

Relazione sugli obiettivi di mandato - Allegato

**ASL CARBONIA**  
**PROPOSTA DI RIORGANIZZAZIONE DEL**  
**SISTEMA OSPEDALIERO AZIENDALE**

**Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria**

Presentato nella Riunione del 7 agosto 2015

Discusso e condiviso nella Riunione del 26 agosto 2015

## Gli Ospedali

Gli ospedali facenti capo all'Azienda Sanitaria di Carbonia sono i seguenti :

- P.O. Sirai (Carbonia) ;
- P.O. Santa Barbara (Iglesias) ;
- P.O. C.T.O. (Iglesias) ;

E' presente anche un quarto stabile ospedaliero nel quale al momento residuano alcuni servizi territoriali e logistici destinato al ricollocamento in vista della dismissione dell'edificio.

All'interno dei Presidi ospedalieri sono individuati tre Dipartimenti strutturali (Area medica, Area chirurgica e Area dei servizi).

Una prima considerazione è relativa al livello di frammentazione/dispersione/ concentrazione che caratterizza il sistema ospedaliero e la sua distribuzione sul territorio. Pur seguendo le indicazioni della legge regionale 23/2014 e della DGR 1-14/2015 riguardo alle logiche gestionali e organizzative che indicano la sussistenza di un "ospedale unico operante su più stabilimenti" risulta estremamente complesso intervenire in un territorio fortemente condizionato da una separazione quasi "culturale" in due tronconi. La riallocazione logica dei servizi nei presidi ospedalieri di Carbonia e di Iglesias che assicurerebbe migliore efficienza complessiva al sistema e migliori possibilità di assicurare standards qualitativi anche di eccellenza ai servizi e alle prestazioni erogate viene percepita, piuttosto che come un riorientamento al miglioramento della qualità, come una sottrazione reciproca di presenze di servizi anche a prescindere dai miglioramenti oggettivamente sostenibili.

Sul merito l'analisi della situazione evidenzia una duplicazione o una triplicazione delle attività di alcuni servizi, cronicamente sofferenti per disponibilità di risorse professionali o, comunque, in situazione di equilibrio precario.

La situazione delle attività attualmente assicurate in tre presidi ospedalieri ha la distribuzione seguente:

<b>Struttura</b>	<b>Sirai</b>	<b>CTO</b>	<b>Santa Barbara</b>
<b>Chirurgia Generale</b>	X		X
<b>Ortopedia</b>	X	X	
<b>Ostetricia e Ginecologia</b>	X		X
<b>Urologia</b>	X		
<b>Otorinolaringoiatria</b>		X	
<b>Oculistica</b>		X	
<b>Medicina Interna</b>	X		X
<b>Endoscopia digestiva</b>	X		X
<b>Pneumologia</b>			X
<b>Pronto Soccorso</b>	X		X
<b>Oncologia</b>	X		X
<b>Rianimazione</b>	X		X
<b>Diagnostica per immagini</b>	X	X	X
<b>Neurologia</b>	X		
<b>Cardiologia</b>	X		
<b>Laboratorio analisi</b>	X		X

Una tale distribuzione è elemento di dispersione delle risorse tale da pregiudicare la possibilità che gli ospedali siano effettivamente in grado di assicurare una qualità dell'assistenza caratterizzata dai livelli di appropriatezza,

tempestività, esaustività e sicurezza rispetto ai bisogni del cui soddisfacimento sono investiti.

L'impressione è che più spesso la presenza dei presidi ospedalieri in un territorio sia condizionato, tra l'altro: dalla assenza di strutture e servizi alternativi che potrebbero con migliore qualità assicurare le prestazioni necessarie, da esigenze di carattere politico-localistico e di percezione di sicurezza da parte delle comunità, da timori di natura occupazionale.

Questa situazione, certamente da analizzare con maggiore dettaglio e precisione alla luce delle indicazioni del Piano Regionale di riorganizzazione della rete ospedaliera di cui alla DGR 38/12 del 28 luglio 2015, ha importanti implicazioni dal punto di vista di sostenibilità organizzativa e finanziaria ma è anche un ostacolo allo sviluppo di adeguati livelli di clinical competence delle équipes professionali e dei professionisti singoli, oltre che essere onere economico di particolare rilievo.

Le logiche che hanno sostenuto gli interventi finanziari per l'edilizia sanitaria e per l'innovazione tecnologica sono stati, nei decenni trascorsi, distribuiti in Azienda in relazione a fabbisogni "particolari" spesso tarati sulle singole strutture o edifici piuttosto che sulla promozione di un sistema organico, a rete, per l'intero sistema ospedaliero.

I finanziamenti hanno sostenuto interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria, di adeguamento architettonico, impiantistico e logistico, di ampliamento di strutture spesso poco adeguate alle funzioni specifiche per collocazione urbanistica o per originaria destinazione a scopi diversi rispetto a quelli ospedalieri.

Ciò ha avuto il risultato di poter disporre, oggi, di ospedali privi delle caratteristiche di flessibilità e di usabilità secondo logiche moderne e più adeguate agli scenari epidemiologici attuali e alle caratteristiche organizzativo-funzionali più accreditate.

Ultimo elemento che vale la pena di citare è lo scarso livello di integrazione delle attività ospedaliere con l'ambito territoriale. Esiste una difficoltà di collegamento e di comunicazione tra professionisti della stessa specialità, poco collaboranti nella definizione e nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici complessi che si sviluppano lungo i due versanti delle cure.

C'è inoltre da considerare che le strutture attualmente in uso rappresentano da un lato un costo correlato a esigenze di manutenzione e adeguamento di valenza straordinaria e, dall'altro, costituiscono un patrimonio del quale sarebbe utile valutare la valorizzazione anche finalizzata alla loro alienazione.

## **L'Assistenza Ospedaliera - L'efficienza dell'offerta e standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (intesa Stato-Regioni del 05/08/2014)**

### **L'utilizzo delle strutture ospedaliere per l'attività di ricovero**

La struttura dell'offerta di assistenza ospedaliera della ASL 7 non pare essere più adeguata rispetto alle attuali esigenze. Sono notevoli ad esempio le duplicazioni di discipline che non risultano essere coerenti con i mutati standard di riferimento (si vedano da ultimo i nuovi standard ministeriali per l'assistenza ospedaliera).

Le criticità di ordine strutturale che affliggono l'offerta sanitaria in ambito ospedaliero si ripercuotono in maniera pesante sui livelli di efficienza complessiva nell'utilizzo delle risorse. Questa considerazione, ad esempio, è ampiamente suffragata dall'esame dei tassi di occupazione calcolati sulla base dell'attività del 2013 (da aggiornare con i dati 2014), che risultano in molti casi essere ampiamente inferiori ai parametri previsti dalla normativa nazionale e regionale, se anche si volesse utilizzare la dotazione derivante dalla formale disattivazione di 50 posti letto totali (42 ordinari e 8 diurni) avvenuta con deliberazione del Direttore Generale n. 1403 del 06/08/2014, adottata in ossequio a quanto previsto dalla d.G.R. n. 24/43 del 27/06/2013.

## La garanzia delle condizioni di sicurezza, appropriatezza e qualità

“La necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, comporta necessariamente una riconversione di servizi, strutture ed ospedali, per far fronte ai mutati bisogni demografici e epidemiologici, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere. In tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla conseguente valutazione degli esiti”. Così recita il Decreto recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera).

Nello stesso documento si afferma inoltre: “per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti)”, ed ancora: “Per numerosi percorsi diagnostico terapeutici, procedure ed attività cliniche, sono misurabili sistematicamente (...) gli esiti e possono essere identificati valori di rischi di esito al di sotto (per gli esiti positivi) o al di sopra dei quali alle strutture (UOC o ospedali, ove applicabile) non possono essere riconosciuti i requisiti di accreditamento specifici”.

Con riferimento alla nostra realtà, allora, appare quanto mai importante effettuare una misurazione di confronto e di verifica rispetto a quei valori ampiamente considerati dalla letteratura scientifica come predittivi di elevati rischi di esito negativo.

Primo fra tutti l'indicatore soglia dei volumi di attività relativo all'evento nascita. Nel corso degli ultimi anni, nella nostra ASL si sono registrati i seguenti valori relativamente ai parti (Tabella 1 e Tabella 2) :

*Tabella 1 : Parti 2012 2014*

PRESIDIO	2012	2013	2014	Differenza 2012-2013	Variazione 2012-2013	Differenza 2012-2014	Variazione 2012-2014
Sirai	312	272	291	-40	-12,82%	-21	-6,73%
S. Barbara	316	261	261	-55	-17,40%	-55	-17,40%
TOTALE ASL7	628	533	552	-95	-15,13%	-76	-12,10%

Dati consolidati 2014

*Tabella 2 : Parti per reparto*

INDICATORE	CARBONIA	IGLESIAS	TOTALE ASL7
Numero di Parti per Reparto	291	261	552
Parti Vaginali	187	160	347
Parti Cesarei	104	101	205
Percentuale di Parti Cesarei su totale	35,74%	38,70	37,14%

Dati provvisori 2014

Altro indicatore di soglia di volumi per rischi di esito il cui confronto con l'attività della nostra ASL evidenzia delle criticità riguarda l'attività chirurgica in ambito ortopedico, ovvero, il numero di interventi chirurgici per fratture di femore il cui standard è fissato in 75 interventi per struttura complessa. Nella nostra ASL si sono registrati i seguenti valori (Tabella 3 e Tabella 4).

## Volume Attività - Intervento chirurgico per frattura del femore (standard $\geq 75$ per Struttura Complessa)

Tabella 3 : Ricoveri Ospedalieri correlati a Interventi su Femore - Produzione per assistiti - Anno 2013

PRESIDIO	CD_DRG	DRG	CASI
Sirai	210	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI CON CC	52
Sirai	211	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	37
Sirai	468	INTERVENTO CHIRURGICO ESTESO NON CORRELATO CON LA DIAGNOSI PRINCIPALE	1
Sirai	485	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	1
<b>Totale P.O. Sirai</b>			<b>91</b>
C.T.O.	210	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI CON CC	17
C.T.O.	211	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	33
C.T.O.	212	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ < 18 ANNI	1
C.T.O.	485	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	1
C.T.O.	544	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	1
C.T.O.	545	REVISIONE DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA O DEL GINOCCHIO	1
<b>Totale P.O. C.T.O.</b>			<b>54</b>
<b>Totale ASL n.7 Carbonia</b>			<b>145</b>

Tabella 4 : Ricoveri Ospedalieri correlati a Interventi su Femore - Produzione per assistiti - Anno 2014 (provvisorio)

PRESIDIO	CD_DRG	DRG	CASI
Sirai	210	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI CON CC	70
Sirai	211	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	49
Sirai	442	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO CON CC	1
Sirai	485	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	3
<b>Totale P.O. Sirai</b>			<b>123</b>
C.T.O.	210	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI CON CC	23
C.T.O.	211	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	30
C.T.O.	485	REIMPIANTO DI ARTI, INTERVENTI SU ANCA E FEMORE PER TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	1
C.T.O.	545	REVISIONE DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA O DEL GINOCCHIO	1
<b>Totale P.O. C.T.O.</b>			<b>55</b>
<b>Totale ASL n.7 Carbonia</b>			<b>178</b>

Come si vede gli standards minimi fissati dalle norme risulterebbero ampiamente superati dalla sommatoria delle attività effettuate rispettivamente nelle due strutture organizzative anche in considerazione del fatto che una parte importante di DRG pesa sul bilancio della mobilità passiva verso altre strutture del territorio regionale.

Nel complesso l'attività chirurgica nel 2014 fa registrare le seguenti percentuali di DRG chirurgici e medici (Tabella 5) :

Tabella 5 : Attività Chirurgica (dati provvisori 2014)

PRESIDIO	CREP	REPARTO_DIMISSIONE	TIPO_DRG			
			MEDICI		CHIRURGICI	
			CASI	CASI %	CASI	CASI %
	<b>09.01</b>	<b>Chirurgia Generale *Carbonia</b>	720	64,34%	399	35,66%
<b>CARBONIA – Osp. Sirai</b>	<b>36.01</b>	<b>Ortopedia *Carbonia</b>	177	38,73%	280	61,27%
	<b>37.01</b>	<b>Ostetricia e Ginecologia *Carbonia</b>	293	49,16%	303	50,84%
	<b>43.01</b>	<b>Urologia *Carbonia</b>	325	67,57%	156	32,43%
<b>IGLESIAS - Osp. C.T.O.</b>	<b>11.01</b>	<b>Chirurgia Pediatrica Cto</b>	127	39,69%	193	60,31%
	<b>34.01</b>	<b>Oculistica</b>	13	10,74%	108	89,26%

	<b>36.01</b>	<b>Ortopedia</b>	115	18,31%	513	81,69%
	<b>38.01</b>	<b>Otorino</b>	84	23,93%	267	76,07%
<b>IGLESIAS - Osp. Santa Barbara</b>	<b>09.01</b>	<b>Chirurgia Generale</b>	232	27,59%	609	72,41%
	<b>37.01</b>	<b>Ostetricia e Ginecologia</b>	309	41,93%	428	58,07%

Dati provvisori 2014

Appaiono marcatamente elevate le percentuali di DRG di tipo medico di alcuni reparti (Chirurgia generale ed Urologia del PO Sirai in particolare) e le differenze tra strutture simili di diversi PO (si vedano le chirurgie generali e le ortopedia in particolare).

Un'altra area di particolare criticità attiene all'inappropriatezza del ricorso alle strutture ospedaliere. In particolare gli indicatori classicamente utilizzati (ricoveri medici brevi e ricoveri ripetuti entro 30 giorni) hanno evidenziato valori sempre lontani dagli standard di riferimento. Ma in particolare, mentre i ricoveri ripetuti sembrano segnare un trend in riduzione (la serie storica dal 2010 al 2013 è di 6.3, 6.5, 5.6, 5.3; std 4), l'indicatore relativo ai ricoveri medici brevi ha fatto registrare un andamento altalenante con valori sempre notevolmente superiori allo standard di riferimento (la serie storica dal 2010 al 2013 è di 28, 28.8, 28.7, 29.7; std 17).

Sotto il profilo della provenienza dei pazienti (mobilità attiva), punti di forza possono essere individuati in una relativa capacità attrattiva esercitata da alcune discipline.

Risulta pertanto evidente che, anche al netto delle eventuali rettifiche in negativo dei costi e in positivo della remunerazione (tenendo conto della eventuale remunerazione di funzioni non tariffate), il rapporto che si attesta su costi prossimi al doppio del valore a tariffa evidenzia ampi margini di miglioramento delle performance gestionali.

### Le prospettive di riorganizzazione del sistema

Questa situazione, certamente da analizzare con maggiore dettaglio e precisione alla luce delle indicazioni del Piano Regionale di riorganizzazione della rete ospedaliera, ha importanti implicazioni dal punto di vista di sostenibilità organizzativa e finanziaria ma è anche un ostacolo allo sviluppo di adeguati livelli di clinical competence delle équipes professionali e dei professionisti singoli, oltre che essere onere economico di particolare rilievo.

Come si è già detto una importante priorità nell'analisi e nella riprogettazione del Sistema Sanitario Aziendale deve necessariamente passare attraverso una riarmonizzazione dei sistemi di offerta di servizi e prestazioni ai livelli ospedaliero, territoriale di prevenzione, diagnosi e cura prestando particolare attenzione alla continuità dell'assistenza e alla sicurezza delle cure.

E' dato acquisito che l'offerta di servizi sanitari sia complessivamente sbilanciata verso le strutture ospedaliere. Uno dei fattori che vengono chiamati in causa è l'assenza o, comunque l'inadeguatezza di risposte sanitarie alternative in ambito extraospedaliero o percepite come tali. Ciò si traduce in inappropriatezza di una quota rilevante dei ricoveri ospedalieri o in un prolungamento dei tempi di degenza oltre i limiti temporali che sarebbero sufficienti alla gestione dell'evento acuto. Il ricorso inappropriato all'ospedale per prestazioni o bisogni che potrebbero trovare soddisfacimento in ambito extraospedaliero rappresenta fattore di consumo di risorse a cui non corrisponde un livello di servizio assicurato con la tempestività e con l'efficacia richiesta.

In relazione alla natura, alla criticità e alla urgenza necessarie occorre quindi ripensare la nostra organizzazione restituendo ai diversi livelli di assistenza, in maniera integrata nel sistema complessivo, un ruolo più appropriato rispetto ai servizi erogabili e in relazione alla migliore risposta da assicurare ai cittadini riguardo alla natura e al livello di complessità e urgenza delle prestazioni necessarie.

Una riprogettazione del sistema di cure ospedaliere può essere impostata tenendo conto di alcuni riferimenti concettuali sui quali si misurano le soluzioni di architettura e di organizzazione complessive del sistema ma anche le soluzioni architettoniche, logistiche, impiantistiche e di dotazioni strumentali e professionali di ogni singolo

stabilimento.

Sul versante complessivo regionale le logiche nell'ambito delle quali si colloca l'organizzazione ospedaliera dell'Azienda sono almeno rappresentate:

- dalla configurazione delle nostre strutture come parte di una rete regionale ospedaliera;
- dalle logiche dell'organizzazione Hub & Spoke
- Organizzazione dipartimentale

Questi riferimenti hanno lo scopo di ripensare il sistema ospedaliero tenendo conto dell'esigenza di promuovere logiche di efficacia nella gestione dei percorsi di cura, di flessibilità nella gestione degli spazi e della logistica, di efficiente utilizzo delle risorse economiche, tecnologiche e professionali disponibili, di costruzione di meccanismi di promozione della qualità organizzativa, tecnico-professionale e relazionale del sistema.

Nella attuale configurazione di presidio ospedaliero unico su più stabilimenti, anche in relazione alla persistenza di lavori e interventi di ammodernamento che comporteranno vincoli logistici in cambiamento, con traguardi da raggiungere per step temporali successivi di particolare significatività nei primi mesi del 2016 e con completamento delle opere e dei trasferimenti entro il 2017, si tiene conto, in questa prima fase delle considerazioni di seguito esposte.

Ogni stabilimento dei tre attualmente operativi non può mantenere i connotati di struttura monolitica e autosufficiente rispetto alla erogazione dei servizi attesi ma deve essere inteso come parte di un sistema integrato dell'Azienda. Ogni stabilimento deve considerarsi come parte di un sistema integrato, a rete, di servizi, professionisti sanitari, livelli di assistenza e percorsi clinico-assistenziali al servizio dei bisogni dei pazienti (integrati tra loro e con le altre strutture ospedaliere e territoriali presenti sul territorio: centri sanitari, Università, rete dei servizi sanitari di base e professionisti operanti nel territorio). Ciò allo scopo di:

- evitare duplicazioni di servizi o processi poco utili,
- realizzare economie di scala per la realizzazione e gestione di servizi primari o di supporto (vedi attività di approvvigionamento di beni, centrali di sterilizzazione, progettazione del sistema informativo, etc.);
- modulare l'intervento sui percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali da assicurare anche in logica di integrazione tra diversi punti di erogazione.
- Realizzare un impatto positivo sul miglioramento del sistema sanitario e del welfare dell'intera Provincia.

Ogni stabilimento dovrebbe essere pensato come capace di presidiare le funzioni fondamentali di base (emergenze, diagnostica di base, interventi di basso-medio livello di complessità...) individuando, allo stesso tempo, possibilità di sviluppo di specifiche vocazioni e livelli di complessità assistenziale più avanzati, al servizio di bacini d'utenza più ampi di quelli "naturali".

L'idea dello stabilimento come parte di un ospedale unico consente, unitamente all'organizzazione e alla reale operatività in dipartimenti, di assicurare certezza e continuità nella gestione dei processi di diagnosi e cura all'interno del singolo stabilimento, nel sistema ospedaliero aziendale e nel rapporto tra questo e servizi territoriali, di promuovere la qualità, la tempestività e la completezza dei servizi alla popolazione anche in bisogni sanitari complessi.

L'integrazione della programmazione, della gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici e della operatività nelle diverse aree (ospedaliera, territoriale, della prevenzione) può essere assicurata tramite l'operatività di gruppi professionali omogenei e attraverso la definizione dei diversi livelli di intensità di cure e di complessità dei percorsi di cura assegnati all'Ospedale nel sistema integrato aziendale.

## Individuazione della vocazione specifica degli stabilimenti dell'ospedale unico

Individuate le funzioni elementari specialistiche disciplinari, il modello organizzativo applicabile e sostenibile, nella realtà aziendale in progress per quanto attiene al completamento degli interventi sulle strutture, può essere configurato nella maniera seguente per differenti fasi evolutive.

Situazione:

- in corso interventi di completamento nelle dotazioni tecnologiche e arredi dello stabilimento Sirai con particolare riferimento all'allestimento del nuovo quartiere operatorio con 4 sale; il completamento è previsto entro il 2015.
- In corso lavori di ristrutturazione e completamento dello stabilimento CTO che prevedono:
  - Completamento nuovi reparti di degenza per acuti: settembre 2015
  - Completamento nuovo blocco operatorio con 4 sale: febbraio 2016
  - Realizzazione centrale gas medicali e disponibilità per l'esercizio nuove degenze e blocco operatorio: febbraio 2016;
  - Allestimento Pronto Soccorso temporaneo: febbraio 2016
  - Completamento nuovo pronto soccorso e terapia intensiva: settembre 2016
  - Completamento ristrutturazione vecchio corpo per degenze e laboratorio analisi: luglio 2017
- Riconnotazione dello stabilimento Santa Barbara per attività diurne territoriali, e lungodegenza in evoluzione verso Ospedale di Comunità: in progress da marzo 2016.

In questo scenario le indicazioni regionali in merito alla definizione della rete ospedaliera regionale devono essere assunti come riferimento per la riprogettazione della distribuzione dei servizi tenendo conto: delle decisioni e indicazioni riguardo alla collocazione del DEA di I livello presso uno degli stabilimenti aziendali che condizionerà le decisioni in merito alla allocazione dei servizi per l'emergenza-urgenza e per le attività programmate e in elezione secondo la seguente ipotesi di massima a regime:

- individuazione dello stabilimento Sirai come sede del DEA di 1° livello e centro di riferimento del territorio per le attività di emergenza-urgenza e alta complessità di cura;
- configurazione dello stabilimento CTO come sede delle attività di ricovero ospedaliero per prestazioni programmate e di completamento dei servizi del DEA di 1° livello non ospitabili presso il SIRAI e compatibili con il possesso dei requisiti di accreditamento istituzionale (Ostetricia e Ginecologia, Polo Pediatrico, Otorinolaringoiatria, oculistica).
- individuazione dello stabilimento Santa Barbara per le attività ospedaliere di lungodegenza, per la sistemazione delle attività territoriali di diagnosi e cura e prevenzione, per una sperimentazione di alto profilo di Casa della Salute, per l'ospedale di Comunità.

In questa fase, in progressione coerente con il procedere dei lavori, si reputano attuabili i seguenti interventi:

- Trasferimento della chirurgia generale dal Santa Barbara al CTO: entro febbraio 2016
- Trasferimento del reparto di medicina dal Santa Barbara al CTO: entro febbraio 2016
- Istituzione di polo pediatrico, presso lo stabilimento CTO, risultante dalla riallocazione della Chirurgia pediatrica, della Pediatria dal Santa Barbara e della Neuropsichiatria infantile del Sirai: entro febbraio 2016
- Ricollocazione del magazzino farmaceutico dal Crobu in destinazione attualmente allo studio;
- Ricollocazione temporanea, nelle more del completamento dei lavori al CTO, della riabilitazione presso il Santa Barbara con riattivazione del previsto reparto di degenza;

- Istituzione del centro Donna Aziendale presso lo stabilimento CTO;
- Riconfigurazione del laboratorio di analisi unico aziendale presso il CTO;
- Mantenimento di un unico punto nascita aziendale. Da segnalare che se al momento le migliori condizioni logistiche possono essere individuate presso l'ospedale Sirai, al completamento dei lavori presso il CTO sarebbe disponibile un reparto specificamente progettato e realizzato per il polo ostetrico-pediatrico che presenterebbe i migliori connotati dal punto di vista ergonomico complessivo.

A regime, a conclusione del percorso si realizzerebbe uno scenario caratterizzato da:

- ✚ disponibilità di due stabilimenti (Sirai e CTO) per l'esercizio delle attività di cure ospedaliere per acuti con rispettiva specifica destinazione di sede di DEA di I livello e di stabilimento per le attività programmate. In entrambi gli stabilimenti si configurerebbe un'organizzazione logistica delle degenze e una gestione dei percorsi di cura basati su un approccio multidisciplinare e multiprofessionale dipartimentale;
- ✚ permanenza presso lo stabilimento Santa Barbara delle attività di lungodegenza e configurazione del medesimo come sede di Casa della Salute di livello avanzato con Ospedale di Comunità;
- ✚ chiusura e alienazione dello stabilimento Crobu;

E' evidente, da un lato, quali spazi di miglioramento delle performances clinico assistenziali e quali possibilità di trasferimento di risorse andrebbero a determinarsi per significativi investimenti sui servizi e sulle strutture territoriali.

In questo contesto, in linea con gli obiettivi specifici assegnati dalla DGR 1/14 del 13 gennaio 2015, la direzione aziendale intende valutare gli impatti determinati dal piano estivo delle attività, anche perseguendo il mantenimento delle azioni che si siano rivelate sostenibili, senza pregiudizio per la qualità dei servizi ai cittadini se non con un obiettivo miglioramento delle performance oggettivamente rilevate o potenzialmente perseguibili.

In particolare :

- accentramento delle emergenze presso l'ospedale SIRAI previo conferma degli accordi già assunti con la Centrale Operativa dal 118 sul trasferimento dei casi;
- operatività di un unico punto nascita con mantenimento della unificazione delle dotazioni professionali mediche, ostetriche e infermieristiche e promozione dello sviluppo di prestazioni sinora non assicurate;
- Gestione integrata delle degenze della medicina e della neurologia del SIRAI;
- accorpamento delle degenze e gestione integrata dell'assistenza per la chirurgia pediatrica e per la pediatria presso l'ospedale Santa Barbara;
- Gestione integrata delle attività delle due ortopedie del Sirai e del CTO con separazione delle attività di emergenza e dell'elezione.
- 

### Possibili prospettive future

Vale la pena di segnalare che il Piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari redatto già dallo scorso mese di marzo ai sensi dell'art. 9, comma 5 della Legge Regionale 23/2014 ipotizzava, riprendendo un'ipotesi già oggetto di attenzione da diversi anni, che il territorio potesse essere interessato dalla realizzazione di un nuovo ospedale, in posizione baricentrica tra i due centri urbani principali, capace di soddisfare l'intera domanda di prestazioni ospedaliere.

Lo scenario configurabile in questa ipotesi può essere, sinteticamente il seguente:

- disponibilità di un nuovo ospedale per acuti di 250-260 posti letto realizzato in posizione baricentrica rispetto al territorio del Sulcis-Iglesiente;
- riconfigurazione dei due stabilimenti Sirai e CTO come "cittadelle della salute", in continuità e integrazione con l'ospedale per acuti, ospitanti l'intero sistema delle cure extraospedaliere di prevenzione, diagnosi e cura,

l'ospedale di Comunità, il sistema direzionale e amministrativo aziendale, i presidi territoriali centrali per le emergenze, le centrali territoriali per l'Assistenza Domiciliare, il sistema delle attività di supporto sociale;

- configurazione delle case della salute di Giba, Carloforte, Fluminimaggiore e Sant'Antioco come "spoke" delle due cittadelle della salute in collegamento e continuità organizzativa e operativa con le medesime;
- alienabilità dell'insieme delle strutture ricollocabili nel patrimonio disponibile a seguito dell'intervento, in particolare:

 Il Crobu, già citato;

 lo stabilimento Santa Barbara;

 la sede direzionale in Via Dalmazia a Carbonia;

 la sede del Dipartimento di Prevenzione e del Servizio Farmaceutico territoriale in via Costituente a Carbonia;

 La sede del distretto/poliambulatorio di Piazza San Ponziano a Carbonia;

 la sede del servizio di continuità assistenziale/servizi medici e veterinari di Igiene degli Alimenti di Piazza Cagliari a Carbonia;

 la sede del consultorio familiare e Centro Screening di Via Brigata Sassari a Carbonia;

 la sede del servizio Igiene degli Allevamenti di via Brigata Sassari a Carbonia;

 la sede del consultorio familiare di Iglesias ospitato in locazione da privati;

 la sede del Dipartimento di Prevenzione e Servizio dei Sistemi Informativi di via Gorizia a Iglesias.

Rimane impregiudicato il mantenimento di ulteriori strutture territoriali periferiche (Case della Salute e strutture polispécialistiche territoriali) in relazione al complessivo fabbisogno di punti di erogazione di prestazioni a livello locale e/o comunale da verificare.



## **AZIENDA SANITARIA LOCALE CARBONIA-IGLESIAS**



### **LE ATTIVITA' AZIENDALI ALLA LUCE DELLA BOZZA DI PIANO REGIONALE SULLA RETE OSPEDALIERA**

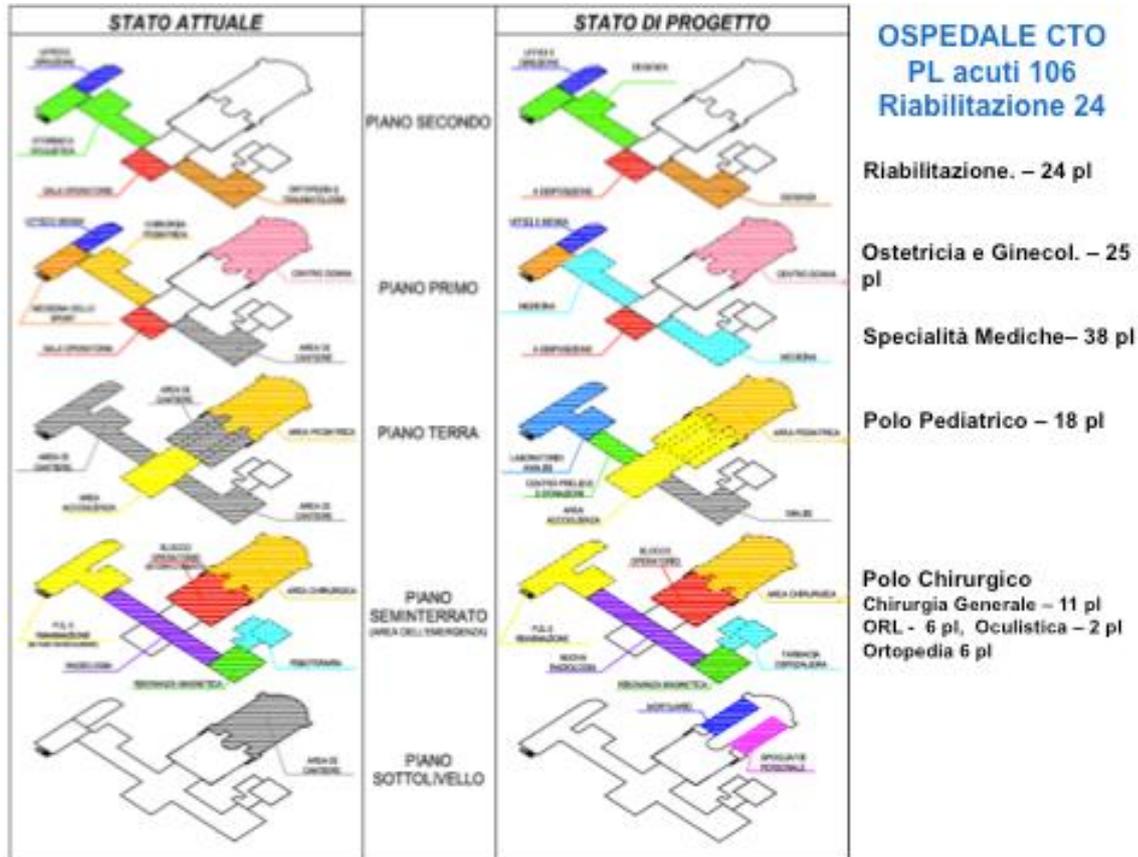
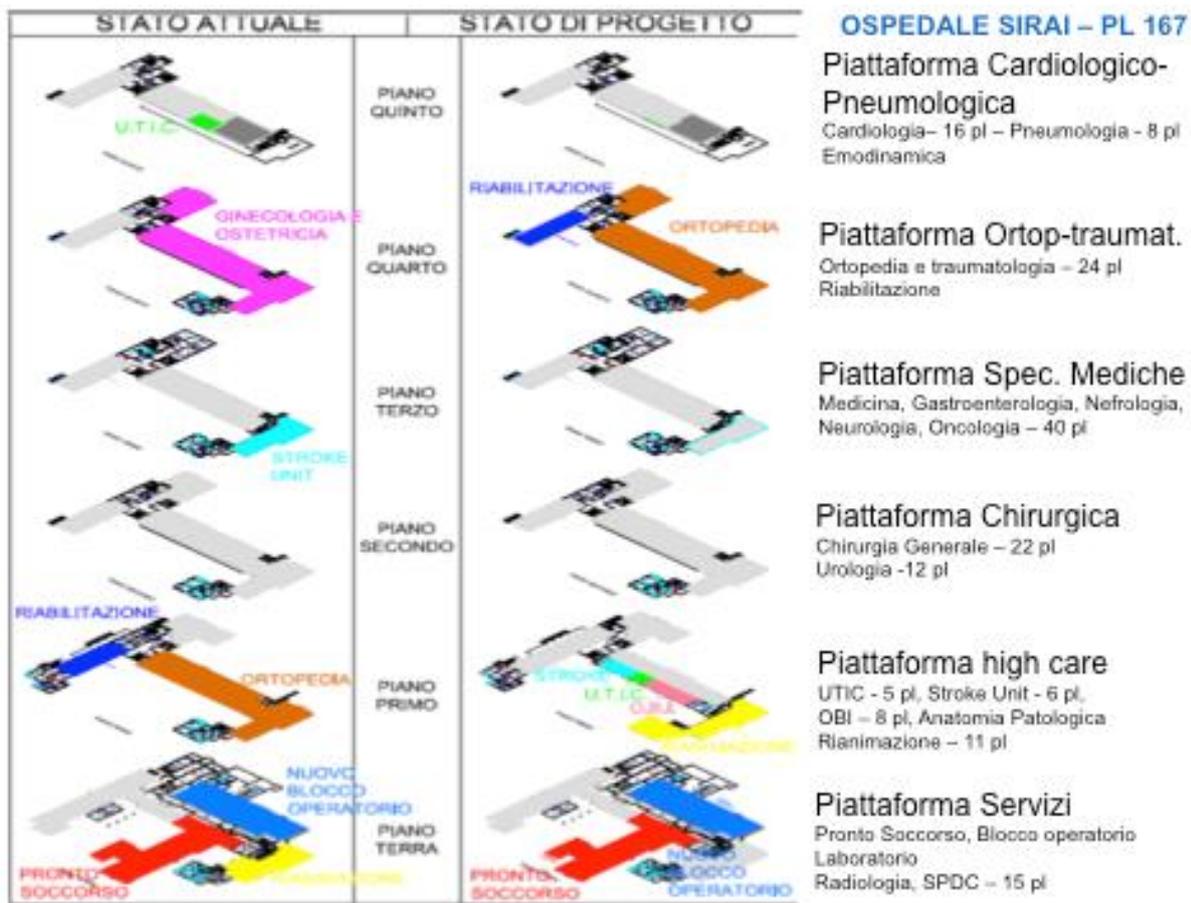


Carbonia 7 agosto 2015

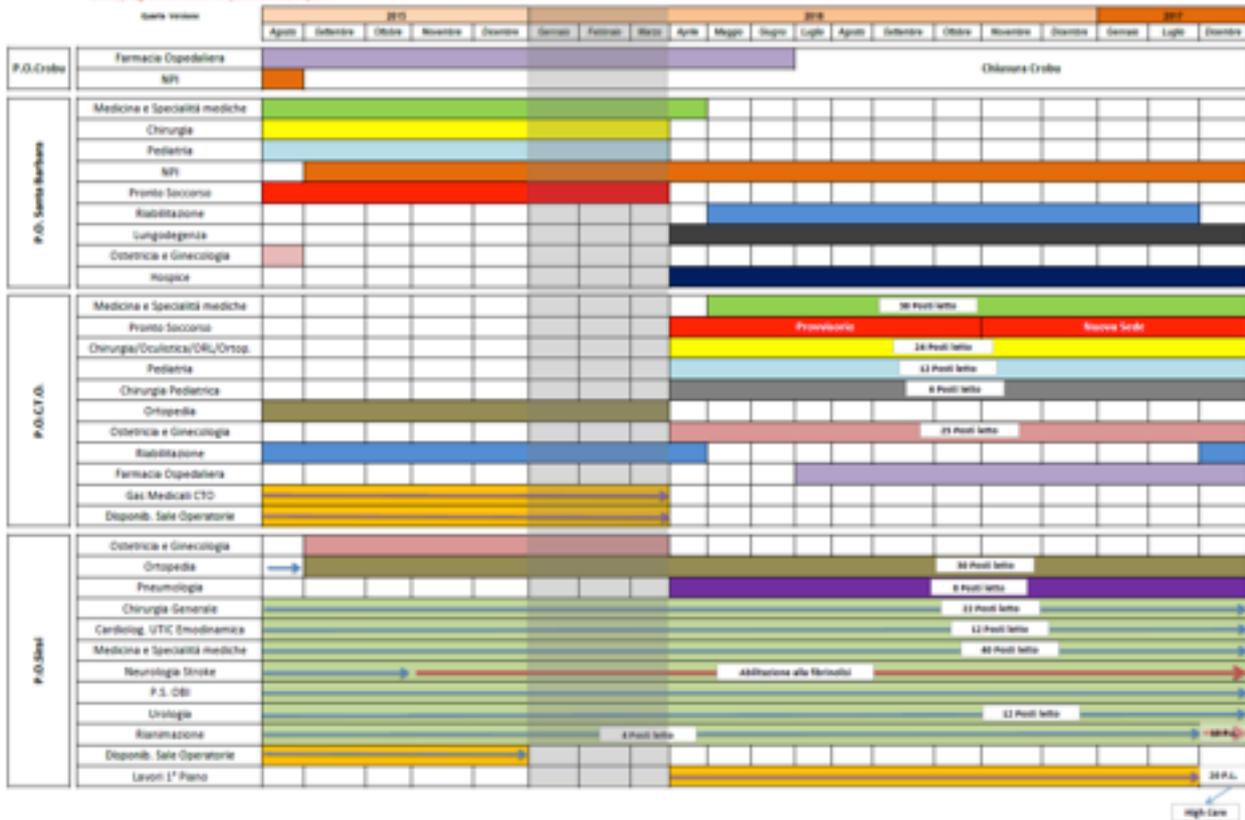
## **OBIETTIVI**

**FAVORIRE LO SVILUPPO DI UN SISTEMA DI RETE DELL'OFFERTA OSPEDALIERA NEL TERRITORIO PROVINCIALE CON PROGRESSIVA RIDISTRIBUZIONE DELLE ATTIVITA' EROGATE, PRIVILEGIANDONE GLI ASPETTI DI APPROPRIATEZZA E DI QUALITA' PROFESSIONALE ED ORGANIZZATIVA INSIEME AD UN BUON LIVELLO DI SODDISFAZIONE DA PARTE DEL CITTADINO**

- definire e qualificare la domanda attesa di prestazioni ospedaliere
- stabilire, attraverso l'analisi delle performance degli erogatori, standard per il ricovero ordinario e diurno
- riduzione dei DRG potenzialmente inappropriati
- redistribuzione della casistica in base alla complessità
- recupero della mobilità passiva



Cronoprogramma lavori e spostamento reparti



## I RISULTATI ATTESI

- Progressivo recupero della mobilità passiva con assegnazione di obiettivi specifici a partire dalla negoziazione di budget per il 2016;
- Riqualificazione delle prestazioni erogate in ambito chirurgico con intensificazione delle attività e conseguente governo e riduzione dei tempi di attesa;
- Miglioramento della sicurezza e del setting assistenziale del percorso nascita e dell'assistenza al parto con offerta attiva e universale della partoanalgesia;
- Adozione di percorsi diagnostico-terapeutici specifici e differenziati per emergenza ed elezione;
- Potenziamento della rete di offerta territoriale e qualificazione delle Case della Salute;
- Dismissione dello stabilimento Crobu