5% della popolazione. Una percentuale non irrilevante della popolazione anziana, più del 7%, soffre di disturbi cognitivi, associati alla degenerazione neuronale. Una quota variabile tra il 7 e il 10% degli adolescenti presenta una condizione di disagio che determina difficoltà nell'adattamento e nelle relazioni interpersonali. Negli istituti penitenziari dell'Isola più di un quarto dei detenuti è affetto da una condizione di disagio psichico e, tra questi, circa il 10% manifesta un disturbo mentale clinicamente significativo. La Sardegna è stata la Regione che più di ogni altra ha utilizzato gli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG): la presenza media di cittadini sardi all'inizio del secolo era doppia rispetto a quella di tutte le altre regioni italiane (46 per un milione di abitanti, a fronte di una media nazionale di 22).

Come accennato nel paragrafo 2.1.1 la realtà sarda si caratterizza per natalità e fecondità inferiori alla media nazionale e, prescindendo dai motivi sociali ed economici che certamente influenzano nella regione le scelte riproduttive, tra i comportamenti individuali direttamente finalizzati al controllo della fecondità, la contraccezione ormonale pesa nel 2003 in Sardegna per il 34,4% (media nazionale 18,9%); le **interruzioni volontarie di gravidanza** (IVG) nel triennio 2003-2005 sono state pari a 5,7



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ogni 1.000 donne di età tra i 15 e i 49 anni (9,1 dato nazionale nel 2003). Per quanto attiene il **ricorso al taglio cesareo**, come accennato in precedenza, in regione si osserva una incidenza particolarmente elevata e, soprattutto, con una notevole variabilità tra gli erogatori con valori che vanno dal circa il 20% a oltre il 51% nel 2006.

Con riferimento l'anno 2006, si osservano tra le principali diagnosi di ricovero in strutture del SSR (la quota di residenti in mobilità da altre regioni è minima) le patologie del sistema circolatorio, del sistema nervoso e degli organi di senso, dell'apparato digerente e tumorali (tab. 13) con ranghi non coincidenti rispetto a quanto osservato per la mortalità: le possibili spiegazioni di questa differenza potrebbero essere ricercate, evidentemente, nella variabilità dell'espressione del bisogno e della sua normazione e/o nell'effettiva offerta di prestazioni ospedaliere.

Tab. 13 - Ricoveri ospedalieri totali per gruppi omogenei di diagnosi. Anno 2006

Rango	Diagnosi principale	Codice ICD 9 CM	% sul totale
1	Malattie del sistema circolatorio	390-459	11,4%
2	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	320-389	10,9%
3	Malattie dell'apparato digerente	520-579	10,2%
4	Tumori	140-239	9,8%
5	Malattie del sistema genitourinario	580-629	8,1%
6	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	630-677	7,3%
7	Traumatismi e avvelenamenti	800-999	6,9%
8	Malattie dell'apparato respiratorio	460-519	6,5%
9	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	710-739	6,1%
10	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	780-799	5,0%
11	Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	V01-V82	4,2%
12	Malattie infettive e parassitarie	001-139	2,9%
13	Disturbi psichici	290-319	2,3%
14	Malattie endocrine (disturbi della tiroide, diabete,...)	240-259	1,9%
15	Malattie del sangue e organi ematopeici	280-289	1,7%
16	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	680-709	1,5%
17	Disturbi nutrizionali	260-279	1,3%
18	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	760-779	1,1%
19	Malformazioni congenite	740-759	1,0%

Fonte: SDO

Negli ultimi tre anni (2004-2006) si registrano mediamente 12.800 parti l'anno con 12.600 neonati senza affezioni particolari nei primi 28 giorni di vita.

2.1.3 L'offerta di prestazioni e servizi

L'assistenza di base

L'assistenza sanitaria di base (Fonte Regione - anno 2007), erogata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta convenzionati con le ASL, presenta un numero totale di MMG che operano nel territorio pari a 1.403 con un tasso regionale di 8,45 per 10.000 abitanti (8,02 Italia, Fonte Istat 2005), che hanno in carico mediamente 998 pazienti. I pediatri di libera scelta (PLS) sono complessivamente 236, con un tasso regionale di 11,23 ogni 10.000 residenti di età inferiore a 15 anni (9,0 Italia, Fonte Istat 2005), che hanno in carico mediamente 731 individui.

La continuità assistenziale

Il servizio di continuità assistenziale assicura interventi domiciliari e territoriali per situazioni che rivestono carattere d'urgenza e che si verificano durante le ore notturne o nei giorni festivi e prefestivi. In Sardegna nel 2007 (ultimo anno per il quale sono disponibili le informazioni da fonte regionale) è articolato in 190 punti di guardia medica e occupa circa 870 medici, per un monte ore complessivo di circa 1.247 l'anno per medico. Il tasso di medici titolari di guardia medica in regione, pari a 5,2 per 10.000 abitanti è decisamente superiore al dato nazionale (2,3 medici di guardia medica per 10.000 abitanti, Fonte Istat 2005), come risposta al particolare profilo orografico del territorio regionale, alle caratteristiche della rete viaria ed alla differente densità abitativa nelle diverse aree.

L'offerta specialistica ambulatoriale

L'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali della regione è descrivibile in termini di "punti di offerta" (numero di strutture erogatrici: 393 ambulatori e laboratori, di cui 192 convenzionati – Ministero della Salute, anno 2004) e di rapporto tra numero di strutture attive e la popolazione. Per l'anno 2005 il **tasso di ambulatori e laboratori** è pari a 23,4 per 100.000 abitanti (17,9 in Italia – fonte Istat) e la percentuale di ambulatori e laboratori pubblici sul totale è il 49,7% (43,4% Italia).

L'assistenza ospedaliera



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Al 31 dicembre 2006 (rilevazione ad hoc presso le strutture eroganti del SSR) i **posti letto** utilizzati negli ospedali pubblici e presso strutture private accreditate sono 7.337, distinti in: posti letto per acuti (7.094) e post acuzie (243); ordinari (6.656) e diurni (681). La dotazione di posti letto complessiva è pari a 4,3 posti letto per 1.000 abitanti per acuti (ordinari e diurni) e 0,1 posti letto post acuzie; complessivamente i posti letto in regime diurno sono 10,2% rispetto agli ordinari.

La dotazione di posti letto è inferiore allo standard nazionale di 4,5 per 1.000 abitanti: in particolare, presenta una disproporzione tra i posti letto per acuti e quelli in post-acuzie.

L'utilizzo della dotazione dei posti letto in regime ospedaliero per acuti può essere riassunto nei dati della tabella 14 con un **tasso di occupazione** (% di utilizzo della risorsa ospedaliera posti letto) complessivamente inferiore al riferimento ministeriale del 75% (76,4 Italia).

Tab. 14 - Indicatori di utilizzo posti letto. Media regionale 2006

Regime di ricovero	Tasso di Occupazione	Indice di Rotazione ³	Intervallo di turn over ⁴
Ordinario	68,0	37	3,2
Diurno	61,5	154	0,6

Fonte: SDO

2.1.4 La domanda di prestazioni sanitarie

La domanda regionale di ricoveri

Negli ultimi anni l'andamento dell'ospedalizzazione si è caratterizzato da una progressiva tendenza alla riduzione: il **tasso grezzo di ospedalizzazione**⁵ è, infatti, passato da 226,8 a 222,8 e a 207,6 ricoveri per 1.000 abitanti nel triennio 2004-2006 (tab. 18). Questi valori, standardizzando per età e genere su base popolazione Istat al censimento 2001, aumentano rispettivamente in 234,0, 228,0 e 210,0 (a causa della differente struttura per età e genere della popolazione, più giovane del riferimento nazionale).

Nel valutare l'effettiva consistenza dell'ospedalizzazione è da considerarsi, però, una nota distorsione inerente la gestione amministrativa degli episodi di ricovero esitati in DRG non chirurgici e regime

³ N. di pazienti che in un anno occupano un singolo posto letto

⁴ Tempo medio in giorni in cui resta inutilizzato un posto letto

⁵ Escluso DRG 391 "Neonato sano".

diurno; distorsione causata dall'impropria registrazione 1 accesso – 1 SDO. Tale fenomeno, nettamente in diminuzione nell'ultimo triennio, con procedure di accorpamento di tali ricoveri erogati da strutture regionali (a parità di identificativo paziente, presidio di dimissione e DRG esitato – elaborazione al 31.12.2007) è ridimensionato e si stima l'effettiva consistenza del tasso grezzo di ospedalizzazione nel triennio in 210 – 208 e 201 ricoveri per 1.000 abitanti.

La quota % di ricoveri con DRG chirurgico prodotti in regime ordinario è costante nel triennio 2004-2006 (29,7 – 29,7 – 29,9 rispettivamente).

La quota % di ricoveri ordinari, appartenenti alla categoria dei 43 individuati ad elevato rischio di inappropriatazza dall'allegato 2C del DPCM 2001, rispetto al totale dei ricoveri erogati (Ordinari + Diurni) nella medesima categoria, mostra una netta diminuzione nel triennio 2004-2006 (56,7 – 51,7 – 48,7 rispettivamente) con una riduzione complessiva del 39% dal 2002 al 2006.

La degenza media standardizzata per case-mix (produzione regionale, in regime ordinario e discipline per acuti, escluso DRG 391, in base alla distribuzione dei ricoveri DRG specifica a livello nazionale, anno di riferimento 2003) diminuisce fino al 2005 e poi si mantiene costante (7,26 – 7,16 – 7,15 rispettivamente).

La degenza media nei reparti di lungodegenza (disciplina 60) è in netta diminuzione nel triennio considerato (52,6 – 45,6 – 43,6 rispettivamente).

Soddisfazione per i servizi ospedalieri

Alcuni indicatori del gradimento dei servizi sanitari, calcolati dall'Istat, espressi come percentuale delle persone che hanno subito un ricovero e dichiarano di essere molto soddisfatte per i servizi ospedalieri sono riportati (tab. 15) e mostrano, per la Sardegna, un grado di soddisfazione per l'assistenza medica, infermieristica e per i servizi igienici ospedalieri inferiore al riferimento nazionale.

Tab. 15 - Persone molto soddisfatte dei servizi ospedalieri (%). Anno 2006

Tipo di servizio	Sardegna	Italia
Assistenza medica ospedaliera	33,6	39,1
Assistenza infermieristica ospedaliera	29,7	36,0
Servizi igienici ospedalieri	21,9	30,4



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Fonte: Istat

L'assistenza specialistica ambulatoriale

Nel 2006 sono state erogate, a uomini e donne di tutte le età, quasi 21 milioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale, su richiesta del medico di medicina generale (tab. 16 - fonte Ministero della Salute, anno 2005). Nel conteggio rientrano le prestazioni erogate intra ed extra regione e sono escluse le prestazioni erogate in regime privato. La struttura geografica del ricorso alle prestazioni risente fortemente dalla localizzazione dei punti di offerta.

L'indicatore regionale **prestazioni ambulatoriali erogate ai non ricoverati per 1.000 residenti**, è inferiore al dato nazionale per diagnostica strumentale e per laboratorio, e superiore per le altre prestazioni.

Tab. 16 – Prestazioni di assistenza specialistica erogate a non ricoverati per 1.000 residenti - Anno 2005

	Sardegna	Italia
Diagnostica strumentale	659	693
Laboratorio	7.335	9.167
Altre prestazioni	4.623	3.723

Fonte: Ministero della Salute - Sistema Informativo Sanitario

Il consumo di farmaci - L'assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica territoriale è erogata dai servizi farmaceutici territoriali delle ASL e dalle farmacie, pubbliche o private, con esse convenzionate: dal rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (Ministero della salute, 2004) risulta che il **numero di ricette farmaceutiche** prescritte dai medici del SSN è pari a 8.155 ricette per medico, mediamente pari a circa 7,7 ricette a persona. La Sardegna è al di sopra del riferimento nazionale con 8.291 ricette per medico e in media 8,2 ricette a persona.

Dall'indagine multiscopo sulle condizioni di salute ed il ricorso ai servizi sanitari (Istat - anno 2005) emerge che oltre il 28% degli italiani fa uso regolare di farmaci prescritti ed il 36,6% (tab. 17, stratificata per origine della prescrizione) ha fatto uso di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista. In Sardegna il tasso di consumo di farmaci, in continuo aumento nell'ultimo decennio e sempre superiore al riferimento nazionale, e si attesta sul 39%. Il dato delle donne è sempre superiore a quello maschile, a livello regionale e nazionale.

Tab. 17 - Persone che hanno fatto uso di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista secondo la fonte della prescrizione (per 100 persone con la stessa zona che hanno fatto uso di farmaci) - Anno 2005

	Sardegna	Italia
Su prescrizione o consiglio di un medico	88,2	89,3
Su indicazione di altra persona	0,4	0,6
Di propria iniziativa	12,8	11,2
Su iniziativa dei genitori	1,5	1,4
Non sa, non ricorda	0,1	0,1



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

2.1.5 La mobilità intra ed extra regionale

L'analisi della mobilità sanitaria è estremamente interessante nella comprensione del rapporto domanda ed offerta di prestazioni sanitarie. In questa sede si focalizza l'attenzione sulla mobilità intra ed extra regionale relativamente alle grandi evidenze e ai soli ambiti dell'attività ospedaliera e dell'attività di specialistica ambulatoriale.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, a fronte di una diminuzione del tasso di ospedalizzazione, si nota un leggero aumento dei ricoveri fuori regione, che passano da 9,4 a 10,0 per 1.000 abitanti nel triennio 2004-2006 (tab. 18).

Tab. 18 – Dati di ospedalizzazione

	2004	2005	2006
Tasso grezzo complessivo di ospedalizzazione	226,8	222,8	207,6
Tasso grezzo di ospedalizzazione fuori regione	9,4	9,6	10,0
% ricoveri in mobilità passiva	4,1	4,3	4,8
Saldo di mobilità (N)	-9.150	-9.281	-10.194

Fonte SDO

La Sardegna è caratterizzata da una sanità autocontenuta dove il 95% circa dei ricoveri a carico di residenti avviene in strutture del SSR ed il restante 5% in strutture fuori regione: la quota di ricoveri in mobilità passiva è in leggero aumento passando dal 4,1% al 4,8%. E' una delle regioni italiane meno interessate dal fenomeno della migrazione sanitaria per prestazioni di ricovero in DO e penultima per i diurni⁶. La condizione di insularità e la distanza dal resto d'Italia limitano in Regione la mobilità di confine, ovviamente molto più agevole e marcata nel resto del territorio nazionale. L'isola ha un'attività ospedaliera erogata su non residenti pari a circa l'1,8% (media del triennio) della produzione regionale, presumibilmente associata al flusso turistico (mobilità fittizia) oppure, per specifiche casistiche trattate, ad accessi in centri di eccellenza operanti in regione.

Nel periodo 2004-2006 il saldo di mobilità (differenza tra mobilità attiva e mobilità passiva) mostra un trend negativo crescente, in termini numerici: a fronte di una stabilità della mobilità attiva si registra una leggera crescita della passiva (+4,5% nel 2006 rispetto all'anno precedente).

⁶ Fonte Ministero della Salute - Rapporto annuale sull'attività di ricovero, anno 2004.

La mobilità intra-regionale è caratterizzata da uno sbilanciamento bipolare dell'offerta sanitaria (Cagliari e Sassari) sia per l'ubicazione delle strutture, sia per la dotazione di specialità. Questa evidenza ha ragioni storiche, culturali e territoriali, ma genera in regione una evidente disomogeneità.

Dal punto di vista del territorio ASL di residenza, l'**autosufficienza** (percentuale di ricoveri erogati ai propri residenti da strutture operanti nello stesso territorio) esprime la capacità del territorio di soddisfare i bisogni di salute dei propri cittadini: si nota grande variabilità territoriale passando da un'autosufficienza media nel triennio 2004-2006 del 94,7% e del 86,9% per la ASL n. 8 di Cagliari e la n. 1 di Sassari, al 31,0% della ASL n. 6 di Sanluri. Nello stesso periodo, la quota media di ricoveri fuori regione (mobilità passiva) è pari al 2,9%.

Dal punto di vista del territorio ASL erogante, l'**attrazione** (la percentuale di ricoveri erogati a non residenti) esprime la capacità attrattiva nei confronti di residenti altrove.

Questi indicatori sono riassunti nella tabella 19.

Tab. 19 – Ricoveri ospedalieri. Grado di autosufficienza e di attrazione dei territori ASL della Sardegna. Media del triennio 2004-2006

Territorio	Autosufficienza	Fuga intra regionale	Mobilità passiva	Attrazione	Mobilità attiva
ASL n. 1	86,9	6,9	6,2	18,3	2,0
ASL n. 2	54,5	35,9	9,7	16,0	8,2
ASL n. 3	66,8	27,8	5,4	20,4	2,0
ASL n. 4	59,1	37,4	3,6	6,5	3,2
ASL n. 5	56,2	39,5	4,3	12,4	1,5
ASL n. 6	31,0	66,4	2,6	22,5	1,1
ASL n. 7	61,5	35,4	3,1	14,4	2,0
ASL n. 8	94,7	2,4	2,9	27,7	1,1

La quota % di ricoveri ordinari in mobilità passiva a bassa complessità (peso $\leq 0,9$ rispetto al totale in DO in mobilità passiva) è in netta diminuzione nel triennio 2004-2006 (37,4 – 34,5 – 33,9 rispettivamente).

Mobilità per assistenza specialistica ambulatoriale



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Al pari dell'assistenza ospedaliera, per la specialistica ambulatoriale, la distribuzione geografica risente fortemente della localizzazione dei punti di offerta.

La regione ha, come era da attendersi, una bassa capacità attrattiva nei confronti di cittadini di altre regioni, con un volume "attivo" di circa 3.000 prestazioni specialistiche ambulatoriali. Le strutture che erogano il maggior numero di prestazioni a residenti fuori regione risultano essere quelle ubicate nei territori delle ASL n. 1 e ASL n. 2, con un elevato grado di autosufficienza. Si ripresenta quanto già visto per le cure ospedaliere con la quota minima di autosufficienza (58%) per la ASL n. 6

2.1.6 Criticità nell'accesso a percorsi diagnostico terapeutici e liste d'attesa

Il monitoraggio nazionale dei tempi d'attesa, organizzato dall'ASSR, coinvolge tutte le regioni e viene effettuato a cadenza semestrale, interessando alcune prestazioni indice che si presentano critiche per i tempi di attesa.

Tale monitoraggio segnala la regione Sardegna fra quelle con una grande variabilità sulla tipologia delle agende di prenotazione, verosimilmente ascrivibile alla disomogenea diffusione dei sistemi di gestione informatizzata delle prenotazioni (CUP).

Le maggiori criticità riguardano le branche specialistiche di cardiologia ed oculistica.

Con l'obiettivo di favorire lo sviluppo di un sistema d'accesso alle prestazioni sanitarie che risponda ai necessari requisiti di trasparenza, efficacia ed equità, l'Assessorato ha fornito in materia indicazioni alle Aziende Sanitarie ed ai Policlinici Universitari con le note n. 37543/3 del 26 ottobre 2005 e n. 43786/3 del 16 dicembre 2005. Tali indicazioni nascono da un puntuale confronto sulle specifiche problematiche segnalate dai referenti aziendali, attraverso il tavolo regionale allargato di confronto sui tempi d'attesa, e sono confermate dai risultati delle rilevazioni periodiche. Le problematiche riguardano il Centro Unico di Prenotazione aziendale, le agende di prenotazione e le priorità cliniche di accesso alle prestazioni con particolare interesse verso l'informazione agli assistiti.

Nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento dei tempi e delle liste d'attesa, la Regione ha attuato mirate iniziative, sulla base di quanto stabilito dagli Accordi sanciti dalla Conferenza Stato - Regioni il 14 febbraio 2002 e l'11 luglio 2002, dalla Legge n. 266/2005 e più recentemente dall'Intesa del 28 marzo 2006 per il contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008. A

seguito di tale Intesa è stato adottato con DGR n. 28/15 del 27.06.2006 il Piano Regionale di contenimento dei tempi e liste di attesa per il triennio 2006-2008. Successivamente, la DGR n. 4/7 del 30 gennaio 2007, ha adeguato e sostituito il citato Piano Regionale attuativo di contenimento dei tempi e liste d'attesa. E' stato pertanto individuato l'elenco di prestazioni che, a partire dall'esperienza di monitoraggio dei tempi d'attesa condotta negli ultimi anni, manifestano maggiore criticità nei tempi di erogazione e dimostrano particolare impatto sulla salute dei cittadini e sulla qualità dei servizi; tali prestazioni sono state indicate nell'allegato 1 della DGR n. 4/7 del 30 gennaio 2007 come "colorate in bianco" e sono state impartite indicazioni alle ASL per la predisposizione dei Piani aziendali di contenimento dei Tempi d'attesa.

L'analisi dei suddetti Piani, ha rilevato diverse criticità che interessano una o più strutture delle stesse Aziende. Con la DGR n. 49/33 del 5.12.2007 (con la quale la Regione ha provveduto alla ripartizione di specifici finanziamenti) sono state fornite alle ASL specifiche indicazioni volte al superamento delle criticità legate al contenimento dei tempi d'attesa e a favorire l'accesso ai percorsi diagnostico terapeutici.

2.2 Analisi SWOT

Attraverso l'analisi SWOT (*Strenghts*, *Weaknesses*, *Opportunities*, *Threats*) è possibile evidenziare i punti di forza e di debolezza per far emergere quelli che vengono ritenuti capaci di favorire, ovvero ostacolare o ritardare, il perseguimento di determinati obiettivi.

Più specificamente nell'analisi SWOT si distinguono fattori endogeni ed esogeni: la terminologia consueta distingue i fattori endogeni tra punti di forza (*strenghts*), e punti di debolezza (*weaknesses*) e quelli esogeni tra opportunità (*opportunities*) e minacce (*threats*). Tra i primi si considerano tutte quelle variabili che fanno parte integrante del sistema stesso, sulle quali è possibile intervenire per perseguire obiettivi prefissati. Tra i secondi, invece, si trovano variabili esterne al sistema che però possono condizionarlo sia positivamente che negativamente. In questo ultimo caso non è possibile intervenire direttamente sul fenomeno ma è opportuno predisporre strutture di controllo che individuino gli agenti esogeni e ne analizzino l'evoluzione al fine di prevenire gli eventi negativi e sfruttare quelli positivi.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'efficacia di questa metodologia d'indagine dipende, in modo cruciale, dalla capacità di effettuare una lettura "incrociata" di tutti i fattori individuati nel momento in cui si definiscono le politiche. E' necessario, infatti, appoggiarsi sui punti di forza e smussare i difetti per massimizzare le opportunità e ridurre i rischi/minacce.

L'analisi SWOT consente di identificare le principali linee guida strategiche in relazione ad un obiettivo globale di sviluppo settoriale; il suo utilizzo è raccomandato soprattutto in fase ex ante per migliorare l'integrazione del programma nel suo contesto; in fase intermedia consentirà di verificare se, in relazione ai cambiamenti intervenuti nel contesto, le linee di azione individuate siano ancora pertinenti e fornisce uno strumento per decidere modifiche al programma.

L'analisi SWOT di seguito illustrata in forma matriciale è focalizzata sugli obiettivi specifici che quindi assumono il significato di "contesto settoriale"; a questo livello è infatti possibile evidenziare quali sono i punti di forza e debolezza, così come le opportunità e le minacce.

Assistenza Distrettuale				
Obiettivo generale	Punti di Forza	Punti di Debolezza	Minacce	Opportunità

Assistenza Distrettuale				
Riorganizzazione e potenziamento dell'area dell'assistenza sanitaria distrettuale	<p>Capillarità dell'assetto di offerta sanitaria nel territorio comprendente tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione</p> <p>Definizione del Piano Locale Unitario dei servizi</p> <p>Riorganizzazione dell'area secondo le linee di indirizzo del PRSS 2006-2008</p> <p>Attivazione di progetti di sviluppo della rete dei servizi territoriali</p> <p>Incremento della presenza di RSA sul territorio regionale</p> <p>Individuazione delle caratteristiche strutturali e degli standard per la organizzazione delle RSA</p> <p>Graduazione dell'offerta in relazione ai distinti livelli di assistenza sanitaria e sociale</p>	<p>Offerta disomogenea nella erogazione dei LEA</p> <p>Difficoltà ad assicurare la completa integrazione socio-sanitaria</p> <p>Distribuzione disomogenea delle specialità con situazioni di eccesso/ carenza di offerta nei vari ambiti regionali</p> <p>Vetustà di alcune strutture ospedaliere e territoriali</p> <p>Elevata obsolescenza delle attrezzature sanitarie e dei macchinari</p>	<p>Resistenza al cambiamento da parte degli Enti Locali in relazione alla fase progettuale integrata del Piano Locale Unitario dei servizi, e alla presa in carico sul versante sociale di pazienti/utenti</p> <p>Radicata abitudine a ricorrere al ricovero ospedaliero anche in situazioni affrontabili con forme alternative di diagnosi e cura</p> <p>Resistenze culturali da parte degli utenti e degli stessi operatori sanitari all'utilizzo di forme di assistenza alternative al ricovero</p>	<p>Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008</p> <p>Legge regionale 10/06 Riordino del SSR</p> <p>Legge Regionale 23/05 Sistema integrato dei servizi alla persona</p> <p>Istituzione del Punto Unico di Accesso e delle Unità di valutazione territoriale</p> <p>Sviluppo del sistema informativo sanitario regionale</p> <p>Rifinanziamento art. 20 L. 67/88</p>



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Macrolivello Assistenza Ospedaliera				
Obiettivo Specifico	Punti di Forza	Punti di Debolezza	Minacce	Opportunità
Riorganizzazione e riqualificazione dell'area dell'assistenza ospedaliera	<p>Presenza di una rete diffusa di presidi ospedalieri</p> <p>Sviluppo della rete della post-acuzie</p> <p>Attivazione di un piano di ammodernamento tecnologico per le strutture ospedaliere</p> <p>Attribuzione delle specialità di base a tutte le aziende</p> <p>Organizzazione delle diverse specialità, rare e di media diffusione in base al principio della rete integrata, con definizione di centri di riferimento regionali (<i>hub</i>) e centri periferici (<i>spoke</i>)</p>	<p>Distribuzione disomogenea nella dotazione di posti letto con situazioni di eccesso/ carenza di offerta nei vari ambiti regionali e dotazione complessiva superiore allo standard nazionale di 4.5 pl per 1000 abitanti</p> <p>Posti letto diurni inferiori al tasso minimo di 10% dei totali</p> <p>Carente cultura del lavoro in rete</p> <p>Distribuzione disomogenea delle discipline specialistiche con situazioni di eccesso/ carenza di offerta nei vari ambiti regionali</p> <p>Vetustà di alcune strutture ospedaliere e territoriali e elevata obsolescenza delle attrezzature sanitarie e dei macchinari</p>	Resistenze al cambiamento da parte degli operatori del SSR	<p>Riorganizzazione e delle linee di attività con superamento dei modelli tradizionali di attività suddivise per reparti con presenza di attività di DH, DS e ambulatoriali parcellizzate in ogni reparto</p> <p>Indicazioni normative nazionali</p> <p>Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008</p> <p>Sviluppo del sistema informativo sanitario regionale</p> <p>Rifinanziamento art. 20 L. 67/88</p>

2.3 Gli obiettivi generali e specifici

Nel prospetto sottostante sono sinteticamente riportati gli obiettivi generali e specifici perseguiti con il presente documento programmatico, in coerenza con il Piano Regionale dei Servizi sanitari 2006/2008, il Piano di rientro, riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale e le disposizioni nazionali in materia.

Obiettivi generali	Obiettivi specifici
Riorganizzazione e potenziamento dell'area dell'assistenza sanitaria distrettuale	<p>Riequilibrio nell'ambito del territorio regionale e appropriatezza delle prestazioni della rete integrata dei servizi socio-sanitari</p> <p>Riduzione del ricorso improprio all'ospedalizzazione attraverso il potenziamento di strutture a bassa intensità assistenziale</p> <p>Riequilibrio nell'ambito del territorio regionale e potenziamento dell'assistenza specialistica al fine di allentare la pressione sulle strutture ospedaliere, garantire il raccordo tra la medicina di base sul territorio e l'ospedalità nonché la tempestività nelle risposte</p> <p>Riequilibrio nell'ambito del territorio regionale delle strutture residenziali per soggetti non autosufficienti</p> <p>Adeguamento dei requisiti strutturali e miglioramento della qualità funzionale delle strutture</p>
Riorganizzazione e riqualificazione dell'area dell'assistenza ospedaliera	<p>Riorganizzazione della rete ospedaliera allo scopo di adeguarla alle reali esigenze dei cittadini, garantendo appropriatezza e qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici, superando ingiustificate carenze e evitando inutili duplicazioni</p> <p>Adeguamento dei requisiti strutturali e miglioramento della qualità funzionale delle strutture</p> <p>Riequilibrio nell'ambito del territorio regionale e adeguamento quantitativo e qualitativo dell'offerta della ricettività ospedaliera</p> <p>Diffusione sul territorio delle discipline di base e razionalizzazione delle discipline specialistiche al fine di migliorare l'accesso e la tempestività nelle risposte</p>



2.4 Gli obiettivi operativi e gli interventi progettuali

2.4.1 L'area dell'assistenza distrettuale

Il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008 attribuisce un ruolo centrale allo sviluppo delle attività territoriali, con l'obiettivo strategico di permettere ai cittadini di trovare risposte ai propri bisogni di salute, prioritariamente nel territorio di appartenenza, nel quale si realizza concretamente l'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra i diversi centri di offerta, in particolare tra ospedale e territorio.

Il raggiungimento di tale obiettivo accompagna il progressivo ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera tradizionale, rendendo possibile la riduzione di posti letto ospedalieri per acuti e il tasso di ospedalizzazione, coerentemente con le disposizioni normative nazionali e regionali.

Per tali motivazioni il Piano riserva particolare attenzione alla riorganizzazione e al potenziamento dell'area dell'assistenza distrettuale che comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale. Il Distretto è anche la sede dove si realizza l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari.

Il Piano dei Servizi Sanitari 2006-2008 individua quali obiettivi strategici di riqualificazione dell'assistenza distrettuale:

- l'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra i diversi centri di offerta, in particolare tra ospedale e territorio;
- lo sviluppo di risposte integrate sociosanitarie, tenuto conto della crescente domanda di assistenza da parte di persone e famiglie con bisogni complessi;
- la distribuzione omogenea nel territorio dei servizi;
- la riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti non autosufficienti attraverso la promozione di un sistema integrato di servizi sociali e sanitari articolato in diversi livelli di intervento, differenziati per complessità e durata dell'assistenza.

Le Residenze Sanitarie Assistenziali concorrono alla realizzazione del sistema integrato dei servizi distrettuali garantendo prestazioni sanitarie, di recupero funzionale e di reinserimento sociale a utenti affetti da malattie croniche o da patologie invalidanti, prevalentemente anziani, ma anche adulti non autosufficienti e non assistibili a domicilio e che, tuttavia, non necessitano di ricovero ospedaliero o di riabilitazione globale.

Il processo di riqualificazione previsto dal Piano dei servizi sanitari 2006/2008 è mirato a superare le criticità emerse dall'analisi della rete attualmente funzionante, in particolare:

- la scarsa definizione delle tipologie residenziali;
- la eccessiva differenziazione dei livelli qualitativi delle prestazioni;

- la indeterminatezza dei percorsi e dei processi di erogazione;
- la distribuzione non equilibrata sul territorio regionale delle strutture erogatrici.

La riqualificazione dell'offerta complessiva dei servizi socio sanitari integrati del territorio è stata avviata, a partire dal 2006, attraverso diversi provvedimenti concernenti, da un lato, le attività sanitarie e socio sanitarie di riabilitazione (DGR n. 8/16 del 28/02/2006)e, dall'altro, le attività svolte dalle Residenze Sanitarie Assistenziali e dai centri diurni integrati (DGR n. 25/6 del 13/06/2006).

Detti provvedimenti hanno attivato un percorso di riclassificazione/riconversione delle strutture erogatrici in funzione della tipologia di utenti inseriti e/o inseribili e quindi dei reali bisogni assistenziali di ciascuno; al termine del quale sarà possibile definire il reale fabbisogno di prestazioni dell'intero settore.

Attualmente l'offerta complessiva di servizi residenziali e semiresidenziali socio – sanitari appare sufficiente dal punto di vista quantitativo, ma inadeguata dal punto di vista qualitativo e caratterizzata da bassi livelli di appropriatezza, nonché da una distribuzione non equilibrata sul territorio regionale.

Come si evince da quanto riportato nella tabella 20, il territorio della ASL n. 3 di Nuoro, con una popolazione residente di 161.929 unità, è assai carente per offerta assistenziale in RSA, pertanto in coerenza con la necessità di garantire un riequilibrio territoriale dell'offerta è stata programmata la realizzazione di una RSA a Macomer. In particolare, nell'area interessata dall'intervento siamo di fronte ad un sottodimensionamento dei posti letto in RSA per 1000 abitanti (0,5) rispetto al dato regionale del 3,4.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tab. 20 - RSA autorizzate al funzionamento e previste dalla programmazione regionale ex art. 20

ASL	Denominazione struttura	Posti letto autorizzati	Posti letto programmati	Stato	
ASL n. 1	RSA Le magnolie	20	20	funzionante	
ASL n. 1	RSA Gli Ulivi	32	32	funzionante	
ASL n. 1	RSA Edra	42	42	funzionante	
ASL n. 1	RSA San Nicola	60	120	funzionante	
ASL n. 2	RSA Il sole di Gallura	120	120	funzionante	
ASL n. 2	RSA – Ciga spa -Padru	60	60	funzionante	
ASL n. 2	RSA La Maddalena		40	in corso di realizzazione	ex art. 20
ASL n. 2	RSA Tempio		80	in corso di realizzazione	ex art. 20
ASL n. 3	RSA Comune di Sorgono	15	15	funzionante	
ASL n. 4	RSA Tortolì		60	in corso di apertura (40 p.l.)	ex art. 20
ASL n. 4	RSA Ussassai		60	in corso di realizzazione	ex art. 20
ASL n. 5	RSA Milis	65	65	funzionante	
ASL n. 6	RSA Vallermosa (Randazzo)	120	120	funzionante	
ASL n. 7	RSA Rosa del Marganai	120	120	funzionante	
ASL n. 7	RSA sant'Elia Nuxis	120	120	funzionante	
ASL n. 8	RSA Capoterra		100	in corso di apertura	ex art. 20
ASL n. 8	RSA Sestu		60	in corso di apertura	ex art. 20
ASL n. 8	RSA Selargius		80	in corso di apertura	ex art. 20
ASL n. 8	RSA Monsignor Angioni	120	120	funzionante	
ASL n. 8	RSA Monastir (Randazzo)	30	30	funzionante	
ASL n. 8	RSA Selargius (Randazzo)	78	78	funzionante	
Totale		1.002	1.542		

Ruolo fondamentale ai fini del potenziamento dell'assistenza distrettuale hanno le Case della Salute. Esse rappresentano infatti un modello organizzativo delle cure primarie, caratterizzato da un'offerta di

servizi polivalente e integrata, in grado di perseguire l'obiettivo enunciato; all'interno della casa della salute lavorano insieme:

- medici di famiglia e pediatri di libera scelta;
- medici di continuità assistenziale;
- specialisti ambulatoriali, sia interni che dipendenti;
- operatori del distretto: medici, amministrativi, tecnici, infermieri, personale dei servizi di riabilitazione e di prevenzione;
- personale del Comune di riferimento per le attività di competenza.

La regione Sardegna prevede la realizzazione di una rete regionale di case della salute distribuite in tutte le Aziende Sanitarie Locali (almeno 1 per Azienda) anche attraverso la riconversione/ristrutturazione di strutture sanitarie esistenti e già operanti nel territorio ma sottoutilizzate.

Con la DGR n. 48/20 del 29/11/2007 la Regione ha dato attuazione alla prima fase di realizzazione di tali strutture intervenendo presso 4 Aziende:

- ASL n. 1 Sassari: due Case della salute da realizzare all'interno degli ospedali di Comunità di Ittiri e Thiesi dove è prevista la riconversione dei due presidi ospedalieri esistenti; a tali interventi sono state destinate risorse regionali pari a 4,5 milioni di euro nell'ambito del piano investimenti 2007/2009 citato;
- ASL n. 3 Nuoro: una Casa della Salute (presso il comune di Siniscola);
- ASL n. 4 Lanusei: una Casa della Salute (presso il Comune di Tortolì);
- ASL n. 6 Sanluri: una Casa della Salute presso il Comune di Villacidro.

Considerate le caratteristiche dell'Azienda sanitaria Locale n. 4 di Lanusei, dotata di un unico Distretto e di un unico presidio ospedaliero, si ritiene di dover prevedere la realizzazione di un'ulteriore Casa della salute nel comune di Lanusei: il territorio dell'azienda ha infatti peculiarità in ordine all'orografia e alla viabilità, tali da necessitare di una attenta e puntuale dotazione di servizi nel territorio che perseguano l'obiettivo di far fronte ai bisogni della popolazione garantendo le prestazioni sanitarie nell'appropriato regime assistenziale e limitando, così, il ricorso a prestazioni inappropriate specie in ambito ospedaliero.

L'intervento programmato nell'ambito del territorio della ASL n. 3 di Nuoro – Costruzione del centro dialisi di Siniscola, persegue il duplice obiettivo di garantire una maggiore e più efficace organizzazione dell'assistenza, con effetti sulla soddisfazione del bisogno di salute, la riduzione dei tempi e la semplificazione delle modalità dell'accesso da parte degli utenti. Trattandosi inoltre di un territorio caratterizzato da una forte presenza turistica nel periodo estivo, l'intervento è inoltre diretto a garantire una risposta assistenziale adeguata alla domanda aggiuntiva stagionale.

L'ultimo intervento proposto dal presente documento programmatico con riferimento all'area dell'assistenza distrettuale, riguardante il rifacimento della copertura dell'edificio adibito a RSA e poliambulatorio nel comune di Bonorva (territorio della ASL n. 1), è finalizzato alla riqualificazione della struttura esistente.

Ulteriori elementi di valutazione possono essere desunti dai dati della popolazione residente nelle aree oggetto degli interventi, riassunti nella tabella 21.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tab. 21– Indici demografici della popolazione residente nei territori ASL (31.12.2007)

Territorio	Popolazione residente	Indice di invecchiamento	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza senile	Indice di dipendenza giovanile
ASL n. 1 Sassari	333.576	18,2	141,8	26,5	18,7
ASL n. 3 Nuoro	161.929	18,9	138,3	28,1	20,3
ASL n. 4 Lanusei	57.960	19,2	144,9	28,3	19,5

Fonte: Istat

Nel prospetto sottostante sono sinteticamente riportati gli interventi relativi all'area dell'assistenza distrettuale con gli obiettivi operativi correlati.

Obiettivi operativi	Interventi progettuali
Riduzione ricoveri impropri Incremento della dotazione dei posti letto in RSA Riqualificazione e messa a norma delle strutture pubbliche esistenti	Struttura territoriale di Bonorva - copertura edificio esistente adibito a RSA e poliambulatorio RSA sede di Macomer: nuova costruzione (40 posti letto)
Incremento delle prestazioni di dialisi effettuate rispetto al fabbisogno stimato Riduzione dei ricoveri impropri	Servizi territoriali - Centro dialisi di Siniscola: nuova costruzione
Riduzione ricoveri impropri Riduzione dell'accesso improprio al pronto soccorso Equità nell'accesso alle risposte	Casa della salute: nuova sede servizi territoriali e amministrativi

2.4.2 L'area dell'assistenza ospedaliera

Come già ampiamente illustrato, la rete ospedaliera della Regione Sardegna presenta alcune criticità: la dotazione complessiva di posti letto utilizzati negli ospedali pubblici e presso strutture private accreditate mostra una distribuzione disomogenea nel territorio regionale specie in relazione alle discipline di base ed a quelle di media ed alta intensità assistenziale, con una forte polarizzazione nei poli di Cagliari e Sassari; inoltre, la dotazione di posti letto per acuti è sproporzionata rispetto a quella per post-acuti e la distribuzione nel territorio tra le varie specialità presenta lacune ed esuberi in singole aree territoriali.

Le linee d'attività proposte perseguono gli obiettivi generali di ammodernamento e messa a norma delle strutture ospedaliere esistenti e, principalmente, il superamento delle disomogeneità nel territorio regionale.

L'ambito principale d'intervento è costituito dal territorio della ASL n. 6 di Sanluri interessato dalla realizzazione del nuovo ospedale di San Gavino.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

In questo territorio risiede una popolazione di 103.727 abitanti (al 31.12.2006 - Istat) con una proporzione di over 65 del 19,1%, un indice di vecchiaia di 157,8 e un indice di dipendenza senile del 27,8% e giovanile del 17,6%. Attualmente (dati SDO 2006), le prestazioni erogate in regime ospedaliero a carico della popolazione sono prodotte dall'attuale presidio di San Gavino (unico ospedale di rete e sede di DEA di I livello nel territorio) per il 31,7% complessivo; è, pertanto, rilevante la mobilità sanitaria (di cui il 2,8% fuori regione), dovuta fondamentalmente a carenza di posti letto per le discipline di base e l'assenza delle discipline di media ed elevata complessità.

La capacità ricettiva ospedaliera della ASL n. 6 è pertanto particolarmente inadeguata sia sotto il profilo quantitativo (l'attuale dotazione di posti letto complessiva, pari a 1,7 posti letto per 1.000 abitanti, è la più bassa della Regione ed abbondantemente al di sotto dello standard nazionale di 3,5), sia sotto quello qualitativo, a causa della carenza di alcune specialità di base e della vetustà della struttura ospedaliera.

Negli attuali strumenti di programmazione (Piano regionale per i Servizi Sanitari 2006-2008) si prevede per il territorio in oggetto un importante aumento dell'offerta ospedaliera per acuti e per post-acuti, nonché il completamento dei servizi e delle specialità carenti, al fine di contenere la mobilità e migliorare i servizi nel territorio. Per l'area in questione, la recente deliberazione sulla ripartizione tendenziale dei posti letto (N. 53/6 del 27.12.2007) che interesserà il Nuovo Ospedale di San Gavino, prevede l'incremento della dotazione per acuti, passando dagli attuali 172 a 194, assieme all'istituzione di 56 posti letto di lungo degenza e riabilitazione, in precedenza inesistenti nel territorio.

L'aumento dei posti letto per acuti e la loro complessiva redistribuzione per attivare nuove specialità, consentiranno di ridurre il fenomeno della mobilità per prestazioni di bassa e media complessità con una maggiore capacità di rispondere nel territorio ai bisogni di assistenza per patologie ad alta diffusione, quali le patologie internistiche, cardiologiche, neurologiche, oncologiche ed oculistiche. Inoltre, l'istituzione di una unità di lungodegenza permetterà di assicurare una più precisa assistenza delle patologie dell'anziano e, contestualmente, permetterà di indirizzare le attività dell'U.O. di Medicina Generale verso l'assistenza clinica d'elezione, poiché meno gravata da attività a prevalente carattere di post acuzie, consentendo una riduzione della mobilità anche per quelle discipline per le quali non è previsto un incremento della dotazione di posti letto.

Gli altri due interventi proposti dal presente documento programmatico con riferimento all'area dell'assistenza ospedaliera, il primo riguardante la climatizzazione complessiva dell'Ospedale civile di Alghero, il secondo la realizzazione di lavori urgenti di ristrutturazione e adeguamento alla normativa di sicurezza dell'Ospedale San Giovanni di Dio di Cagliari, sono finalizzati alla riqualificazione delle strutture pubbliche esistenti, volta a garantire una qualità adeguata dell'assistenza.

Nel prospetto sottostante sono sinteticamente riportati gli interventi relativi all'area dell'assistenza ospedaliera con gli obiettivi operativi correlati.

Obiettivi operativi	Interventi progettuali
Ristrutturazione e messa a norma delle strutture pubbliche esistenti	Ospedale Civile - Alghero - integrazione finanziamento per la climatizzazione complessiva Ospedale S. Giovanni di Dio - Cagliari: Completamento lavori urgenti di ristrutturazione e adeguamento normative sicurezza
Aumento della dotazione dei posti letto per acuti e per post-acuti Riduzione della mobilità passiva Aumento della complessità della casistica erogata e in mobilità	Costruzione nuovo P.O. di San Gavino

2.5 Scheda riassuntiva degli interventi e Scheda Interventi/Obiettivi

Sc n°	Ente attuatore	Titolo intervento	Costo complessivo	Importo a carico dello Stato	Cofinanziam. della Regione	Ulteriore contributo Regione	Capitale privato
1	ASL n. 1 Sassari	Ospedale Civile - Alghero - integrazione finanziamento per la climatizzazione complessiva	2.065.827,60	1.962.536,22	103.291,38		
2	ASL n. 1 Sassari	Struttura territoriale di Bonorva - copertura edificio esistente adibito a RSA e poliambulatorio	258.228,45	245.317,03	12.911,42		
3	ASL n. 3 Nuoro	Servizi territoriali - Completamento realizzazione centro dialisi di Siniscola	568.102,59	539.697,46	28.405,13		
4	ASL n. 3 Nuoro	RSA sede di Macomer: nuova costruzione (40 posti letto)	2.582.284,50	2.453.170,28	129.114,23		
5	ASL n. 4 Lanusei	Casa della salute: nuova sede servizi territoriali e amministrativi	3.795.198,29	3.434.438,38	180.759,91	180.000,00	
6	ASL n. 6 Sanluri	Costruzione nuovo P.O. di San Gavino	92.414.016,00	42.902.680,21	2.258.035,80	800.000,00	46.453.299,99

7	AOU di Cagliari	Ospedale S. Giovanni di Dio - Cagliari: Completamento lavori urgenti di ristrutturazione e adeguamento normative sicurezza	2.314.655,56	2.198.922,78	115.732,78		
Totale			103.998.312,99	53.736.762,36	2.828.250,65	980.000,00	46.453.299,99

Scheda interventi/obiettivi

Obiettivi			Ente attuatore	intervento	Indicatore	valore atteso
generali	specifici	operativo				
G2 Riorganizzazione e potenziamento dell'area dell'assistenza sanitaria distrettuale	S1	Riequilibrio territoriale e appropriatezza delle prestazioni della rete integrata dei servizi socio-sanitari	ASL n. 4 Lanusei	Casa della salute: nuova sede servizi territoriali e amministrativi	Riduzione % ricoveri diurni medici a bassa complessità (peso DRG<0,9)	Dal 66,5% (media 2001-2006) a meno del 62%
	S2	Riequilibrio territoriale e potenziamento dell'assistenza specialistica al fine di allentare la pressione sulle strutture ospedaliere, garantire il raccordo tra la medicina di base sul territorio e l'ospedalità, nonché la tempestività nelle risposte				
		Riduzione dei ricoveri impropri				
		Riduzione accessi impropri al pronto soccorso				
	s1	Riequilibrio territoriale e appropriatezza delle prestazioni della rete integrata dei servizi socio-sanitari	ASL n. 3 Nuoro	RSA sede di Macomer: nuova costruzione (40 posti letto)	Dotazione posti letto RSA per 1000 abitanti over 65	Dagi attuali 0,5 a 1,8 p.l. per 1.000 residenti over 65
	S5	Riorganizzazione delle strutture residenziali per soggetti non autosufficienti				
	S3	Riduzione del ricorso improprio all'ospedalizzazione attraverso il potenziamento di strutture a bassa intensità assistenziale				
	S2	Riduzione del ricorso improprio all'ospedalizzazione attraverso il potenziamento di strutture a bassa intensità assistenziale	ASL n. 3 Nuoro	Servizi territoriali - Centro dialisi di Siniscola: nuova costruzione	% di prestazioni di dialisi effettuate rispetto al fabbisogno stimato	Dall'80% circa al 93% circa
	S3	Riduzione del ricorso improprio all'ospedalizzazione attraverso il potenziamento di strutture a bassa intensità assistenziale				
	S6	Adeguamento dei requisiti strutturali e miglioramento della qualità funzionale delle strutture	ASL n. 1 Sassari	Struttura territoriale di Bonorva - copertura edificio esistente adibito a RSA e poliambulatorio	Rispetto dei tempi di realizzazione previsti	Scostamento max. 10% dal tempo di realizzazione previsto
	S7	Riqualificazione delle strutture residenziali per soggetti non autosufficienti				

generali		Obiettivi specifici		operativo	Ente attuatore	intervento	Indicatore	valore atteso
G3	Riorganizzazione e riqualificazione dell'area dell'assistenza ospedaliera	S8	Riorganizzazione della rete ospedaliera allo scopo di adeguarla alle reali esigenze dei cittadini, garantendo appropriatezza e qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici, superando ingiustificate carenze	Aumento della dotazione dei posti letto per acuti e per post-acuti	ASL n. 6 Sanluri	Costruzione nuovo P.O. di San Gavino	Dotazione posti letto x 1000 abitanti	A crescere da 1,7 (acuti) e 0,0 (post acuti) rispettivamente a 1,9 e 0,6 x 1000 abitanti (dal 1° anno di attività della nuova struttura).
		S9	Diffusione sul territorio delle discipline di base e razionalizzazione delle discipline specialistiche al fine di migliorare l'accesso e la tempestività nelle risposte	Riduzione della mobilità passiva			Indice di fuga totale %	Quota % dell'attività erogata su residenti da strutture esterne al territorio di competenza aziendale (mobilità infra ed extra regionale): dall'attuale 66 % complessivo a circa il 50 %
		S10	Riequilibrio nell'ambito del territorio regionale e adeguamento quantitativo e qualitativo dell'offerta della ricettività ospedaliera	Aumento della complessità della casistica erogata e in mobilità			Complessità della casistica erogata e in mobilità	Aumento peso medio DRG in produzione e in mobilità, dagli attuali 0,97 e 1,05 a valori >1 e >1,2
		S6	Adeguamento dei requisiti strutturali e miglioramento della qualità funzionale delle strutture	Ristrutturazione e messa a norma delle strutture pubbliche esistenti	AOU di Cagliari	Ospedale S. Giovanni di Dio - Cagliari: Completamento lavori urgenti di ristrutturazione e adeguamento normative sicurezza	Rispetto dei tempi di realizzazione previsti	Scostamento max. 10% dal tempo di realizzazione previsto
					ASL n. 1 Sassari	Ospedale Civile - Alghero - integrazione finanziamento per la climatizzazione complessiva		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

2.6 Effetti degli investimenti sull'offerta

Di seguito si riportano gli effetti sul territorio previsti dai principali interventi proposti dal presente documento. Come descritto nei precedenti paragrafi, attualmente l'offerta complessiva di servizi residenziali e semiresidenziali socio – sanitari appare sufficiente dal punto di vista quantitativo, ma inadeguata dal punto di vista qualitativo e caratterizzata da bassi livelli di appropriatezza, nonché da una distribuzione non equilibrata sul territorio regionale. In particolare, il territorio della ASL n. 3 di Nuoro è assai carente per offerta di posti letto in RSA, appena 0,5 per 1000 abitanti rispetto al dato regionale del 3,4. Pertanto in coerenza con la necessità di garantire un riequilibrio territoriale dell'offerta è stata programmata la realizzazione di una RSA a Macomer che, in virtù dei 40 posti letto previsti, consentirà di portare a 1,8 il numero dei posti letto per 1.000 residenti over 65 della ASL di Nuoro.

Sempre nell'ambito del territorio della ASL n. 3 di Nuoro è prevista la costruzione del centro dialisi di Siniscola, che persegue l'obiettivo di sviluppare la dialisi extraospedaliera, auspicabile sia per ragioni logistico-territoriali che per ragioni economico-gestionali.

Tab. 22 – dotazione di posti rene attivi presso la ASL di Nuoro

SEDE	Posti rene
Nuoro	24
Macomer	17
Dorgali	9
Sorgono	11
Totale	61

Secondo i dati del registro regionale dialisi e trapianto della Società italiana di nefrologia, la provincia di Nuoro, al 31/12/2004, contava tra i suoi residenti 308 pazienti uremici in trattamento dialitico, con un fabbisogno annuo stimato di circa 46.000 prestazioni dialitiche (circa tre sedute settimanali per dializzato). Nel complesso la ASL n. 3 dispone di 61 posti rene (Tab. 22) che forniscono complessivamente circa 36.600 prestazioni l'anno. La nuova sede di Siniscola, con una capacità di 10 posti rene (+1 infettivi), contribuirà all'offerta per un totale di circa 6.000 prestazioni, incrementando la % di prestazioni di dialisi effettuate rispetto al fabbisogno stimato dall'80% circa al 93%.

Trattandosi inoltre di un territorio caratterizzato da una forte presenza turistica nel periodo estivo, l'intervento è diretto a garantire una risposta assistenziale adeguata alla domanda aggiuntiva stagionale.

Ruolo fondamentale ai fini del potenziamento dell'assistenza distrettuale hanno le **Case della Salute**, caratterizzate da un'offerta di servizi polivalente e integrata. Il territorio dell'Azienda sanitaria Locale n. 4 di Lanusei, ha caratteristiche in ordine all'orografia e alla viabilità tali da necessitare di una attenta e puntuale dotazione di servizi nel territorio, al fine di far fronte ai bisogni della popolazione garantendo le



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

prestazioni sanitarie nell'appropriato regime assistenziale e limitando, così, il ricorso a prestazioni inappropriate specie in ambito ospedaliero. Si ritiene che la realizzazione della Casa della salute comporterà una maggiore equità nell'accesso alle risposte e una riduzione dei ricoveri impropri, con una riduzione della % dei ricoveri diurni medici a bassa complessità (peso DRG<0,9) dal 66,5% (media 2001-2006) a meno del 62% dal 2° anno di attività della nuova struttura.

Sempre nell'ambito dell'area dell'assistenza distrettuale, si colloca il rifacimento della copertura dell'edificio adibito a RSA e poliambulatorio nel comune di Bonorva (territorio della ASL n. 1), finalizzato alla riqualificazione della struttura esistente.

Relativamente all'area dell'assistenza ospedaliera, l'ambito principale d'intervento è costituito dal territorio della ASL n. 6 di Sanluri interessato dalla realizzazione del nuovo ospedale di San Gavino. Il presidio di San Gavino rappresenta l'unico ospedale di rete e sede di DEA di I livello della ASL n. 6; il cui territorio evidenzia una carenza di posti letto per le discipline di base e l'assenza delle discipline di media ed elevata complessità. La capacità ricettiva ospedaliera della ASL n. 6 è particolarmente inadeguata sia sotto il profilo quantitativo (l'attuale dotazione di posti letto complessiva, pari a 1,7 posti letto per 1.000 abitanti, è la più bassa della Regione ed abbondantemente al di sotto dello standard nazionale di 3,5), sia sotto quello qualitativo, a causa della carenza di alcune specialità di base e della vetustà della struttura ospedaliera.

Negli attuali strumenti di programmazione (Piano regionale per i Servizi Sanitari 2006-2008) si prevede per il territorio in oggetto un importante aumento dell'offerta ospedaliera per acuti e per post-acuti, nonché il completamento dei servizi e delle specialità carenti, al fine di contenere la mobilità e migliorare i servizi nel territorio. Per l'area in questione, la recente deliberazione sulla ripartizione tendenziale dei posti letto (N. 53/6 del 27.12.2007) che interesserà il Nuovo Ospedale di San Gavino, prevede l'incremento della dotazione per acuti, passando dagli attuali 172 a 194, assieme all'istituzione di 56 posti letto di lungo degenza e riabilitazione, in precedenza inesistenti nel territorio.

Nel complesso l'intervento dovrebbe portare il numero dei posti letto da 1,7 (acuti) e 0,0 (post acuti) rispettivamente a 1,9 e 0,6 x 1.000 abitanti.

L'aumento dei posti letto per acuti e la loro complessiva redistribuzione per attivare nuove specialità, consentiranno di ridurre il fenomeno della mobilità per prestazioni di bassa e media complessità con una maggiore capacità di rispondere nel territorio ai bisogni di assistenza per patologie ad alta diffusione, quali le patologie internistiche, cardiologiche, neurologiche, oncologiche ed oculistiche. Inoltre, l'istituzione di una unità di lungodegenza permetterà di assicurare una più precisa assistenza delle patologie dell'anziano e, contestualmente, permetterà di indirizzare le attività dell'U.O. di Medicina Generale verso l'assistenza clinica d'elezione, poiché meno gravata da attività a prevalente carattere di post acuzie, consentendo una riduzione della mobilità anche per quelle discipline per le quali non è previsto un incremento della dotazione di posti letto. Ci si attende pertanto, dopo i primi anni di attività del nuovo presidio ospedaliero, sia una riduzione della quota % dell'attività erogata su residenti da strutture esterne al territorio di competenza aziendale (mobilità infra ed extra regionale) dall'attuale 66 % complessivo a circa il 50 %, sia un aumento del peso medio DRG in produzione e in mobilità, dagli attuali 0,97 e 1,05 a valori >1 e >1,2.

Gli altri due interventi proposti dal presente documento programmatico con riferimento all'area dell'assistenza ospedaliera, il primo riguardante la climatizzazione complessiva dell'Ospedale civile di Alghero, il secondo la realizzazione di lavori urgenti di ristrutturazione e adeguamento alla normativa di sicurezza dell'Ospedale San Giovanni di Dio di Cagliari, sono finalizzati alla riqualificazione delle strutture pubbliche esistenti, volta a garantire una qualità adeguata dell'assistenza.

2.7 La sostenibilità economica e finanziaria degli interventi



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Con riguardo alla sostenibilità economica degli interventi previsti dal presente documento di programmazione, occorre rilevare che gli stessi sono stati adottati in coerenza con il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008, il quale ha individuato il “governo economico” del Servizio Sanitario Regionale, assieme al “governo clinico”, come uno degli strumenti attraverso cui perseguire nel medio periodo il rafforzamento del sistema pubblico di tutela della salute e il miglioramento dei livelli di soddisfazione da parte dei cittadini: idea chiave del Piano è che l’equilibrio economico finanziario potrà essere raggiunto soprattutto attraverso un piano complessivo di riorganizzazione, riqualificazione e ammodernamento del sistema nel suo complesso.

In tale ottica, il Piano di rientro, riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale ha costituito mera esplicitazione di un percorso di riorganizzazione e ammodernamento del sistema, già tracciato dal PRSS 2006/2008, che, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, è finalizzato al perseguimento dell’equilibrio economico e finanziario.

In un sistema dominato dalla centralità dell’ospedale, il ridisegno della rete ospedaliera e il contestuale sviluppo di una rete di servizi territoriali in grado di garantire risposte adeguate alle tipologie di bisogno e alternative all’assistenza ospedaliera rappresentano le misure attraverso cui si intende migliorare l’appropriatezza dell’assistenza alla persona, con notevoli ricadute in termini di contenimento dei costi.

In perfetta coerenza con tale cornice programmatica, gli interventi previsti dal presente documento intendono contribuire alla creazione dei presupposti strutturali atti a supportare il processo in corso di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale, secondo gli indirizzi definiti dal PRSS 2006/2008.

In particolare, come meglio precisato nell’allegato studio di fattibilità, la realizzazione del nuovo ospedale di San Gavino nell’ambito della rete regionale dei presidi ospedalieri, da un lato, intende garantire il raggiungimento nel territorio interessato degli standard nazionali per numero di posti letto e tasso di ospedalizzazione e la diffusione delle discipline di base, e dall’altro lato, essendo prevista la creazione nell’area ospedaliera di una cittadella socio sanitaria, favorisce la concentrazione di servizi sanitari territoriali con il beneficio dell’integrazione degli stessi con le funzioni sociali, oltre che con l’attività ospedaliera.

Gli interventi afferenti all’area dell’assistenza distrettuale, e in particolare la realizzazione della RSA di Macomer e della Casa della Salute di Lanusei, intendono contribuire alla creazione di una rete di servizi territoriali in grado di garantire risposte assistenziali alternative all’assistenza ospedaliera, maggiore appropriatezza della prestazione assistenziale e minori costi.



3. Indicatori degli obiettivi strategici e fonti di verifica

3.1 Area assistenza territoriale

- Dotazione posti letto RSA per 1000 abitanti over 65⁷
- % di prestazioni di dialisi effettuate rispetto al fabbisogno stimato⁸
- Riduzione % ricoveri diurni medici a bassa complessità (peso DRG<0,9)⁹

3.2 Area assistenza ospedaliera

- Dotazione posti letto x 1000 abitanti¹⁰
- Indice di fuga totale %¹¹
- Complessità della casistica erogata e in mobilità¹²

⁷ ASL n. 3: dall'attuale dotazione di 0,5 posti letto per 1.000 abitanti over 65 a 1,8

⁸ ASL n. 3: dall'80% a circa il 93%

⁹ ASL n. 4: dall'attuale 66,5% a meno del 62%.

¹⁰ A crescere da 1,7 (acuti) e 0,0 (post acuti) rispettivamente a 1,9 e 0,6 x 1000 abitanti (dal 1° anno di attività della nuova struttura).

¹¹ Quota % dell'attività erogata su residenti da strutture esterne al territorio di competenza aziendale (mobilità infra ed extra regionale): dall'attuale 66 % complessivo a circa il 50 % (dal 1° anno di attività della nuova struttura).

¹² Aumento peso medio DRG in produzione e in mobilità, dagli attuali 0,97 e 1,05 a valori >1 e >1,2 (dal 1° anno di attività della nuova struttura).



4. Strumenti e mezzi di monitoraggio

Il monitoraggio e il controllo dello stato di attuazione degli interventi previsti nell'Accordo di Programma, nell'ambito dell'Accordo di Programma per il completamento del Programma straordinario di investimenti in sanità di cui all'art. 20 della Legge 67/88, è a cura delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere che provvederanno a fornire i dati e le informazioni compilando il modulo C (Allegato B), secondo quanto previsto dall'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano, sancito il 19/12/2002. Saranno inoltre calcolati i seguenti indicatori di realizzazione fisica: Scostamento % dal tempo di realizzazione previsto

$$\frac{\text{Tempo di realizzazione effettivo} - \text{Tempo di realizzazione previsto}}{\text{Tempo di realizzazione complessivo previsto}} \cdot 100$$

e indicatori di costo: $\frac{\text{Costo totale di realizzazione effettivo} - \text{Costo totale di realizzazione previsto}}{\text{Costo totale di realizzazione previsto}} \cdot 100$

Scostamento % dal costo di realizzazione previsto

$$\frac{\text{Costo totale di realizzazione effettivo} - \text{Costo totale di realizzazione previsto}}{\text{Costo totale di realizzazione previsto}} \cdot 100$$

Costo a mq effettivo $\frac{\text{Costo totale di realizzazione effettivo}}{\text{Superficie totale}}$

$$\frac{\text{Costo a mq effettivo} - \text{Costo a mq previsto}}{\text{Costo a mq previsto}} \cdot 100$$

Scostamento % dal costo al mq previsto

$$\frac{\text{Costo a posto letto effettivo} - \text{Costo a posto letto previsto}}{\text{Costo a posto letto previsto}} \cdot 100$$

Scostamento % dal costo a posto letto previsto

$$\frac{\text{Costo a posto letto effettivo} - \text{Costo a posto letto previsto}}{\text{Costo a posto letto previsto}} \cdot 100$$



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegati



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A - Schede informative degli interventi

INTERVENTO N. 1

TITOLO INTERVENTO: Ospedale Civile - Alghero - integrazione finanziamento per la climatizzazione complessiva

DESCRIZIONE INTERVENTO: Realizzazione impianto di trattamento aria per garantire le condizioni igieniche-ambientali nelle aree di degenza

MOTIVAZIONI DELL'INTERVENTO: Il finanziamento che si intende confermare riguarda il progetto di Climatizzazione dell'Ospedale Civile di Alghero che si inserisce in un quadro più ampio di interventi di ristrutturazione ed adeguamento della struttura ai requisiti minimi di cui al D.A.I.S.A.S. 29 giugno 1998, n. 1953/3° Serv. ("Requisiti e procedure per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14.1.1997"). Tali interventi si sono resi necessari in quanto l'Ospedale Civile di Alghero è entrato in funzione nella sede attuale nel 1968 e hanno riguardato la riqualificazione dei reparti di degenza, il risanamento igienico-edilizio, l'adeguamento alle normative di sicurezza e antincendio ed l'abbattimento delle barriere architettoniche.

Si illustra di seguito il dettaglio dei lavori di integrazione degli impianti di climatizzazione (progetto ex Art. 20):

- a) Con tale intervento si intende migliorare le condizioni ambientali dei reparti di degenza soprattutto per quanto attiene la salubrità degli ambienti garantendo condizioni microclimatiche idonee, i necessari ricambi aria nonché il controllo dell'umidità relativa.

Tale risultato si otterrà con un impianto misto aria-acqua con la tecnologia innovativa delle così dette "Travi fredde" nelle quali il flusso d'aria di ricambio viene normalizzato termicamente mediante fluidi caldi o freddi circolanti all'interno del diffusore stesso che, peraltro, funziona anche per convezione.

Questa tecnologia, di provenienza Nord Europea è stata utilizzata in molte strutture sanitarie perché risolve le problematiche connesse all'impiego dei tradizionali ventilconvettori non avendo depositi di condensa e, pur garantendo i richiesti cicli di ricambio aria, non comporta la realizzazione di ingombranti e costose canalizzazioni; per lo stesso motivo, utilizzando



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

l'acqua come vettore termico richiede impieghi energetici del tutto confrontabili con quelli dei ventilconvettori ma con migliori rendimenti.

RISORSE UMANE: la tipologia di intervento non implica la modifica di impiego di risorse umane nella struttura interessata.

ATTREZZATURE E TECNOLOGIE: appalto lavori per la fornitura e posa in opera di un Impianto di produzione di fluidi caldi e freddi, UTA, e impianti di distribuzione di aria primaria e ventilconvettori

COSTI DI REALIZZAZIONE: € 2.065.827,60

TEMPI DI REALIZZAZIONE: Inizio lavori: mesi 4 Fine lavori: mesi 18 Attivazione struttura: sempre in servizio



Regione Autonoma della Sardegna

Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

TITOLO INTERVENTO:

Ospedale Civile - Alghero - integrazione finanziamento per la climatizzazione complessiva

DESCRIZIONE INTERVENTO:

Realizzazione impianto di trattamento aria per garantire le condizioni igieniche-ambientali nelle aree di degenza .

Scheda singolo intervento

a) Dati Identificativi

Cat. intervento / n° progressivo

D1

1

Programma di riferimento:

Art. 20 L. 67/88

Localizzazione:

SASSARI

Soggetto proponente:

Regione Autonoma della Sardegna - Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

Soggetto responsabile:

ASL n.1 - SASSARI

Responsabile del procedimento:

nome e cognome: Giammaria Caria.

telefono e fax: 079/2062520 --079/2052537

e-mail: responsabile.tecnico@aslsassari.it

qualifica e ruolo operativo: ingegnere Responsabile del Settore tecnico.

b) Contenuti progettuali

Tipo di intervento:

ristrutturazione

Livello di progettazione:

esecutiva

c) Fabbisogno finanziario

c1) Costo complessivo :

€ 2.065.827,60

Fabbisogno finanziario annuo (quota Stato):

2008

€ 785.014,49

2009

€ 1.177.521,73

2010

2011

c2) Copertura finanziaria

Fonte:

Stato art. 20 Legge 67/88

Regione

Ente attuatore

Altri Enti Locali

Privati

€	1.962.536,22
€	103.291,38

d) Procedure e termini di attuazione *

d1) Progetto esecutivo:

Amministrazione o Ente competente: ASL 1 - SASSARI

Data di disponibilità: (già disponibile)

d2) Approvazione del progetto esecutivo:

Amministrazione o Ente competente: ASL 1 - SASSARI

Data di espletamento: 1 mese

d3) Esperimento gara di appalto:

Amministrazione o Ente competente: ASL 1 - SASSARI

Data di espletamento: 2 mesi

e) Termine presunto di attivazione *

Data inizio lavori: 4 mesi Prevista

Data di fine lavori: 18 mesi Prevista

Data di attivazione della struttura: sempre in servizio Prevista

*** a decorrere dalla data di comunicazione di avvenuto finanziamento da parte della Regione Sardegna**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

INTERVENTO N. 2

TITOLO INTERVENTO: Struttura territoriale di Bonorva - copertura edificio esistente adibito a RSA e poliambulatorio

DESCRIZIONE INTERVENTO: Realizzazione di un sottotetto per migliorare le condizioni microclimatiche degli ambienti sottostanti e, nel contempo, da utilizzare come spazio ricreativo.

MOTIVAZIONI DELL'INTERVENTO: L'ex Ospedale "Manai" di Bonorva è attualmente adibito a RSA ed ospita un consistente numero di pazienti anziani spesso in precarie condizioni fisiche. L'edificio versa attualmente in uno stato di particolare degradato sia per quanto riguarda le strutture, sia per quanto riferibile alla parte impiantistica elettrica e idrica. Le condizioni microclimatiche sono affidate, solo in alcune limitate porzioni dell'edificio, ad alcuni condizionatori d'aria, spesso sottodimensionati per le effettive esigenze, ed in ogni caso in precarie condizioni d'uso. Il progetto che si intende ora realizzare, pur con le rilevanti limitazioni imposte dalla Soprintendenza ai Beni Ambientali ed Architettonici, prevede una rivisitazione dell'edificio, nei limiti dettati dalle insufficienti risorse disponibili, attraverso il risanamento delle strutture più compromesse ed il rifacimento di parte dell'impiantistica, soprattutto mirata alla sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari. E' inoltre prevista la realizzazione di un ampio sottotetto che avrà il duplice scopo di migliorare sensibilmente la coibentazione termica degli ambienti sottostanti particolarmente esposti alle variazioni climatiche e, nel contempo, sarà possibile utilizzare tali spazi come ambiente di soggiorno ed intrattenimento durante la buona stagione.

RISORSE UMANE: la tipologia di intervento non implica la modifica di impiego di risorse umane nella struttura interessata.

ATTREZZATURE E TECNOLOGIE: non è previsto l'acquisto di nuove attrezzature o apparecchiature.

COSTI DI REALIZZAZIONE: € 258.228,45

TEMPI DI REALIZZAZIONE: Inizio lavori: mesi 4
sempre in servizio

Fine lavori: mesi 9

Attivazione struttura:



Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

TITOLO INTERVENTO:

Struttura territoriale di Bonorva - copertura edificio esistente adibito a RSA e poliambulatorio

DESCRIZIONE INTERVENTO:

La realizzazione di un sottotetto per migliorare le condizioni microclimatiche degli ambienti sottostanti e, nel contempo da utilizzare come spazio ricreativo.

Scheda singolo intervento

a) Dati Identificativi

Cat. intervento / n° progressivo

B2-C1

2

Programma di riferimento:

Art. 20 L. 67/88

Localizzazione:

BONORVA (SS)

Soggetto proponente:

Regione Autonoma della Sardegna - Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

Soggetto responsabile:

ASL n.1 - SASSARI

Responsabile del procedimento:

nome e cognome: Franco Dessole

telefono e fax: 079/2062521---079/2062537

e-mail: nuove.opere@aslsassari.it

qualifica e ruolo operativo: geom. Funzionario settore tecnico.

b) Contenuti progettuali

Tipo di intervento:

ristrutturazione

Livello di progettazione:

esecutiva

c) Fabbisogno finanziario

c1) Costo complessivo :

€ 258.228,45

Fabbisogno finanziario annuo (quota Stato):

2008

€ 196.253,62

2009

€ 49.063,41

2010

2011

c2) Copertura finanziaria

Fonte:

Stato art. 20 Legge 67/88

Regione

Ente attuatore

Altri Enti Locali

Privati

€	245.317,03
€	12.911,42

d) Procedure e termini di attuazione ***d1) Progetto esecutivo:**

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 1 - SASSARI

Data di disponibilità: (già disponibile)

d2) Approvazione del progetto esecutivo:

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 1 - SASSARI

Data di espletamento: (già approvato)

d3) Esperimento gara di appalto:

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 1 - SASSARI

Data di espletamento: 1 mese

e) Termine presunto di attivazione *

Data inizio lavori: 4 mesi Prevista

Data di fine lavori: 9 mesi Prevista

Data di attivazione della struttura: sempre in servizio Prevista

*** a decorrere dalla data di comunicazione di avvenuto finanziamento da parte della Regione Sardegna**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

INTERVENTO N. 3

TITOLO INTERVENTO: Servizi territoriali - Centro Dialisi di Siniscola NUOVA COSTRUZIONE

DESCRIZIONE INTERVENTO: Affidamento, tramite appalto misto, della fornitura di beni, servizi e lavori per la realizzazione di una nuova struttura da destinare a centro dialisi. Il fabbricato per una superficie di circa 650 mq, risulta essere a pianta prevalentemente rettangolare con sviluppo in elevazione su un unico piano fuori terra. L'elemento cardine che caratterizza la nuova struttura è l'organizzazione funzionale degli spazi in un unico piano, (secondo direttive Decreto Assessore Igiene e Sanità del 29 giugno 1998 n. 1957/3°) in modo da realizzare una ben definita separazione delle zone e dei percorsi per materiali e pazienti, secondo il criterio pulito-sporco. La conformazione planimetrica dell'edificio ha pertanto consentito, in fase progettuale, d'individuare idealmente due assi principali disposti ortogonalmente per schematizzare la movimentazione dei materiali e del personale medico-infermieristico, secondo una direttrice, e lo spostamento dei pazienti secondo l'altra direttrice. Nel dimensionamento degli spazi si è garantita una superficie minima di circa nove mq a posto rene in due sale multiple per, per un totale di 11 posti rene effettivi (10 ordinari + 1 infettivi) oltre che la predisposizione di ulteriori n. 4; inoltre è prevista una zona d'attesa con antibagni, e servizi igienici accessibili anche ai disabili, un locale ambulatorio e visita medica con bagno, locale medicheria con appoggio temporaneo pazienti e servizio igienico, deposito sporco, deposito rifiuti, laboratorio di analisi, vuotatoio, studio medico con bagno, spogliatoi separati per infermieri uomini e donne, cucina, locale riparazione reni artificiali, sala trattamento acque, deposito materiale didattico, deposito pulito e spogliatoi separati pazienti uomini e donne.

MOTIVAZIONI DELL'INTERVENTO: Nell'ambito del programma di diffusione nel territorio aziendale, del servizio di dialisi, il distretto di Siniscola è l'unico privo di tale servizio, nonostante il rilevante numero di pazienti che quotidianamente sono costretti al pendolarismo verso la città di Nuoro, centro dialisi più vicino, distante circa 50km dai centri ricadenti nell'area di competenza del Distretto di Siniscola, con le ovvie implicazioni di carattere sanitario e sociale. Nell'ottica della creazione della struttura sanitaria in discussione, assume inoltre, particolare importanza, l'aspetto del soddisfacimento di una forte domanda stagionale, presente specialmente nel periodo estivo in un'area di grande attrazione turistica e di sviluppo e di residenzialità costiera.

RISORSE UMANE: E' previsto l'incremento del personale addetto al Servizio dialisi costituito da n.1 Medico, n. 5 Infermieri e n. 1 Ausiliario, con costi a carico dell'ASL di Nuoro.

ATTREZZATURE E TECNOLOGIE: Il completamento dell'intervento nella parte relativa alla fornitura degli arredi, dell'attrezzatura e del materiale in service, verrà garantita dal concessionario.

COSTI DI REALIZZAZIONE: € 568.102,59

TEMPI DI REALIZZAZIONE: Inizio lavori: mesi 4 Fine lavori: mesi 13 Attivazione struttura: mesi 14



Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

TITOLO INTERVENTO:

Servizi territoriali - Centro Dialisi di Siniscola NUOVA COSTRUZIONE

DESCRIZIONE INTERVENTO:

Affidamento, tramite appalto misto, della fornitura di beni, servizi e lavori per la realizzazione di una nuova struttura da destinare a centro dialisi

Scheda singolo intervento

a) Dati Identificativi

Cat. intervento / n° progressivo

B3

3

Programma di riferimento:

Art. 20 L. 67/88

Localizzazione:

SINISCOLA (NU)

Soggetto proponente:

Regione Autonoma della Sardegna - Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

Soggetto responsabile:

ASL n 3 - NUORO

Responsabile del procedimento:

nome e cognome: CARLO CASANO

telefono e fax: 0784240906 - 0784240729 - cell. 3466774468

e-mail: casano.ufftecnico@aslnuoro.it

qualifica e ruolo operativo: Geometra - Responsabile del procedimento

b) Contenuti progettuali

Tipo di intervento:

nuova costruzione

Livello di progettazione:

esecutiva

c) Fabbisogno finanziario

c1) Costo complessivo :

€ 568.102,59

Fabbisogno finanziario annuo (quota Stato):

2008

€ 539.697,46

2009

2010

2011

c2) Copertura finanziaria

Fonte:

Stato art. 20 Legge 67/88

Regione

Ente attuatore

Altri Enti Locali

Privati

€	539.697,46
€	28.405,13

d) Procedure e termini di attuazione ***d1) Progetto esecutivo:**

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 3 - NUORO

Data di disponibilità: (già disponibile)

d2) Approvazione del progetto esecutivo:

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 3 - NUORO

Data di espletamento: (già disponibile)

d3) Esperimento gara di appalto:

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 3 - NUORO

Data di espletamento: 1 mese

e) Termine presunto di attivazione *

Data inizio lavori: 4 mesi Prevista

Data di fine lavori: 13 mesi Prevista

Data di attivazione della struttura: 14 mesi Prevista

*** a decorrere dalla data di comunicazione di avvenuto finanziamento da parte della Regione Sardegna**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

INTERVENTO N. 4

TITOLO INTERVENTO: RSA sede di Macomer: nuova costruzione (40 posti letto)

DESCRIZIONE INTERVENTO: Per la costruzione della R.S.A., verrà bandita una apposita gara, che prevederà, oltre alla realizzazione dell'opera a cura del concessionario anche la gestione della medesima. L'intervento di cui si discute, verrà realizzato in un'area attigua all'attuale struttura ospitante il Distretto Sanitario di Macomer. Il progetto prevede secondo gli standard metrici e qualitativi dettati dalla Delibera della Giunta regionale del 22/05/2001 "Linee di indirizzo concernenti l'organizzazione ed il funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali operanti nella regione Sardegna" la realizzazione di un edificio di 3500 mq, articolato in n. 3 piani sui quali verranno dislocati i seguenti spazi funzionali: nel piano terra *reception*, uffici amministrativi, sala d'attesa, cucina, ristorante, bar, soggiorno, sala polivalente, attività occupazionali, cappella, camera ardente, parrucchiere, servizi igienici utenti, lavanderia, spogliatoi personale di servizio, ambulatorio, fisiochinesi-podologia, palestra, deposito materiali sanitari; nel piano primo e secondo le camere doppie e singole con bagno, bagno assistito, ambulatorio, depositi sporco e pulito, locale lava presidi, personale di assistenza, ricezione cucinetta di nucleo, sala pranzo, sala soggiorno.

MOTIVAZIONI DELL'INTERVENTO: Le motivazioni che supportano la scelta di realizzare tale tipo di struttura, si ricollegano da una parte alle strategie regionali, indirizzate allo sviluppo di un polo di Residenza Assistita a carattere pubblico, in grado di soddisfare la domanda sanitaria finora evasa da strutture private, dall'altra alla creazione in un'area centrale e baricentrica, quale quella di Macomer, di un polo residenziale che in sinergia con i servizi offerti dal Distretto Sanitario, vada a garantire la residenzialità riabilitativa a carattere intensivo ed estensivo assistenziale.

RISORSE UMANE: L'impiego del personale necessario, consistente in n. 1 direttore di struttura, n. 1 direttore medico, n. 1 medico di struttura, n. 1 geriatra, n. 1 fisiatra o altro specialista, n. 1 psicologo, n. 1 infermiere coordinatore dell'assistenza, n. 7 infermieri professionali, n. 2 fisioterapista, n. 2 animatore/educatore, n. 30 operatori socio sanitari, n. 1 assistente sociale, n. 1 dietologo, sarà a totale carico del concessionario.

ATTREZZATURE E TECNOLOGIE: La fornitura degli arredi e di tutto ciò che necessita per il buon funzionamento della struttura, verrà garantita esclusivamente dal concessionario.

COSTI DI REALIZZAZIONE: € 2.582.284,50

TEMPI DI REALIZZAZIONE: Inizio lavori: mesi 5
26

Fine lavori: mesi 24

Attivazione struttura: mesi



Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

TITOLO INTERVENTO:

RSA sede di Macomer: nuova costruzione (40 posti letto)

DESCRIZIONE INTERVENTO:

Affidamento, tramite appalto misto, della fornitura di beni, servizi e lavori per la realizzazione di una nuova struttura da destinare a RSA

Scheda singolo intervento

a) Dati Identificativi

Cat. intervento / n° progressivo

C1

4

Programma di riferimento:

Art. 20 L. 67/88

Localizzazione:

MACOMER (NU)

Soggetto proponente:

Regione Autonoma della Sardegna - Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

Soggetto responsabile:

ASL n. 3 - NUORO

Responsabile del procedimento:

nome e cognome Giovanni Ninu

telefono e fax: 0785222425 - 078472727 - cell.3466774486

e-mail: ninugdsmaco@aslnuoro.it

qualifica e ruolo operativo: Geometra - Responsabile del Procedimento

b) Contenuti progettuali

Tipo di intervento:

nuova costruzione

Livello di progettazione:

definitiva

c) Fabbisogno finanziario

c1) Costo complessivo :

€ 2.582.284,50

Fabbisogno finanziario annuo (quota Stato):

2008

€ 981.268,12

2009

€ 735.951,08

2010

€ 735.951,08

2011

c2) Copertura finanziaria

Fonte:

Stato art. 20 Legge 67/88

Regione

Ente attuatore

Altri Enti Locali

Privati

€	2.453.170,28
€	129.114,23

d) Procedure e termini di attuazione ***d1) Progetto esecutivo:**

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 3 - NUORO

Data di disponibilità: 2 mesi

d2) Approvazione del progetto esecutivo:

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 3 - NUORO

Data di espletamento: 3 mesi

d3) Esperimento gara di appalto:

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 3 - NUORO

Data di espletamento: 4 mesi

e) Termine presunto di attivazione *

Data inizio lavori: 5 mesi Prevista

Data di fine lavori: 24 mesi Prevista

Data di attivazione della struttura: 26 mesi Prevista

*** a decorrere dalla data di comunicazione di avvenuto finanziamento da parte della Regione Sardegna**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

INTERVENTO n. 5

TITOLO INTERVENTO: Casa della salute: nuova sede servizi territoriali e amministrativi. Lanusei

DESCRIZIONE INTERVENTO: L'edificio è una costruzione di nuova realizzazione, con un'impronta di circa novecento metri quadri.

Consta di due corpi di fabbrica collegati tra loro da un organismo edilizio in cui sono ubicati l'ingresso principale, le sale d'attesa, i cavedii degli impianti tecnologici, le scale e gli ascensori.

E' caratterizzato da una notevole flessibilità e modularità degli ambienti, rispondenti tutti alla normativa per l'abbattimento delle barriere architettoniche, che consente un utilizzo nel tempo senza necessità di interventi all'interno dei locali per essere rispondente alle esigenze Aziendali eventualmente mutevoli nel corso del tempo.

Si articola su cinque livelli funzionali.

- al piano seminterrato, che è parzialmente realizzato al di fuori della superficie coperta dell'edificio principale, sono ubicati i depositi e i locali destinati alle centrali tecnologiche;
- i primi due livelli ed un'ala del terzo sono destinati ad accogliere le attività sanitarie, casa della salute – poliambulatorio;
- un'ala del terzo livello e l'intero quarto livello (terzo piano) sono destinate ad accogliere attività di tipo amministrativo-direzionale;
- il piano quarto prevede la possibilità della realizzazione di una grande sala polifunzionale destinata a riunioni, formazione, comunicazione, ecc.

Nel progetto originale è prevista la realizzazione integrale dei piani seminterrato, terra e primo, tutta la struttura portante e le finiture esterne sino al quarto piano e, le due scale esterne ubicate ai due lati della struttura.

Nella redazione del progetto sono state seguite, oltre alle norme vigenti in materia di edilizia sanitaria, quelle relative all'abbattimento delle barriere architettoniche ed antincendio con approvazione dal Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco di Nuoro.

MOTIVAZIONI DELL'INTERVENTO: Le priorità e gli obiettivi nella realizzazione di questo intervento possono essere sintetizzati nella creazione di un polo organizzativo-sanitario che accorpa la gran parte delle attività poste in essere dalla ASL n. 4 nel comune di Lanusei con la realizzazione, in contiguità del presidio ospedaliero esistente e di un parcheggio multipiano già in corso di realizzazione, delle strutture destinate ad ospitare tutte le attività direzionali ed amministrative (direzione generale, sanitaria ed amministrativa aziendale affiancata da tutte le attività di staff, dai servizi amministrativi e da quelli tecnico-logistici), ed inoltre la realizzazione di una struttura sanitaria costituita da un complesso misto poliambulatorio - casa della salute che consente la erogazione e la piena integrazione delle attività specialistiche, della medicina di primo livello territoriale (MMG, continuità assistenziale, pediatria di libera scelta, ecc.) delle attività consultoriali, di quelle preventive e di quelle correlate alla promozione della salute.

Il nuovo stabile destinato ad accogliere la casa della salute – poliambulatorio – sede amministrativa trova ubicazione in contiguità al Presidio Ospedaliero, separato da una strada pubblica. Al fine di rendere ancora più efficace il collegamento tra le due strutture è stata studiata, unitamente al Comune di Lanusei, la possibilità di deviare la viabilità ordinaria da tale strada, rendendola in questo modo ad esclusivo uso della nascente cittadella sanitaria. Nelle more dell'attuazione completa di tali intendimenti, verrà realizzato un cavidotto in grado di accogliere tutti gli impianti di collegamento delle due strutture, mentre per garantire sicurezza alla viabilità pedonale potrà essere utilizzato un semaforo comandato a richiesta.

La struttura si caratterizza anche per la elevata integrazione tecnologica e la disponibilità di una rete informatica di collegamento. Questa configurazione organizzativa consente un molto razionale utilizzo delle risorse umane della ASL oltre che una nuova modalità erogativa di servizi integrati, con una conseguente riduzione degli sprechi organizzativi e economici. Infatti la gran parte di queste attività risultano oggi disperse



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

nel contesto cittadino e ospitate in ambienti acquisiti in locazione con oneri di gestione, seppure congrui, di portata non indifferente.

L'intervento risulta coerente con il Piano dei Servizi Sanitari 2006-2008 che attribuisce un ruolo centrale allo sviluppo delle attività territoriali, con l'obiettivo strategico di permettere ai cittadini di trovare risposte ai propri bisogni di salute, prioritariamente nel territorio di appartenenza, nel quale si realizza concretamente l'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra i diversi centri di offerta, in particolare tra ospedale e territorio.

Il raggiungimento di tale obiettivo accompagna il progressivo ridimensionamento dell'assistenza ospedaliera tradizionale, rendendo possibile la riduzione di posti letto ospedalieri per acuti e il tasso di ospedalizzazione, coerentemente con le disposizioni normative nazionali e regionali.

RISORSE UMANE: Per quanto riguarda la nuova sede amministrativa ed il poliambulatorio verranno impiegate risorse umane già presenti in Azienda, ma che potranno svolgere la loro attività in locali più idonei e razionali, espressamente progettati (attualmente tali attività sono svolte in locali in locazione, in qualche modo adattate).

Per quanto riguarda la casa della salute, le risorse umane ritenute necessarie allo sviluppo delle attività correlate sono riconducibili a:

Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta, con funzione di assistenza primaria ai cittadini per tutte le attività ambulatoriali correlate ai compiti di istituto in attività diurna;

Medici di continuità assistenziale in attività notturna, prefestiva e festiva, nonché in attività diurna programmata e in stretta correlazione funzionale con i MMG e i PLS per: attività di formazione; attività di continuità assistenziale domiciliari e residenziali; attività educative e di promozione della salute; ogni altra attività riconducibile a livelli di negoziazione regionale o aziendale o ad atti di programmazione regionale in materia.

Specialisti ambulatoriali per le attività correlate agli altri attori professionali (consulti, visite, prestazioni, ecc.).

L'attività degli specialisti nell'ambito della casa della salute può essere parzialmente distinta da quella complessiva svolta dalla struttura poliambulatoriale presente, e può essere orientata anche da specifiche soluzioni organizzative dedicate, da svilupparsi anche secondo modelli preferenziali e secondo percorsi di orientamento alla salute definiti a monte. Il personale specialistico può essere convenzionato o dipendente, a seconda della disponibilità delle specialità in relazione alla domanda di salute.

Personale infermieristico dedicato, necessario a svolgere le attività in loco ed eventualmente quelle programmate domiciliari, integrate e non. Tale personale assume particolare rilievo nella gestione dei percorsi assistenziali interni alla struttura, nella gestione delle attività di supporto al monitoraggio delle patologie croniche e nelle attività di *counseling* e di *triage*. In particolare potrà essere prevista l'esecuzione in loco dei prelievi ematici, delle attività di screening, delle vaccinazioni, ecc.

Personale di supporto tecnico e logistico. Tale personale è particolarmente utile nella gestione: delle attività amministrative e segretariati; nelle attività di supporto ai processi sanitari (prenotazione al CUP, gestione delle liste di attesa e delle prenotazioni cliniche; nei rapporti con le altre strutture sanitarie e con l'Azienda; nelle attività di gestione delle infrastrutture tecnologiche e nella gestione delle attività informatiche

Medici dipendenti dell'organizzazione distrettuale, con compiti di organizzazione e di raccordo e di gestione integrata delle attività di prevenzione, di promozione della salute, di riabilitazione e di educazione sanitaria. Una specifica attività integrativa è richiesta nei confronti del personale degli Enti Locali e dei Comuni per le attività socio-sanitarie. Per queste attività è prevista la partecipazione attiva nella Casa della Salute di assistenti sociali e di personale socio-sanitario per le attività correlate e per l'integrazione operativa con i corrispettivi livelli delle istituzioni locali.

ATTREZZATURE E TECNOLOGIE: La struttura sarà dotata di un cablaggio strutturato che consentirà la connessione anche con tutte le altre attività svolte negli altri presidi, sia in quelli aziendali che in quelli del SSR. Verranno recuperate le attrezzature e tecnologie già presenti nei locali attuali per quanto utilizzabili. Per quanto di nuovo, appare necessario prevedere:

- letti da visita e poltrone per prelievo;
- armadi e carrelli per farmaci;
- separatori mobili;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- scrivanie panche e sedie;
- strumentario e attrezzatura sanitaria minuta;
- strumentario chirurgico;
- strumenti diagnostici per esami clinici di base, per ecg, per spirometrie, per audiometrie, ecc.;
- computer e accessori, ivi compresa strumentazione di rete, server, ecc.;
- software di cartella clinica in rete con le strutture specialistiche ospedaliere e territoriali;
- arredi da ufficio.

In assenza di specifici finanziamenti si adotterà la formula del leasing finanziario.

COSTI DI REALIZZAZIONE: Il finanziamento di cui art. 20 legge 67/88 è stato previsto nella misura di € 3.615.198,29.

Ad esso si aggiunge uno specifico finanziamento disposto della RAS, conto capitale 2007, nella misura di € 180.000 destinato alle attività propedeutiche e preliminari per l'attuazione dell'intervento (indagini geologiche, progettazione definitiva, problematiche PAI, antincendio, PPR, ...), finalizzato alla riduzione del tempo solare necessario.

TEMPI DI REALIZZAZIONE: Inizio lavori: mesi 10 Fine lavori: mesi 28 Attivazione Struttura mesi 30



Regione Autonoma della Sardegna
Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

TITOLO INTERVENTO:

Casa della salute: nuova sede servizi territoriali e amministrativi

DESCRIZIONE INTERVENTO:

Nuova costruzione di un edificio articolato in due corpi di fabbrica collegati tra loro da un organismo edilizio in cui sono ubicati l'ingresso principale, le sale d'attesa, i cavedii degli impianti tecnologici, le scale e gli ascensori

Scheda singolo intervento

a) Dati Identificativi

Cat. intervento / n° progressivo

B3

5

Programma di riferimento:

Art. 20 L. 67/88

Localizzazione:

LANUSEI (OG)

Soggetto proponente:

Regione Autonoma della Sardegna - Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

Soggetto responsabile:

ASL n. 4 - LANUSEI

Responsabile del procedimento:

nome e cognome: Paolo Costa
telefono e fax: 0782 490580 - 0782 490554
e-mail: ingcosta.asl4@tiscali.it
dirigente ingegnere

b) Contenuti progettuali

Tipo di intervento:

nuova costruzione

Livello di progettazione:

definitiva

c) Fabbisogno finanziario

c1) Costo complessivo :

€ 3.795.198,29

Fabbisogno finanziario annuo (quota Stato):

2008	€ 213.842,66
2009	€ 1.400.000,00
2010	€ 1.820.595,72
2011	

c2) Copertura finanziaria

Fonte:

Stato art. 20 Legge 67/88

Regione

Ente attuatore

Altri Enti Locali

Privati

€	3.434.438,38
€	360.759,91

d) Procedure e termini di attuazione ***d1) Progetto esecutivo:**

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 4 - LANUSEI

disponibilità: mesi 3

d2) Approvazione del progetto esecutivo:

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 4 - LANUSEI

Data di espletamento: mesi 5

d3) Esperimento gara di appalto:

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 4 - LANUSEI

Data di espletamento: mesi 7

e) Termine presunto di attivazione *

Data inizio lavori: mesi 10 Prevista

Data di fine lavori: mesi 28 Prevista

Data di attivazione della struttura: mesi 30 Prevista

*** a decorrere dalla data di comunicazione di avvenuto finanziamento da parte della Regione Sardegna**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

INTERVENTO N. 6

TITOLO INTERVENTO: Costruzione nuovo P.O. di San Gavino

DESCRIZIONE INTERVENTO: Il PRSS approvato in data 19.01.2007:

ha preso atto che l'offerta di servizi ospedalieri del medio Campidano era caratterizzata da una capacità ricettiva particolarmente inadeguata sotto il profilo sia quantitativo, sia qualitativo;

ha conseguentemente previsto un importante aumento dell'offerta ospedaliera per acuti a ciclo diurno e per post-acuti nonché il completamento dei servizi e delle specialità carenti;

nel definire le linee di programmazione e sviluppo dell'edilizia sanitaria ha previsto la costruzione di una nuova struttura ospedaliera in alternativa a interventi di ristrutturazione anche in parte già finanziati ed avviati; Il nuovo ospedale sarà progettato nel rispetto dei criteri e principi definiti dal Ministero della salute cioè: umanizzazione, urbanità, socialità, organizzazione, interattività, appropriatezza, affidabilità, innovazione, ricerca e formazione.

L'ospedale sarà organizzato secondo aree omogenee per patologie aggregate tra loro, in particolare i posti letto saranno gestiti in modo integrato e flessibile e saranno resi disponibili in funzione delle reali esigenze determinate non più dall'organizzazione rigida divisionale, ma piuttosto dagli effettivi bisogni assistenziali. Inoltre, per dare risposta alle criticità della ASL n. 6 relative alla frammentazione nel territorio di San Gavino delle funzioni socio sanitarie, all'interno dell'area del nuovo ospedale saranno previste le funzioni socio sanitarie della ASL ora dislocate in più punti del comune. Infine saranno previste aree riservate alle funzioni socio sanitarie comunali ad alta integrazione con le attività sanitarie, aree ricreative e per volontariato per il personale aziendale oltre ad un asilo aziendale

La configurazione organizzativa del nuovo ospedale sarà sviluppata secondo una moderna ed originale interpretazione della distribuzione funzionale delle attività sanitarie al fine di consentire l'ottimizzazione gestionale e la concentrazione delle degenze ad alta intensità di cura e elevato impatto tecnologico. In particolare la configurazione prevede che siano distinti 4 settori, differenziati per livelli di tecnologia, accessi e gestione differenti. I quattro settori sono:

Piastra tecnologica: dovrà contenere le funzioni di diagnosi e cura ad alta intensità che sono caratterizzate dalla presenza di importanti tecnologie costruttive, impiantistiche e sanitarie;

Degenze ordinarie: sono concentrate in un'unica area e contengono i posti letto per le degenze mediche, le degenze chirurgiche, le degenze della riabilitazione, la lungodegenza;

l'H12 (attività diurne): contiene le funzioni giornaliere principalmente a servizio di utenti esterni e in parte per i degenti, ma sempre nelle ore diurne. Contiene le seguenti funzioni: *day hospital*, *day surgery*, *day service*, endoscopia, dialisi, riabilitazione, poliambulatorio ospedaliero, etc.

gestione ospedaliera: contiene le funzioni a supporto dei primi tre settori.

La struttura ospedaliera sarà articolata su quattro corpi di fabbrica (tra loro connessi con differenti sviluppi) all'interno di ciascuno dei quali saranno concentrate le attività relative a funzioni affini per tipologia e per modalità di erogazione della prestazione nei confronti dell'utente. Lo schema proposto consente inoltre di individuare direzioni di sviluppo futuro lasciando alla struttura la flessibilità necessaria a garantire un suo facile riadeguamento e ampliamenti che in futuro si potrebbero rendere necessari per l'introduzione di tecnologie non prevedibili al momento della sua edificazione.

MOTIVAZIONI DELL'INTERVENTO: L'opera da realizzare persegue principalmente i seguenti obiettivi strategici:

dare risposta alle indicazioni del PRSS di aumento del numero dei posti letto per acuti e post acuti;

perseguire maggiore integrazione tra ospedale e territorio;

creare le condizioni perché possa essere recuperata parte importante dell'elevata mobilità passiva verso altre strutture extra provinciali che comportano una forte spesa sanitaria a carico della ASL n. 6;

integrare e potenziare il sistema di risposta alle urgenze e ai pazienti in condizioni critiche, come già previsto nel PRSS che ha previsto che l'ospedale diventi Ospedale di rete e DEA di 1° livello;

fornire risposta alle attuali esigenze organizzative, funzionali e di economicità di gestione.

Con il nuovo ospedale si intende inoltre: assicurare centralità alla persona, integrare il territorio con la città, sviluppare appartenenza e solidarietà, ottenere migliori risultati in termini di efficacia, efficienza e benessere percepito, assicurare completezza e continuità assistenziale, correttezza delle cure e dell'uso delle risorse,



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

assicurare sicurezza e tranquillità, garantire rinnovamento diagnostico, terapeutico, tecnologico e informatico, dare impulso all'approfondimento intellettuale e clinico scientifico, favorire l'aggiornamento professionale e culturale.

RISORSE UMANE: Le strategie di programmazione e sviluppo per l'area delle risorse umane della ASL n. 6, riferite al periodo 2008-2010, tengono conto, per l'area dell'assistenza ospedaliera, della realizzazione del nuovo ospedale e dell'allestimento di nuove specialità ospedaliere.

Nel breve e medio periodo e nell'arco di vigenza della programmazione aziendale (2008-2010), queste prospettive di fondo implicano: da un lato l'esigenza di evitare il peggioramento delle attuali condizioni operative dell'ospedale di San Gavino, già dichiarate al limite della precarietà, dall'altro l'oggettiva difficoltà di conseguire la capacità di offerta indicata dal PRSS, se questa richiede investimenti non giustificabili nei tempi presunti di vita residua dell'attuale struttura.

In una prospettiva rivolta a sollecitare la ricerca di soluzioni per l'attuazione del PRSS, è importante sottolineare, infatti, la difficoltà di realizzare l'operatività delle discipline previste e mancanti con investimenti minimi e che possano trovare giustificazione considerando i residui tempi operativi dell'ospedale da dismettere.

In base a quanto sopra premesso, gli obiettivi di breve periodo per l'area ospedaliera, che hanno riflessi sulle strategie di sviluppo delle risorse umane, riguardano:

1. adeguamento dell'offerta secondo le disposizioni per il riordino della rete ospedaliera;
2. recupero di mobilità passiva, almeno per i DRG correlati a specialità presenti nell'ospedale di San Gavino, o attivabili nei termini in precedenza esposti;
3. opere diverse di manutenzione straordinaria, di messa a norma, di rifacimento impianti e di realizzazione di nuovi spazi per il polo chirurgico e per altri reparti;
4. definizione delle necessità di integrazione orizzontale con gli ospedali regionali di alta specialità.

Per quanto rappresentato nel programma sanitario triennale, le priorità più importanti per l'assistenza ospedaliera ruotano intorno alle seguenti problematiche:

1. realizzazione del nuovo ospedale, come previsto nel PRSS;
2. attivazione di specialità previste dallo stesso PRSS, non ancora attivate nel vecchio ospedale;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

3. razionalizzazione delle specialità presenti e loro adeguamento, tenendo conto della evoluzione dei bisogni e del feedback risultante dai dati di consuntivo;
4. rafforzamento delle modalità di ricovero in *day hospital* e *day surgery*, delle prestazioni ambulatoriali, e della ospedalizzazione domiciliare;
5. avvio della gestione dipartimentale per le aree di medicina, chirurgia e per i servizi.

Per quanto riguarda il nuovo ospedale, sono state avviate le procedure di realizzazione, ed è stato già approvato lo studio di fattibilità; nell'arco di vigenza del piano triennale si ritiene di poter procedere alla progettazione preliminare, definitiva ed esecutiva, e all'avvio delle procedure per l'esecuzione delle opere.

Nell'arco di vigenza del piano sanitario annuale (2008) e del piano triennale (2008-2010), tuttavia, l'impatto maggiore in termini gestionali sarà determinato dall'avvio di quelle specialità previste dal PRSS che dovranno essere attivate.

La costruzione del nuovo ospedale implica nella programmazione di breve e medio periodo, di tenere conto, in particolare, di queste esigenze:

1. accelerare i tempi di realizzazione della nuova struttura, con priorità legate soprattutto alla attivazione di specialità mancanti e non attivabili nel vecchio ospedale;
2. cercare di mantenere un minimo di qualità nella vecchia struttura, finché non sarà allestita la nuova, tenendo conto che i costi delle manutenzioni rischiano di non poter essere recuperati per intero nella residua vita utile dell'ospedale;
3. operare l'attivazione di nuove specialità compatibili con lo stato del vecchio ospedale, attraverso l'utilizzo dei posti letto in eccesso rispetto alle previsioni del PRSS, e ai dati di occupazione effettiva.

Per quanto riguarda il 3 punto, risulta:

1. Ortopedia e traumatologia con 30 posti letto e tasso di occupazione del 75,6% nel 2006.
2. Ostetricia e ginecologia con 27 posti letto e tasso di occupazione del 53,5% nel 2006.
3. Chirurgia generale e urologia con 50 posti letto e tasso di occupazione del 77% nel 2006.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

4. Medicina generale con 47 posti letto e tasso di occupazione del 88,2% nel 2006.

In considerazione di quanto sopra, poiché il nuovo ospedale sarà operativo, in ogni caso, tra circa cinque anni, l'ASL n. 6 ha ritenuto opportuno assumere, in sede di programmazione di medio e breve periodo, iniziative per non privare il territorio delle specialità di degenza previste dal PRSS. In particolare si è previsto che, nella attuale struttura, siano attivate alcune nuove specialità per poi procedere al loro ulteriore completamento e al completamento degli organici appena sarà resa disponibile la nuova struttura ospedaliera

Compatibilmente con lo stato e l'utilizzo degli edifici, e con i tassi di occupazione, e delle previsioni e stime dello studio di fattibilità per il nuovo ospedale, in relazione ai posti letto necessari, si ritiene pertanto di poter procedere secondo le seguenti linee strategiche:

- a. ridurre i posti letto impegnati dai reparti con basso indice di utilizzo, rendendo disponibili un certo numero di posti letto (PL);
- b. assegnare in modo centralizzato il governo dei posti letto per DH e DS, evitando attribuzioni rigide, non proporzionate agli effettivi bisogni ed utilizzi;
- c. riqualificare le attività di medicina generale e della unità di terapia semintensiva cardiologica, tenendo conto dei PL in più risultanti dalle azioni previsti al punto 1, e della possibilità di avviare alcune delle specialità di medicina di cui il territorio necessita;
- d. potenziare il pronto soccorso con l'osservazione breve.

Tenuto conto che il PRSS ha individuato per il Medio Campidano l'esigenza dell'esercizio di attività di degenza per le quali non esistono, allo stato, risposte strutturate, si potrebbe, con gli accorgimenti indicati, potenziare l'offerta in degenza ordinaria (DO) e concorrere alla riduzione di interventi non appropriati, avviando:

- A. cardiologia (2008);
- B. trasformazione in UTIC dell'unità di terapia semintensiva cardiologica (2008);
- C. pediatria (2009-2010);



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

D. neurologia (2009);

E. osservazione breve (2008-2010).

Il potenziamento dell'offerta necessita inoltre del completamento degli organici di area chirurgica oggi ancora costretti allo svolgimento di guardia interdivisionale tra specialità differenti.

La capacità di offerta verrebbe, inoltre, riqualificata anche attraverso l'utilizzazione flessibile dei posti letto in regime diurno; questa potrebbe consentire l'ulteriore sviluppo e l'esercizio strutturato per interventi di oculistica e per attività in area oncologica.

La soluzione ipotizzata è realizzabile con costi praticamente minimi per quanto concerne l'adeguamento delle strutture; consentirebbe, soprattutto, di limitare a nefrologia ed emodialisi, geriatria, riabilitazione e lungodegenza le specialità, individuate dal PRSS come necessarie, per le quali non sono previsti PL in area di degenza, attivabili nel vecchio ospedale.

Nell'attuale struttura, in attesa di realizzare il nuovo ospedale si potrebbero, quindi, attivare ulteriori specialità, eventualmente a regime parziale, in coerenza con i PL disponibili.

Organico

Il quadro programmatico risente del problema di una dotazione organica non del tutto allineata, per qualità e quantità, alle necessità derivanti dal PRSS e dalla riorganizzazione attuata con l'atto aziendale.

L'adeguamento degli organici rappresenta una condizione inderogabile per realizzare quanto previsto dal PRSS nel territorio di competenza, e, in sintonia con la programmazione regionale, per attuare i programmi aziendali.

La dotazione organica attuale dell'Azienda conta complessivamente 764 posti, 378 dei quali sono relativi all'area dell'assistenza ospedaliera, come di seguito riportato:

- 306 ruolo sanitario
- 59 ruolo tecnico
- 13 ruolo amministrativo



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 1 ruolo professionale

Strategie per l'organico

L'attuazione delle azioni e dei programmi previsti nel PRSS, nonché la riorganizzazione strutturale conseguente all'applicazione dei contenuti dell'Atto Aziendale, hanno comportato in sede di programmazione triennale 2008-2010, una rimodulazione della dotazione organica sia in relazione al numero dei posti, che in relazione ai profili professionali necessari per conseguire i risultati assistenziali indicati negli atti di programmazione regionale.

Le direttrici della rimodulazione, da attuarsi anche attraverso trasformazione di posti vacanti, dovranno tener conto in particolare:

- della necessità di istituire nuovi profili non ancora presenti in riferimento alle nuove strutture e alle nuove specialità mediche (es. oncologia e oculistica, cardiologia, pediatria, etc.);
- della maggiore necessità di figure professionali sanitarie dedicate all'assistenza diretta e di figure per ruoli tecnici ed amministrativi dotate di specifica professionalità. Al riguardo, si è programmato che siano strutturate nella dotazione organica della azienda almeno le figure professionali di cui si ha stabilmente necessità per lo svolgimento di attività e competenze istituzionali; mentre, altre attività a queste strumentalmente collegate (quali i servizi di pulizia, vigilanza, mensa e prestazioni alberghiere, manutenzione tecnologica, trasporto) potranno essere garantite facendo ricorso a contratti di servizi con operatori esterni;
- della razionalizzazione nell'organizzazione del lavoro attraverso il potenziamento del modello dipartimentale anche con la finalità di migliorare l'utilizzo delle risorse umane.

Sviluppi per la dotazione organica

Il PRSS e l'Atto Aziendale hanno previsto, per l'ASL di Sanluri, l'attivazione di nuove specialità mediche, di nuove unità operative nonché l'implementazione di ulteriori nuove attività necessarie per garantire l'adeguata assistenza sanitaria alla popolazione del Medio Campidano.

Occorre pertanto prevedere, sia in termini quantitativi che qualitativi, le risorse umane che, risulteranno essenziali per rendere operative tali nuove specialità, strutture ed attività.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Una ipotesi di sviluppo della dotazione di risorse umane, coerente con quanto sopra riportato, è evidenziata nella tabella sottostante relativamente al triennio 2008-2010.

Lo sviluppo della dotazione organica, rappresentato nel prospetto, tiene conto dei tempi necessari alla attivazione delle nuove attività, specialità oppure strutture; tiene altresì conto del fatto che alcune discipline nuove saranno attivate solo parzialmente, per le limitazioni imposte dall'attuale presidio ospedaliero.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

	Nuova specialità / Nuova u.o. / Nuova ulteriore attività	Profilo	2008	2009	2010
1	Oncologia	Dirigente medico	2		
		Infermiere		2	
2	Cardiologia	Dirigente medico	3		
		Infermiere coordinatore	1		
		OSS	4		
3	UTIC	Dirigente medico	10		
		Infermiere coordinatore	1		
		Infermiere	24		
		OSS	6		
4	Neurologia	Dirigente medico		4	
		Infermiere coordinatore		1	
		Infermiere		8	
		OSS		3	
5	Semi intensiva neurologica	Dirigente medico		6	
		Infermiere		12	
		OSS		3	
6	Pediatria	Dirigente medico	3	2	
		Infermiere		1	2
		OSS		1	5
7	Potenziamento Dipartimento chirurgia e Blocco operatorio (raggiungimento standard minimi di personale + attività di sala e attività terapia dolore e analgesia al parto)	Dirigente medico	4	4	
8	Oculistica	Dirigente medico	1	1	1
		Infermiere		1	1
9	Osservazione breve	Dirigente medico	2	2	2
		Infermiere	4	4	4
		OSS	13	1	1
			78	56	16

Lo sviluppo della dotazione organica programmata per il triennio 2008-2010, si presume determini i seguenti oneri aggiuntivi:

disciplina	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010	TOTALE
Cardiologia	341.875			341.875
UTIC	1.603.082			1.603.082
Neurologia		628.632		628.632
Semi int Neuro		853.410		853.410
Oculistica	69.369	99.629	99.629	268.627
Oncologia	138.738	60.520		199.258
Oss. breve	580.774	284.470	284.470	1.149.714
Pediatria	208.107	193.690	183.980	585.777
Potenz. dip. ch	277.476	277.476		554.952
TOTALE	3.219.421	2.397.827	568.079	6.185.327



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DO e presidio ospedaliero

La dotazione organica del Presidio Ospedaliero di San Gavino Monreale risulta sottodimensionata rispetto alle dotazioni previste dal Decreto Assessore Igiene e Sanità n. 1957/3° Serv. del 14 giugno 1998 in tema di “Requisiti e procedure per l’accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14.01.1997”.

La tabella che segue evidenzia gli scostamenti fra l’attuale dotazione di personale del presidio e la dotazione standard prevista dal citato DAIS.

In relazione allo scenario di imminente evoluzione che coinvolgerà in maniera rilevante le attività, l’organizzazione delle unità operative con la creazione di tre dipartimenti nonché la logistica del Presidio Ospedaliero di San Gavino, i dati evidenziati nella tabella vengono presentati unicamente a scopo conoscitivo, dovendosi necessariamente rimandare ad un successivo passaggio la formalizzazione dell’esatta quantificazione della dotazione organica necessaria per il P.O.

	Standard DAIS n. 1957/Serv. del 29.06.1998														Dotazione attuale														Incremento																
	DIRIGENTE MEDICO	CAPO SALA	PERS. INFERM. OSTETRICA INF. PEDIATRICO	OSS	BIOLOGO	CAPOTECNICO	TECNICO	INSEGNANTE	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	AUSILIARIO	AUTISTA AMBULANZA + 118	NECROFORO	TOTALE	DIRIGENTE MEDICO	CAPO SALA	PERS. INFERM. OSTETRICA INF. PEDIATRICO	OSS	BIOLOGO	CAPOTECNICO	TECNICO	INSEGNANTE	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	AUSILIARIO	AUTISTA AMBULANZA + 118	NECROFORO	TOTALE	DIRIGENTE MEDICO	CAPO SALA	OSS	BIOLOGO	CAPOTECNICO	TECNICO	INSEGNANTE	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	AUSILIARIO	AUTISTA AMBULANZA + 118	NECROFORO		
Dipartimento di Medicina																																													
Organico assegnato al Dipartimento			107	27																																									
Medicina Generale	7	1	12	5											25	7	1	15	6												29	0	0	-3	-1										
Lungodegenza (*)	0	0	0	0											0																0	0	0	0	0										
Oncologia	3	0	4												7	1	0	2													3	2	0	2	0										
Cardiologia	7	1	10	4											22	4		11													15	3	1	-1	4										
UTIC	10	1	24	6											41																0	10	1	24	6										
Neurologia	4	1	8	3											16																0	4	1	8	3										
Semintensiva Neurologica	6		12	3											21																0	6	0	12	3										
Nefrologia Dialisi	7	1	23												31	6	1	14	2												23	1	0	9	-2										
Riabilitazione (*)															0																0	0	0	0	0										
Pediatria + Nido	8	0	14	6											28	3	0	11													14	5	0	3	6										
Totale	52	5	107	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	191	21	2	53	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	84	31	3	54	19	0	0	0	0	0	0	0	0		
Dipartimento di Chirurgia																																													
Organico assegnato al Dipartimento			105	27																											0														
Chirurgia Generale	14	1	20	7											42	8	1	20	4												33	6	0	0	3										
Anestesia - Blocco Operatorio	12	1	10	5											28		1	10	3												14	12	0	0	2										
Ortopedia e Traumatologia	11	1	20	5											37	9	1	20	3												33	2	0	0	2										
Ostetricia e Ginecol. + punto nascita	10	1	22	4											37	8	1	20	3												32	2	0	2	1										
Rianimazione	10	1	24	6											41	10	1	13	2												26	0	0	11	4										
Oculistica	3		3												6			1													1	3	0	2	0										
Diagnostica e Terapia Endoscopica	3		3												6	2		3													5	1	0	0	0										
Urologia	4		3												7	3															3	1	0	3	0										
Totale	67	5	105	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	204	40	5	87	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	147	27	0	18	12	0	0	0	0	0	0	0	0		
Dipartimento dei Servizi																																													
Organico assegnato al Dipartimento			31	10																											0														
Radiologia	10		3		0	1	15								29	5		3	0	0	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	17	5	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	
Patologia Clinica e Anatomia Patolog.	11		2	1	3	1	11								29	9		2	1	2	1	10	1	0	0	0	0	0	0	0	26	2	0	0	0	1	0	1	-1	0	0	0	0	0	0
Pronto Soccorso e Osservaz. Breve	14	1	23	8											46	5		8	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	9	1	15	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Centro Trasfusionale	5		3	1			4								13	5		3	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Totale	40	1	31	10	3	2	30	0	0	0	0	0	0	0	117	24	0	16	7	3	2	22	1	0	0	0	0	0	0	0	75	16	1	15	3	0	0	8	-1	0	0	0	0	0	
Direzione Ospedaliera																																													
Totale	3	1	0	0	0	0	0	0	3	4	5	6	15	3	40	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	2	12	2	23	1	1	0	0	0	0	0	0	1	3	3	4	3	1	
TOTALE PRESIDIO OSPEDALIERO	162	12	243	64	3	2	30	0	3	4	5	6	15	3	552	87	7	156	30	3	2	22	1	2	1	2	2	12	2	329	75	5	87	34	0	0	8	-1	1	3	3	4	3		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ATTREZZATURE E TECNOLOGIE: Le attrezzature e tecnologie comprese nell'intervento proposto e descritte nel relativo studio di fattibilità garantiscono piena funzionalità alla struttura.

COSTI DI REALIZZAZIONE: € 92.414.016,00

TEMPI DI REALIZZAZIONE: Inizio lavori: mesi 25 Fine lavori: mesi 61 Attivazione struttura: mesi 63



Regione Autonoma della Sardegna

Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

TITOLO INTERVENTO:

Costruzione nuovo P.O. di San Gavino

DESCRIZIONE INTERVENTO:

La struttura ospedaliera sarà articolata su quattro corpi di fabbrica (tra loro connessi con differenti sviluppi) all'interno di ciascuno dei quali saranno concentrate le attività relative a funzioni affini per tipologia e per modalità di erogazione della prestazione nei confronti dell'utente.

Scheda singolo intervento

a) Dati Identificativi

Cat. intervento / n° progressivo

D1

6

Programma di riferimento:

Art. 20 L. 67/88

Localizzazione:

SAN GAVINO MONREALE (VS)

Soggetto proponente:

Regione Autonoma della Sardegna - Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

Soggetto responsabile:

ASL n. 6 - SANLURI

Responsabile del procedimento: *

nome e cognome:

telefono e fax:

e-mail:

qualifica e ruolo operativo:

b) Contenuti progettuali

Tipo di intervento:

nuova costruzione

Livello di progettazione:

fattibilità

c) Fabbisogno finanziario

c1) Costo complessivo :

€ 92.414.016,00

Fabbisogno finanziario annuo (quota Stato):

2008

€ 6.435.402,03

2009

€ 18.233.639,09

2010

€ 18.233.639,09

2011

c2) Copertura finanziaria

Fonte:

Stato art. 20 Legge 67/88

Regione

Ente attuatore

Altri Enti Locali

Privati

€	42.902.680,21
€	3.058.035,80
€	46.453.299,99

d) Procedure e termini di attuazione ***d1) Progetto esecutivo:**

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 6 - SANLURI

Data di disponibilità: 11 mesi

d2) Approvazione del progetto esecutivo:

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 6 - SANLURI

Data di espletamento: 15 mesi

d3) Esperimento gara di appalto:

Amministrazione o Ente competente: A.S.L. n° 6 - SANLURI

Data di espletamento: 21 mesi

e) Termine presunto di attivazione *

Data inizio lavori: 25 mesi Prevista

Data di fine lavori: 61 mesi Prevista

Data di attivazione della struttura: 63 mesi Prevista

*** a decorrere dalla data di comunicazione di avvenuto finanziamento da parte della Regione Sardegna**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

INTERVENTO N. 7

TITOLO INTERVENTO: Ospedale S. Giovanni di Dio - Cagliari: Completamento lavori urgenti di ristrutturazione e adeguamento normative sicurezza

DESCRIZIONE INTERVENTO: L'Ospedale S. Giovanni di Dio di Cagliari, vista la sua vetustà (1844), necessita di continui interventi di manutenzione. Ad oggi ha una dotazione di 360 posti letto, sale operatorie, e altre strutture d'urgenza, che garantiscono sul territorio un'assistenza per un bacino d'utenza di circa 100.000 presenze al mese. Pertanto sono indispensabili lavori urgenti di adeguamento alle normative di sicurezza e di attuazione della D.Lgs 626/94 con particolare attenzione per quelle attività che includano la messa in sicurezza della struttura, delle attività di degenza e salvaguardino l'incolumità degli utenti e del personale operativo. Tali lavori sono finalizzati all'eliminazione di tutte quelle situazioni di pericolo e di disagio operativo esistenti. Particolare rilievo è stato dato alla progettazione di spazi operativi e di interventi tecnici, atti a garantire e gestire il collegamento fra livelli diversi di questa struttura, rendendo più sicuro il traffico sia all'interno che all'esterno del Presidio, diversificando le categorie d'utenza e di attività ospedaliera.

L'intervento globale comprende sette lotti funzionali, differenziati per tipologia di intervento così riepilogati:

	costo complessivo	localizzazione	oggetto
lotto n. 1	92.119,11	locali piano terra	Sicurezza per l'utenza e accorpamento di uffici ticket
lotto n. 2	227.013,20	n. 2 impianti elevatori	realizz. 2 impianti elevatori
lotto n. 3	1.164.265,79	facciate	messa in sicurezza di facciate
lotto n. 4	336.923,00	otorino	ottimizzazione reparti
lotto n.5	259.870,85	ex scuola infermieri	smaltimento amianto
lotto n. 6	193.451,00	sede stradale	protezione vuoti e rif. Strada
lotto n. 7	41.012,61	pavimenti sconnessi	adempimenti Nas
TOTALE LOTTI	2.314.655,56		

Lotto n. 1 - I lavori prevedono la risoluzione dei problemi relativi alla sicurezza dei due uffici ticket e della relativa utenza, con il loro accorpamento. Infatti attualmente sono dislocati in punti distanti fra loro: il primo posizionato all'esterno della struttura con accesso tramite una strada interna carrabile di notevole pericolo per l'utenza, che presenta una forte pendenza con dislivelli e avvallamenti; il secondo al centro di un traffico interno, con forte disagio per gli utenti in attesa. Detti lavori prevedono inoltre la realizzazione di servizi igienici necessari per l'utenza e per i diversamente abili, l'ufficio CUP e l'ufficio URP.

Lotto n. 2 - Realizzazione di n. 2 nuovi impianti elevatori nei cortili interni ad uso esclusivo dei visitatori, per separare il flusso esterno dalle attività ospedaliere. Infatti esistono attualmente solo n. 2 impianti dedicati contemporaneamente sia alle normali attività ospedaliere, che ai visitatori, il cui funzionamento precario genera seri problemi di forte disservizio. Inoltre non riescono ad essere garantiti i trasferimenti urgenti tra i reparti.

Lotto n. 3 - Ristrutturazione delle facciate, con criterio di massima urgenza, in quanto dichiarate pericolanti dai VV.FF. e prospicienti i cortili interni attualmente interdetti alle persone per la caduta continua di calcinacci dei cornicioni. Tali cortili interni sono, inoltre, interessati da impianti tecnologici e apparecchiature salvavita (gas medicali).

Lotto n. 4 - Lavori urgenti di adeguamento distributivo ed impiantistico dei fabbricati attualmente adibiti a Clinica Otorino ed Audiofoniatria da destinarsi, secondo il programma aziendale di graduale trasferimento al Presidio di Monserrato, a Clinica Odontoiatrica. Lavori di razionalizzazione delle diagnostiche radiologiche da trasferire (RMN, TAC, MOC, ecc.).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Lotto n. 5 - Rifacimento della copertura attualmente in amianto con il relativo smaltimento, realizzazione di scala antincendio, adeguamento alla normativa dei diversamente abili e alle prescrizioni del D.Lgs 626/94 del fabbricato della ex scuola infermieri, attualmente adibita a uffici tecnici ed amministrativi e consistente principalmente in ristrutturazioni interne, porte di sicurezza e sostituzione infissi.

Lotto n. 6 – Intervento urgente per il posizionamento delle protezioni verso il vuoto a tutela dell'utenza e per il rifacimento della sede stradale interna al Presidio da via Ospedale con percorso prioritario dal pronto soccorso all'uscita carrabile principale di V.le Fra Ignazio. Tale sede stradale risulta attualmente sconnessa e pericolosa per il transito sia pedonale che degli autoveicoli, non consente un rapido spostamento ai mezzi di soccorso.

Lotto n. 7 - Eliminazione di tutti gli elementi di pericolo esistenti, dovuti principalmente alla disconnessione delle pavimentazioni in vari punti del Presidio e attuazione degli adempimenti richiesti e verbalizzati dai Nas con relativi adeguamenti alla normativa vigente di sicurezza.

MOTIVAZIONI DELL'INTERVENTO: Lotto n. 1 - Scopo dell'intervento è l'eliminazione delle gravi situazioni di pericolo e l'umanizzazione del servizio agli utenti, che attualmente utilizzano strutture separate di disagiata accesso e prive di comfort (attesa nell'atrio dell'ospedale con rischi e disagi notevoli).

Lotto n. 2 - L'intervento dovrà garantire i trasferimenti urgenti dei ricoverati, la diminuzione dei tempi di attesa, migliorare la sicurezza individuale dell'utenza, l'igiene e la sicurezza dei percorsi e la loro separazione.

Lotto n. 3 - eliminare tutti gli elementi di pericoli presenti, salvaguardare l'incolumità delle persone e preservare gli impianti e le cose.

Lotto n. 4 - adeguamento spazi atti ad accogliere le strutture secondo il programma aziendale. Massimo servizio finalizzato ad un'utenza territoriale.

Lotto n. 5 - Adeguamento alla normativa vigente sull'amianto e sulla normativa antincendio, applicazione legge 626.

Lotto n. 6 – Protezione dei vuoti esistenti e pericolosi per l'utenza, viabilità interna finalizzata alla sicurezza per la circolazione dei mezzi ed alla incolumità delle persone.

Lotto n. 7 - Eliminazione di tutti gli elementi di pericolo ed igienizzazione degli ambienti come prescritto dai Nas.

RISORSE UMANE: la tipologia degli interventi non implica la modifica di impiego di risorse umane nella struttura interessata.

ATTREZZATURE E TECNOLOGIE: non è previsto l'acquisto di nuove attrezzature o apparecchiature.

COSTI DI REALIZZAZIONE: € 2.314.655,56

TEMPI DI REALIZZAZIONE: Inizio lavori: mesi 2/4 Fine lavori: mesi 4/17 Attivazione struttura: mesi 5/18

(i tempi di realizzazione variano a seconda del lotto funzionale - minimo/massimo)



Regione Autonoma della Sardegna

Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

TITOLO INTERVENTO:

Ospedale S. Giovanni di Dio - Cagliari: Completamento lavori urgenti di ristrutturazione e adeguamento normative sicurezza

DESCRIZIONE INTERVENTO:

Lavori vari di messa in sicurezza locali e impianti suddivisi, per tipologia, in n.7 lotti funzionali: lotto n.1 sicurezza per l'utenza e accorpamento di uffici ticket a P.T.; lotto n.2 - realizz. 2 impianti elevatori; lotto n.3 - messa in sicurezza di facciate; lotto n.4 - ottimizzazione reparto otorino; lotto n.5 - smaltimento amianto ex scuola infermieri; lotto n.6 - protezione vuoti e rif. Strada; lotto n.7 - ripristino pavimenti sconnessi

Scheda singolo intervento

a) Dati Identificativi

Cat. intervento / n° progressivo

D1

7

Programma di riferimento:

Art. 20 L. 67/88

Localizzazione:

CAGLIARI

Soggetto proponente:

Regione Autonoma della Sardegna - Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale

Soggetto responsabile:

AOU CAGLIARI

Responsabile del procedimento:

nome e cognome: Walter Cossellu

telefono e fax: 0706092362 - 2360

e-mail:

qualifica e ruolo operativo: direttore struttura complessa - servizio tecnico

b) Contenuti progettuali

Tipo di intervento:

ristrutturazione manutenzione

Livello di progettazione:

preliminare

c) Fabbisogno finanziario

c1) Costo complessivo :

2.314.655,56

Fabbisogno finanziario annuo (quota Stato):

2008

€ 1.649.192,09

2009

€ 549.730,70

2010

2011

c2) Copertura finanziaria

Fonte:

Stato art. 20 Legge 67/88

Regione

Ente attuatore

Altri Enti Locali

Privati

	2.198.922,78
€	115.732,78

d) Procedure e termini di attuazione *

d1) Progetto esecutivo:

Amministrazione o Ente competente: A.O.U. - CAGLIARI

Codice intervento	Data di disponibilità: min 20 gg - max 120 gg	Costo complessivo	Importo a carico dello Stato	Data Decreto Min. Salute	Importo speso sul costo complessivo	
ASL n. 1 Sassari	d2) Approvazione del progetto esecutivo: Ospedale Civile - Alghero - integrazione Amministrazione o Ente competente: A.O.U. - CAGLIARI finanziamento per la climatizzazione complessiva Data di espletamento: min 30 gg - max 210 gg	2.065.827,60	1.962.536,22			
ASL n. 1 Sassari	Struttura territoriale di Bonorva - copertura edificio esistente adibito a RSA e dialisi d3) Espletamento gara di appalto: Servizi territoriali - Completamento Amministrazione o Ente competente: A.O.U. - CAGLIARI realizzazione centro dialisi di Siniscola Data di espletamento: min 50 gg - max 330 gg	258.228,45	245.317,03			
ASL n. 3 Nuoro	RSA sede di Macomer: nuova costruzione (40 posti letto) Data di espletamento: min 50 gg - max 330 gg	2.582.284,50	2.453.170,28			
ASL n. 4 Lanusei	Casa della salute: nuova sede servizi territoriali e amministrativi Data di espletamento: min 50 gg - max 330 gg	3.795.198,29	3.434.438,38			
ASL n. 6 Sanluri	Costruzione nuovo P.O. di San Gavino Data di inizio lavori: min 2 mesi - max 4 mesi Data di fine lavori: min 4 mesi - max 17 mesi	92.414.016,00	42.902.680,21	Prevista		
AOU di Cagliari	Ospedale S. Giovanni di Dio - Cagliari: Completamento lavori urgenti di ristrutturazione e adeguamento normative sicurezza Data di espletamento: min 5 mesi - max 18 mesi	2.314.058,56	2.198.922,78	Prevista		

* a decorrere dalla data di comunicazione di avvenuto finanziamento da parte della Regione Sardegna

	Data apertura cantieri (effettiva)	Stato dei lavori (da affidare/ in esecuzione/ sospesi/ conclusi/ in esercizio)	Note	previsione avanzamento spesa quota a carico dello Stato	previsione avanzamento spesa quota a carico dello Stato	previsione avanzamento spesa quota a carico dello Stato	prev avanz spesa carico d
				anno 2008	anno 2009	anno 2010	to