



DATI DEL CAMPO		CAMPO DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI	
INDELAZIONE CONI	<b>TERRITORIO</b>	<b>INDIVIDUAZIONE DEL CAMPO</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tutto il territorio provinciale</li> </ul>	<p>Il settore sanitario si articola in diversi servizi erogati da organismi pubblici e privati: strutture sanitarie, istituzioni non profit, studi medici privati. La dimensione complessiva del settore è di difficile individuazione, soprattutto in merito alle attività del settore privato e del terzo settore che pure hanno un notevole impatto sociale ed economico. L'analisi delle dinamiche di domanda e offerta si basa sullo spazio regionale, focalizzando successivamente la dimensione provinciale.</p>	
	<b>ORGANISMI</b>	<b>ANALISI DEI PROCESSI</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ass.to Reg e Prov. All'Igiene Sanità e Assistenza Sociale</li> <li>▪ Comuni e Unioni di comuni</li> <li>▪ Azienda ASL</li> <li>▪ Associazioni di categoria</li> <li>▪ Imprese</li> </ul>	<p>I percorsi normativi di riforma riguardanti il settore sanitario e assistenziale e il decentramento amministrativo, con la conseguente attribuzione di competenze in materia agli enti locali, sta determinando la riorganizzazione del settore a diversi livelli territoriali. Si assiste, in generale, ad una progressiva razionalizzazione delle risorse utilizzate e delle attività erogate, suggerita dalla crescente attenzione ai bisogni degli utenti e dalla necessità di contenere la spesa sanitaria. In Sardegna, come nel resto d'Italia, si riscontra una diminuzione del numero di posti letto, del tasso di ospedalizzazione e della degenza media ed un crescente ricorso al day-hospital.</p> <p>Nella comparazione con i dati nazionali, di natura puramente quantitativa, la domanda e l'offerta sanitaria regionale mostrano una situazione positiva con una buona dotazione infrastrutturale e una domanda più contenuta.</p> <p>La dimensione del settore è rilevabile principalmente attraverso le attività erogate dalle strutture sanitarie e assistenziali pubbliche e accreditate.</p> <p>In Sardegna, i parametri mostrano una situazione positiva, nel confronto con i dati nazionali, per quanto riguarda i posti letto in rapporto alla popolazione (5,5 per 1.000 rispetto a 4,6), il tasso di ospedalizzazione (153,5 rispetto a 163,5), la durata media della degenza (7,2 rispetto a 7,7); mentre risultano inferiori alla media nazionale il tasso di utilizzo dei posti letto (60,9 rispetto a 75,6), il rapporto medico per abitanti (1,8 per 1.000 rispetto a 1,9), medico per posti letto (35,9 per 100 rispetto a 41,8), personale sanitario ausiliario per posti letto (79,2 per 100 rispetto a 101,9). Risulta elevata anche la presenza di ambulatori e laboratori per 100.000 abitanti (30,5 rispetto al dato nazionale pari a 24) e i posti letto per 100.000 abitanti nei reparti di geriatria, ostetricia-ginecologia e pediatria<sup>1</sup>.</p> <p>Relativamente alla Provincia di Oristano si rilevano parametri superiori alla media regionale e nazionale per quanto riguarda il rapporto medico di base/popolazione e medico di guardia /popolazione, che sembra rivelare una correlazione positiva tra servizio di medicina di base e di guardia e presenza di molti piccoli comuni diffusi su tutto il territorio provinciale (come mostra la disaggregazione per ambiti territoriali in cui il rapporto medico per abitanti è estremamente variabile, soprattutto in presenza di comuni di piccole dimensioni).</p> <p>Nel complesso, l'offerta provinciale in rapporto al numero di abitanti mostra buoni valori quantitativi. Per quanto concerne la distribuzione geografica dei servizi sanitari (ad esclusione dei servizi di medicina di base e di guardia, dei poliambulatori e dei consultori pubblici), tutti gli altri servizi sono concentrati prevalentemente nel distretto sanitario di Oristano e soprattutto nel capoluogo: associazioni di volontariato dotate di autoambulanza, i laboratori di analisi, gli studi specialistici convenzionati, i centri di riabilitazione.</p> <p>La dimensione del volontariato nel campo dei servizi sanitari è, invece, contenuta rispetto alla popolazione residente e alla partecipazione riscontrata nelle</p>	
	<b>SETTORI</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servizi Socio- Sanitari e assistenziali,</li> <li>▪ Trasporti,</li> <li>▪ Tecnologie dell'Informazione e Comunicazione</li> <li>▪ Alta Formazione e Ricerca Scientifica,</li> <li>▪ Insedimenti</li> <li>▪ Ambiente</li> <li>▪ Turismo</li> </ul>		
	<b>CAMPI</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servizi Socio-assistenziali,</li> <li>▪ Trasporti,</li> <li>▪ Tecnologie dell'Informazione e Comunicazione</li> <li>▪ Alta Formazione e Ricerca,</li> <li>▪ Insedimenti</li> </ul>		
	<b>NORMATIVA E STATO DELLA PIANIFICAZIONE</b>		
	<p><b>Comunitaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programma d'azione comunitaria in materia di sanità pubblica 2003/08 (Decisione 1786/2002/CE)</li> <li>▪ Programma d'azione comunitario sulle malattie rare 1999/03 (Decisione 125/99/CE)</li> <li>▪ Trattato di Amsterdam - Art 152</li> <li>▪ COM (98)230 (sull'evoluzione della politica in materia di pubblica sanità nell'ambito della Comunità europea)</li> <li>▪ COM (2000) 285 (Strategia della Comunità Europea in materia Sanitaria)</li> <li>▪ Libro bianco sulla</li> </ul>		

<sup>1</sup> ISTAT, Annuario Statistico Italiano, 2003. I dati riportati si riferiscono al 2000



<p>sicurezza alimentare (12/01/00)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Nazionale</b></li> <li>▪ Piano Sanitario Nazionale 2003-05</li> <li>▪ L.833/78 (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale)</li> <li>▪ D.Lgs. 502/92 (Riordino della disciplina in materia sanitaria)</li> <li>▪ D.M. 15/10/96 “Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e umanizzazione dell’assistenza, il diritto all’informazione, alle prestazioni alberghiere,, nonché l’andamento delle attività di prevenzione delle malattie”</li> <li>▪ D.Lgs 112/98 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali)</li> <li>▪ D.Lgs 502/92 (Riordino della disciplina in materia sanitaria)</li> <li>▪ <b>Regionale</b></li> <li>▪ L.R.5/95 (Norme di riforma del servizio sanitario regionale)</li> <li>▪ L.R. 30/98 (Norme in materia di esercizio delle funzioni di igiene e sanità pubblica)</li> </ul>
<p><b>PROGRAMMAZIONE E INTERVENTI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In attesa del nuovo piano sanitario regionale</li> </ul>
<p><b>CASI DI RIFERIMENTO</b></p>
<p><b>FONTI DOCUMENTALI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RAS - Ass.to All’Igiene, Sanità e Assistenza Sociale,</li> <li>▪ Osservatorio Industriale</li> <li>▪ Annuario Statistico Italiano,</li> <li>▪ Azienda ASL n. 5</li> </ul>

altre province, interessa infatti lo 0,5% della popolazione rispetto a una media regionale dell’1%<sup>2</sup>. Per quanto concerne il numero di istituzioni e organismi privati operanti nel settore, non si dispone di dati puntuali, è possibile solo rilevare una elevata crescita generalizzata del numero di istituzioni e del numero di persone coinvolte.

**La qualità del servizio**

All’interno del processo di riforma della sanità, un’attenzione particolare è dedicata alla qualità delle prestazioni. Il grado di soddisfazione dell’utenza sarda rispetto alla media nazionale è più elevato per quanto concerne la durata dell’attesa, mentre è minore il numero di persone che ritiene comodi gli orari della ASL. Relativamente ai servizi ospedalieri, sono stati espressi giudizi positivi in merito all’assistenza infermieristica, mentre il numero di persone “molto soddisfatte” dell’assistenza medica (30,7%) e dei servizi igienici (23,4%) è più bassa rispetto alla media nazionale (rispettivamente 35,8% e 25,9%)<sup>3</sup>.

L’indagine sperimentale condotta a livello regionale (basata sull’unità minima di competenza sanitaria: aziende ASL), rivela che nei presidi ospedalieri della provincia di Oristano vengono effettuate periodicamente indagini sulla soddisfazione dell’utenza (pazienti e familiari). Relativamente ad altri indicatori strutturali che incidono sulla qualità delle prestazioni, risultano presenti 21 posti letto in camere con servizi igienici riservati e la prevalenza di camere poco affollate (il 57% non supera i due posti letto). Nei reparti di pediatria non sono presenti spazi disponibili per attività ricreative. In tutti i presidi è possibile prenotare la scelta tra più opzioni del menù. Si rileva, inoltre, l’assenza di punti vendita per accessori alla persona e per l’acquisto di giornali o riviste. Per le visite ai degenti sono riservate due ore giornaliere. Per quanto concerne l’aspetto comunicativo, esistono procedure per le comunicazioni con il medico di base, atte a garantire la continuità terapeutica e con i familiari, a garanzia del diritto di informazione e di scelta. In tutti i presidi viene distribuito materiale informativo sull’unità ospedaliera e sui regolamenti. 10 giorni è il tempo medio per la consegna della cartella clinica al paziente, inferiore alla media regionale (11)<sup>4</sup>.

L’Azienda ASL n. 5 è articolata in tre distretti: Ales, Oristano e Ghilarza tra cui sono distribuiti i servizi sanitari.

**PROBLEMATICHE**

Il settore è particolarmente complesso, sia in relazione al tipo di servizio offerto che alla varietà di soggetti coinvolti nell’erogazione del servizio, soprattutto in riferimento alla componente privata. Non è dunque possibile disegnare la capillarità dei servizi socio-sanitari nel territorio provinciale, se non in termini di servizio pubblico (o privato in convenzione). La stessa difficoltà si riscontra nell’analisi del servizio socio-assistenziale. La necessità di monitorare il fenomeno si scontra con la mancanza di dati relativamente proprio al settore privato: studi medici, associazioni di volontariato, organismi no profit, etc. A ciò si aggiunga il ritardo nella pianificazione del settore a livello regionale, essendo ancora in vigore il piano sanitario del 1985.

La programmazione sanitaria è fondamentale per l’attività di prevenzione e di adeguamento ai cambiamenti della domanda legati sia a fattori propriamente sanitari che demografici e socio-culturali; lo sviluppo turistico, ad esempio, richiede un’adeguata risposta nell’organizzazione sanitaria (ambulanze, pronto soccorso, guardie mediche, etc.)

La polarizzazione di alcuni servizi nel capoluogo obbliga agli spostamenti

<sup>2</sup> Nostre elaborazioni su dati Istat “Primo rapporto sul non profit), 1999.  
<sup>3</sup> ISTAT, indagine campionaria sugli utenti che si sono recati alla ASL in “Indicatori socio-sanitari”, 2003  
<sup>4</sup> Fonte: Regione Sardegna, Ass.to dell’Igiene e Sanità e dell’Assistenza Sociale.



<p>gravando maggiormente sulla parte di popolazione più debole (anziani e ammalati). Le tendenze della popolazione all'aumento dell'indice di vecchiaia e l'elevato indice di dipendenza richiedono un'attenzione particolare alle esigenze sanitarie di questa fascia di utenti che costituisce una percentuale rilevante della popolazione complessiva dei piccoli comuni.</p> <p>Il sistema dei trasporti appare cruciale per garantire l'accessibilità ai centri sanitari, sia internamente che esternamente alla provincia, così da garantire un ventaglio di offerta più ampio possibile che copra tutti i servizi sanitari erogabili e massimizzi la scelta.</p>	
<b>ANALISI SWOT</b>	
<b>FORZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La presenza di tre strutture ospedaliere (di cui una in un centro minore) che adottano una politica di attenzione alla qualità del servizio e alla soddisfazione dell'utente;</li> <li>▪ Buon numero di medici di base e di medici di guardia in rapporto alla popolazione;</li> </ul>
<b>DEBOLEZZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficoltà di conoscenza della dimensione del fenomeno relativamente alla componente privata;</li> <li>▪ Concentrazione della maggior parte dei servizi nel capoluogo e ripartizione disomogenea per distretti sanitari;</li> </ul>
<b>MINACCE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concorrenza con le altre ASL fuori provincia che in relazione al numero di utenti e ai maggiori finanziamenti possono risultare più efficienti;</li> <li>▪ Tendenza alla polarizzazione interna ed esterna alla provincia</li> <li>▪ Processo di razionalizzazione della spesa sanitaria</li> </ul>
<b>OPPORTUNITÀ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posizione geografica della provincia: accesso ai servizi ospedalieri delle altre province;</li> <li>▪ Crescita del settore socio-assistenziale e di associazioni di volontariato e non-profit che integrano la rete dei servizi socio-sanitari;</li> <li>▪ Accessibilità: rete viaria, trasporti pubblici e nuove tecnologie;</li> <li>▪ Nuove tecnologie per assicurare capillarità e continuità del servizio e per una migliore razionalizzazione della spesa sanitaria;</li> <li>▪ Processo di razionalizzazione della spesa sanitaria</li> </ul>
<b>LINEE GUIDA</b>	
<p><b>Obiettivi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promuovere un'efficiente rete di servizi sanitari attraverso una maggiore accessibilità e distribuzione dei servizi nel territorio e integrazione fra i diversi attori dell'offerta sanitaria e assistenziale;</li> </ul> <p><b>Ipotesi di intervento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monitoraggio delle evoluzioni sociali e demografiche al fine di rilevare nuovi bisogni, carenze ed emergenze, in particolare per indagare la domanda sanitaria, in considerazione del tendenziale aumento della popolazione anziana, delle esigenze dei soggetti colpiti da handicap, dell'intensificarsi del fenomeno turistico.</li> <li>▪ Predisposizione di un piano provinciale per i servizi integrati socio-sanitari e assistenziali con il coinvolgimento degli attori pubblici e privati interessati;</li> <li>▪ Promuovere l'innovazione del settore attraverso il ricorso alle nuove tecnologie per la diffusione dell'informazione e per il superamento degli ostacoli geografici, ad esempio, attraverso la realizzazione di reti per il soccorso e l'assistenza, a garanzia di una più intensa capillarità ed efficienza del settore.</li> </ul>	

