

Allegato 1

ASL ORISTANO
Programma Sanitario Triennale 2023-2025

Sommario

Parte I - Il contesto di riferimento	3
A. Elementi identificativi dell'azienda sanitaria	3
B. Missione e visione dell'Azienda Sanitaria	5
C. Contesto territoriale e demografico	8
C.1 Il contesto epidemiologico	13
C.2 Il territorio e la distribuzione delle strutture	21
D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria	24
Parte II - La Programmazione sanitaria triennale	27
A. Indirizzi strategici aziendali	27
B.1 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica. Offerta di prestazioni e servizi	28
B.2 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa	35
B.3 Area dell'assistenza distrettuale. Offerta di prestazioni e servizi	43
B.4 Area dell'assistenza distrettuale - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa	57
B.5 Area dell'assistenza ospedaliera. Offerta di prestazioni e servizi	74
B.6 Area dell'assistenza ospedaliera - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa	81
B.7 Obiettivi strategici trasversali	84
Parte III - La Programmazione economica-patrimoniale	87

Parte I - Il contesto di riferimento

A. Elementi identificativi dell'azienda sanitaria

L'Azienda Sanitaria Locale n.5 di Oristano venne costituita una prima volta il 01.10.1995 ai sensi della LR n.5 del 26.01.1995. A decorrere dal 01.01.2017 è stata accorpata all'Azienda per la Tutela della Salute ai sensi della LR n. 23 del 17.11.2014 e della LR n. 17 del 27.07.2016 e trasformata in Area Socio Sanitaria Locale.

La Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020, di riforma del Sistema Sanitario della Regione Sardegna, prevede che mediante scorporo della Azienda per la Tutela della Salute siano costituite: l'Azienda Regionale della Salute Ares, n. 8 Aziende Socio Sanitarie Locali ASL, tra le altre l'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 5 di Oristano, l'Azienda di rilievo nazionale di alta specializzazione G. Brotzu Arnas, n.2 Aziende Ospedaliere Universitarie AOU di Cagliari e Sassari, l'Azienda Regionale di Emergenza e Urgenza Areus e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna IZS.

L'art. 47 comma 12 della LR n. 24 del 2020 prevedeva la loro costituzione a decorrere dal 01.01.2021, tuttavia sono stati prorogati i termini di dodici mesi per effetto dell'art 6 della LR n. 32 del 23.12.2020.

Con Delibera della G.R. n. 46/28 del 25.11.2021 è stata costituita l'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) n.5 di Oristano a far data dal 01.01.2022 e individuata la sua sede legale nella via Carducci 35 di Oristano.

L'art.3 della citata legge regionale n. 24 di riforma del SSR dispone che "è istituita l'Azienda regionale della salute (ARES) per il supporto alla produzione di servizi sanitari e socio-sanitari, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile. L'ARES svolge la propria attività nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità." Con le seguenti funzioni in maniera centralizzata:

- a) centrale di committenza per conto delle aziende sanitarie e ospedaliere della Sardegna ai sensi degli articoli 38 e 39 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici) e successive modifiche ed integrazioni, con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità. Nell'esercizio di tale funzione può avvalersi della centrale regionale di committenza di cui all'articolo 9 della legge regionale 29 maggio 2007, n. 2 (legge finanziaria 2007), e successive modifiche ed integrazioni. Resta salva la facoltà di tutte le aziende di procedere direttamente all'acquisizione di beni e servizi nei limiti di quanto previsto dall'articolo 37 del decreto legislativo n. 50 del 2016;
- b) gestione delle procedure di selezione e concorso del personale del Servizio sanitario regionale, sulla base delle esigenze rappresentate dalle singole aziende; può delegare alle aziende sanitarie, sole o aggregate, le procedure concorsuali per l'assunzione di personale dotato di elevata specificità;
- c) gestione delle competenze economiche e della gestione della situazione contributiva e previdenziale del personale delle aziende sanitarie regionali;
- d) gestione degli aspetti legati al governo delle presenze nel servizio del personale;

- e) omogeneizzazione della gestione dei bilanci e della contabilità delle singole aziende ivi compreso il sistema di internal auditing;
- f) omogeneizzazione della gestione del patrimonio;
- g) supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale;
- h) procedure di accreditamento ECM;
- i) servizi tecnici per la valutazione delle tecnologie sanitarie (Health technology assessment - HTA), servizi tecnici per la fisica sanitaria e l'ingegneria clinica;
- j) gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;
- k) progressiva razionalizzazione del sistema logistico;
- l) gestione della committenza inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati sulla base dei piani elaborati dalle aziende sanitarie;
- m) gestione degli aspetti economici e giuridici del personale convenzionato;
- n) tutte le competenze in materia di controlli di appropriatezza e di congruità dei ricoveri ospedalieri di qualunque tipologia, utilizzando metodiche identiche per tutte le strutture pubbliche e private. Il valore dei ricoveri giudicati inappropriati è scontato dalle spettanze alla struttura interessata al pagamento immediatamente successivo alla notifica del giudizio definitivo di appropriatezza.

L'art. 9 della legge regionale n. 24 del 2020 dispone che "Le Aziende socio-sanitarie locali (ASL) assicurano, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera". "Le ASL hanno personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione; la loro organizzazione e il loro funzionamento sono disciplinati dall'atto aziendale".

La sede Legale della Azienda socio-sanitaria locale di Oristano è in via Carducci n. 35, 09170 Oristano (OR), P.IVA/C.F.: 01258180957. Il sito ufficiale dell'Azienda è "www.nuovo.asloristano.it", PEC: protocollo@pec.asloristano.it

Il logo aziendale è il seguente:



B. Missione e visione dell'Azienda Sanitaria

L'azienda sanitaria di Oristano, assume come principi generali della propria missione la promozione, il mantenimento e il miglioramento della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente, a qualsiasi titolo, nel proprio ambito di competenza territoriale, al fine di consentire la migliore qualità della vita possibile e la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza mediante programmi e azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio-assistenziale nazionale e regionale, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza, economicità, adeguatezza e qualità.

In quanto promotrice di politiche per la tutela della salute nella più ampia accezione, la ASL di Oristano ricerca il contributo dell'insieme degli attori, istituzionali e non, capaci di contribuire al raggiungimento dei propri obiettivi; a tal fine valorizza lo strumento della programmazione partecipata con gli Enti Locali nell'ambito della Conferenza Territoriale sanitaria e socio-sanitaria, con gli organismi di rappresentanza dei cittadini e con le Organizzazioni Sindacali.

L'azienda soddisfa i bisogni di salute della popolazione attraverso specifici interventi sanitari nell'ambito del sistema di cure, organizzando direttamente, o acquisendo presso altre strutture pubbliche o private accreditate, le prestazioni sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo appropriato la domanda espressa da tali bisogni.

Nel perseguimento dei propri scopi istituzionali, l'Azienda conforma la propria azione ai seguenti principi:

- centralità della persona, intesa sia come singolo soggetto, autonomo, responsabile e capace, sia come associazione di persone in comitati o enti impegnati nel settore socio-sanitario, con costante riferimento alla comunità locale e promozione e garanzia di partecipazione dei cittadini e di coordinamento con il sistema degli Enti Locali;
- rispetto della dignità umana, dell'equità e dell'etica professionale;
- perseguimento dei LEA uniformi nel territorio, al fine di ridurre le diseguaglianze nell'accessibilità e fruibilità dei servizi, favorendo l'accesso alle prestazioni da parte degli utenti in modo libero e capillare, con particolare riguardo alle categorie più deboli;
- implementazione delle metodologie del governo clinico, quale strumento per tradurre nella pratica i temi della medicina basata sulle evidenze, dell'appropriatezza e dell'efficacia;
- valorizzazione delle risorse umane volta al massimo sviluppo della professionalità (sviluppi di carriera, formazione, aggiornamento professionale, sistema premiante, ecc.) in un contesto

organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori, nonché di favorirne la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti;

- promozione dell'umanizzazione dell'assistenza alle persone sofferenti nel rispetto della qualità della vita degli ammalati e dei loro familiari;
- rispetto del principio di trasparenza dell'azione amministrativa, attraverso l'adozione di strumenti finalizzati a snellire i processi decisionali e a semplificare i procedimenti amministrativi di competenza e, pertanto, a rendere visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati;
- implementazione del necessario e stretto collegamento tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale e della indispensabile integrazione tra assistenza sanitaria e sociale;
- sostenibilità economica dei servizi offerti attraverso la programmazione dell'uso delle risorse disponibili, secondo priorità dettate dal soddisfacimento dei bisogni fondamentali di salute, dall'evidenza scientifica dell'efficacia degli interventi e dalla garanzia di continuità ed integrazione delle risposte;
- individuazione del sistema *budgetario* quale strumento fondamentale di responsabilizzazione sugli obiettivi, sui risultati e sull'adeguato impiego delle risorse, la verifica costante dei risultati raggiunti e il miglioramento permanente degli standard qualitativi;
- costante rafforzamento delle politiche aziendali di valorizzazione dei principi del buon andamento e della legalità, attraverso la cura delle buone pratiche amministrative, il monitoraggio delle aree a maggior rischio corruttivo, nell'accezione lata che ne danno la L. 190/2012 e le disposizioni collegate;
- sviluppo dei processi di assunzione delle complete responsabilità connesse al proprio ruolo professionale, del rispetto delle pari opportunità, della cura di meccanismi di individuazione e immediato sradicamento di comportamenti discriminatori o contrari al benessere organizzativo.

L'organizzazione e il funzionamento dell'azienda nonché l'attività delle diverse strutture organizzative sono improntate ai seguenti criteri:

- integrazione tra strutture/servizi/unità organizzative, caratterizzate da una diffusa interdipendenza nello sviluppo dei processi di assistenza, secondo una logica organizzativa di tipo reticolare e attraverso l'adozione di soluzioni organizzative-gestionali di processo;
- efficienza produttiva, intesa come corretto e razionale utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse umane, tecnologiche e strumentali a disposizione;

- efficacia interna (raggiungimento degli obiettivi prefissati in sede di programmazione) ed esterna (soddisfacimento dei bisogni assistenziali della popolazione di riferimento);
- orientamento al dinamismo inteso come sviluppo della flessibilità, dell'innovazione e della propensione al cambiamento organizzativo in funzione delle dinamiche di contesto;
- distinzione tra le funzioni della pianificazione strategica, di competenza della Direzione Aziendale e la responsabilità gestionale dei vari livelli organizzativi sulle funzioni di competenza.

dell'innovazione tecnologica e del sistema informativo.

La ASL di Oristano assicura nel proprio territorio i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

I livelli essenziali di assistenza si articolano nelle attività, servizi e prestazioni di seguito illustrati.

Le Attività di Prevenzione Collettiva della ASL di Oristano sono assicurate dal Dipartimento di Prevenzione, preposto all'organizzazione ed alla promozione, nel territorio, delle attività di prevenzione collettiva e tutela della salute della popolazione mediante la modifica degli stili di vita, il miglioramento dell'ambiente e la prevenzione dei fattori di malattia anche emergenti quali quelli sociali e quelli direttamente legati al concetto di equità.

L'Assistenza Sanitaria Territoriale Distrettuale comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale. In particolare, vengono svolte attività legate alla Medicina di Base, Pediatria e Continuità Assistenziale, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Assistenza specialistica ambulatoriale, Servizi per la prevenzione e cura della salute mentale e delle dipendenze, Servizi Consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, l'assistenza sanitaria essenziale agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio, Assistenza Farmaceutica Territoriale.

L'ASL è divisa in tre distretti che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti:

- Distretto socio-sanitario Ghilarza - Bosa;
- Distretto socio-sanitario Oristano;
- Distretto socio-sanitario Ales – Terralba.

L'Assistenza Ospedaliera assicura la diagnosi e la cura di malattie acute e post acute o che necessitano di interventi d'urgenza e che richiedono il supporto dei reparti specialistici e di base. Le diverse strutture operative sono aggregate in una organizzazione di tipo Dipartimentale.

C. Contesto territoriale e demografico

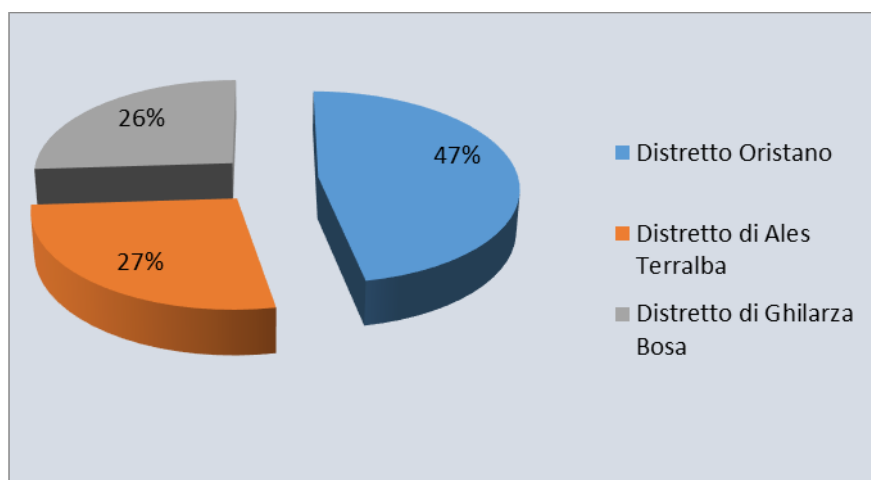
L'ambito territoriale della ASL di Oristano coincide con la attuale Provincia di Oristano e comprende 88 Comuni con una estensione di 3.040 Km² e una popolazione residente all'01.01.2021 di 153.206 abitanti per una densità abitativa di 50,39 abitanti.

Di seguito l'elenco dei comuni con popolazione al 01.01.2021.

Distretto Oristano		Distretto Ales Terralba		Distretto Ghilarza Bosa	
Comune	Pop.	Comune	Pop.	Comune	Pop.
Allai	353	Albagiara	243	Abbasanta	2.572
Baratili San Pietro	1.219	Ales	1.322	Aidomaggiore	411
Bauladu	654	Arborea	3.769	Ardauli	806
Cabras	8.843	Assolo	355	Bidoni	134
Milis	1.459	Asuni	317	Bonarcado	1.519
Narbolia	1.709	Baradili	80	Boroneddu	159
Nurachi	1.709	Baressa	576	Bosa	7.533
Ollastra	1.139	Curcuris	314	Busachi	1.191
Oristano	30.723	Genoni	788	Cuglieri	2.493
Palmas Arborea	1.487	Gonnoscodina	453	Flussio	437
Riola Sardo	2.036	Gonnosnò	722	Fordongianus	861
Samugheo	2.814	Gonnostramatza	821	Ghilarza	4.285
Santa Giusta	4.673	Laconi	1.691	Magomadas	586
San Vero Milis	2.407	Marrubiu	4.614	Modolo	155
Siamaggiore	892	Masullas	1.014	Montresta	445
Siamanna	779	Mogorella	419	Neoneli	629
Siapiccia	348	Mogoro	3.974	Norbello	1.161
Simaxis	2.126	Morgongiori	669	Nughedu Santa Vittoria	463
Solarussa	2.302	Nureci	329	Paulilatino	2.110
Tramatza	943	Pau	282	Sagama	194
Villanova Truschedu	302	Pompu	228	Santu Lussurgiu	2.247
Villaurbana	1.518	Ruinas	622	Scano di Montiferro	1.434
Zeddiani	1.142	San Nicolò d'Arcidano	2.521	Sedilo	2.018
Zerfaliu	998	Senis	430	Seneghe	1.698
		Simala	296	Sennariolo	159
		Sini	491	Soddì	121
		Siris	226	Sorradile	348
		Terralba	9.830	Suni	1.005
		Uras	2.724	Tadasuni	146
		Usellus	724	Tinnura	239
		Villa Sant'Antonio	334	Tresnuraghes	1.116
		Villa Verde	289	Ulà Tirso	489
TOTALE	72.575	TOTALE	40.679	TOTALE	39.164

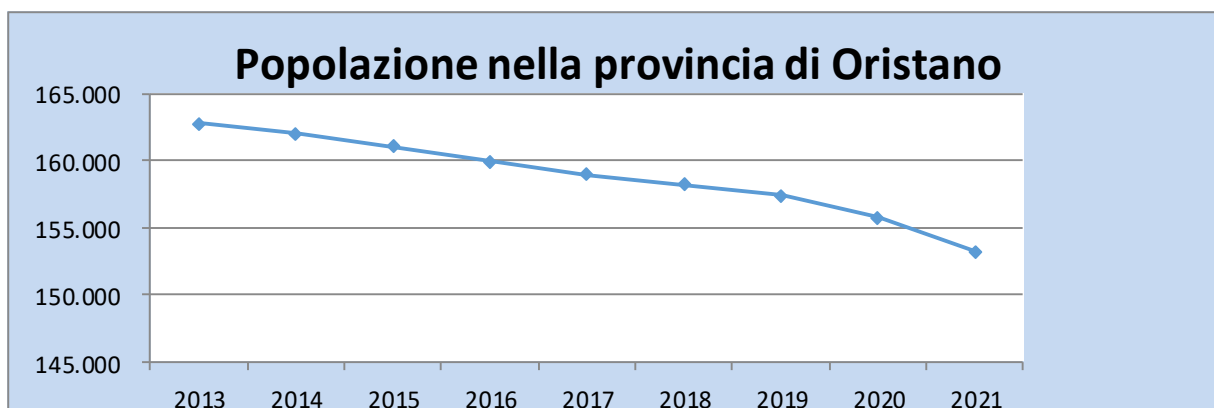
Fonte dati: GeoDemo ISTAT all'01.01.2021 (dati del mese di gennaio 2022)

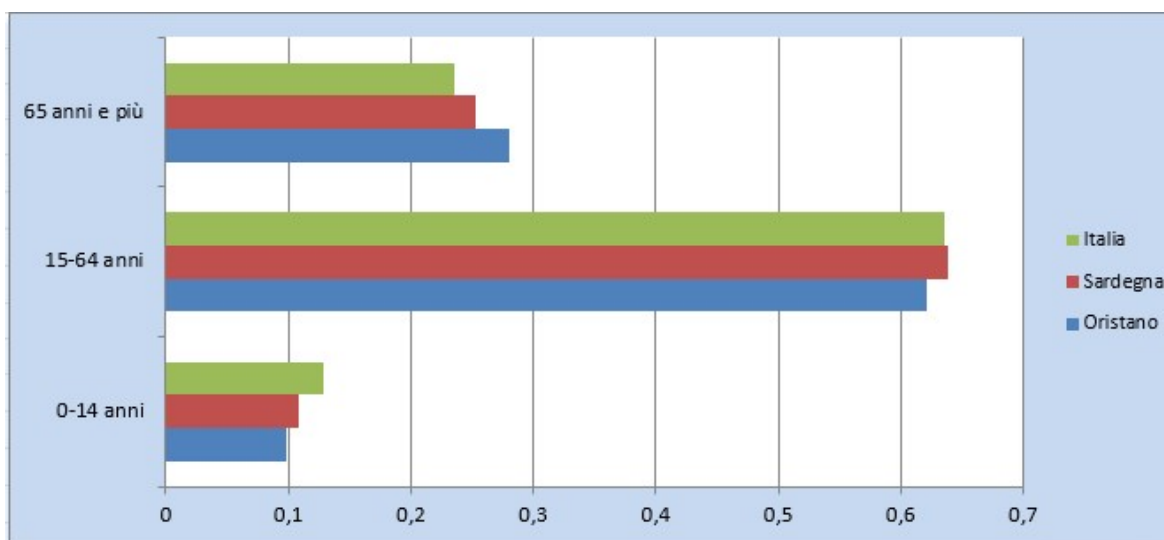
La distribuzione della popolazione nel territorio provinciale è la seguente:



Distribuzione della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2021

La comparazione dei dati demografici degli ultimi due anni (2019-2020) evidenzia una consistente diminuzione della popolazione residente di 1.666 individui.





Struttura della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2021

Indicatore	Oristano	Sardegna	Italia
Totale popolazione	153.206	1.590.044	59.236.213
Popolazione 0-14 anni	15.062	173.501	7.636.545
Popolazione 15-64 anni	95.287	1.014.827	37.658.137
Popolazione 65 anni e più	42.857	401.716	13.941.531
Età media	49,2	47,8	45,9
Indice di invecchiamento	27,97%	25,26%	23,53%
Indice di vecchiaia	283,70%	231,5%	182,6%
Indice di dipendenza strutturale	60,70%	56,70%	57,30%
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	44,90%	39,60%	37%

Elaborazioni su Indicatori strutturali Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2021

Tra i tanti fenomeni collegati al processo di trasformazione demografica, si distingue il costante invecchiamento della popolazione, indicatore non solo del crescente fenomeno dell'allungamento della vita e quindi della riduzione della mortalità in età avanzata, ma anche dello scarso rinnovamento generazionale. Tale fenomeno è evidenziato dalla lettura congiunta dei seguenti indicatori.

L'indice di invecchiamento¹ risulta al di sopra del valore regionale e nazionale denotando una maggiore incidenza degli ultra-sessantacinquenni rispetto alla popolazione residente. La popolazione anziana totale risulta pari a 42.857 unità (27,97% sul totale).

L'indice di vecchiaia² risulta molto alto sia rispetto al dato regionale ma soprattutto rispetto al dato nazionale, si registrano 284 anziani ogni 100 giovani.

¹ (Rapporto percentuale tra la popolazione anziana (≥ 65 anni) e il totale della popolazione, moltiplicato per 100)

² (Rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100)

L'indice di dipendenza strutturale³ e l'indice di dipendenza strutturale degli anziani, rappresentano rispettivamente il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) su quella attiva (15-64 anni). Anch'essi per il territorio della Provincia di Oristano (60,70%) risultano essere superiori rispetto ai dati regionali e nazionali. Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% denota la presenza di uno squilibrio generazionale.

Lo Studio di Sorveglianza Passi, (dati nazionali anni 2017-2020), sul tema delle patologie croniche ha rilevato che la condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'età (interessa il 30% delle persone fra 50 e 69 anni) e tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche (27%) o bassa istruzione (38% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare).

Nell'osservare gli altri determinanti di salute sulla popolazione della provincia, oltre agli indici strutturali, si può constatare che gli andamenti sul versante dell'occupazione e dell'istruzione non sono migliori.

Il tasso di occupazione della popolazione tra i 20 e i 64 anni registrano nella provincia di Oristano, nell'anno 2019, valori più bassi rispetto alla media regionale e nazionale.

	2017	2018	2019
Media Nazionale	62,3	63	63,5
Sardegna	53,7	56,1	57,3
Oristano	51,2	56,6	54,2

tasso di occupazione 20-64 anni. Periodo 2017-2019

Rapporto BES 2020: il BES dei Territori

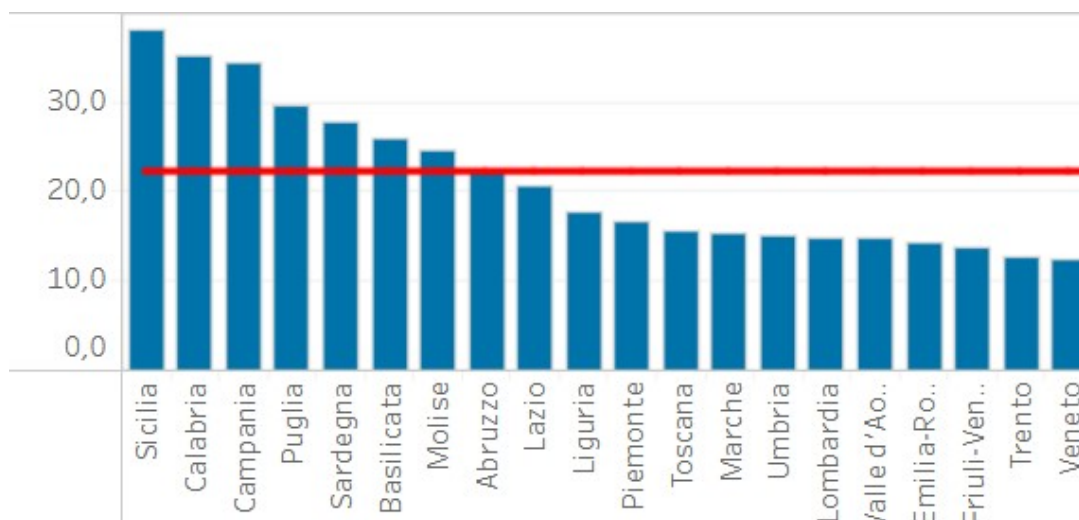
Anche il dato relativo alla percentuale di persone tra i 15 e i 29 anni che non lavorano né sono inseriti in un percorso di istruzione o formazione della provincia di Oristano, presenta valori più bassi rispetto alla media regionale e nazionale.

	anno 2019
Media Nazionale	22,2
Sardegna	27,7
Oristano	30,3

% di persone di 15-29 anni che non lavorano né studiano (Neet)

Rapporto BES 2020: il BES dei Territori

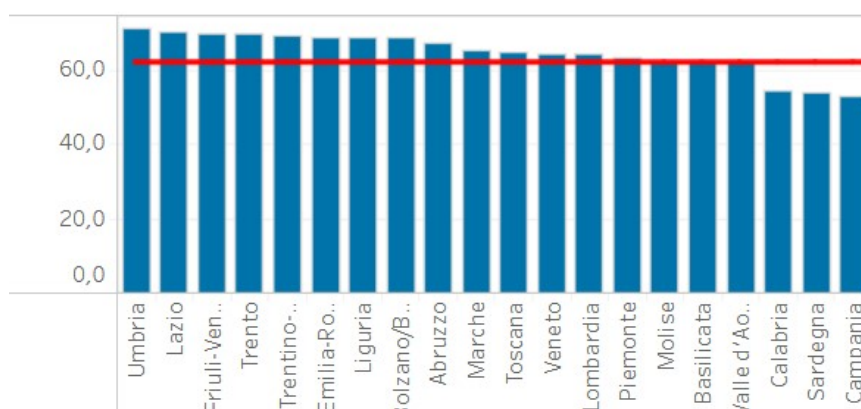
³ (Rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e ≥ 65 anni) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100 - Rapporto tra la popolazione ≥ 65 anni e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100



% di persone di 15-29 anni che non lavorano né studiano (Neet). Anno 2019. In rosso il valore nazionale pari a 22.2

Rapporto BES 2020: il BES dei Territori

Ad ulteriore conferma del fatto che la Sardegna è tra le regioni con il più basso livello di istruzione viene dato dal grafico che segue:



% di persone di 25-64 anni che hanno completato la scuola secondaria di II grado. Anno 2019

Rapporto BES 2020: il BES dei Territori

Il dato provinciale si attesta ben al di sotto del dato regionale e nazionale.

	anno 2019
Media Nazionale	62,2
Sardegna	54,2
Oristano	50,2

% di persone di 25-64 anni che hanno completato la scuola secondaria di II grado

Rapporto BES 2020: il BES dei Territori

All'interno del territorio provinciale è presente inoltre un certo grado di disomogeneità sia riguardo alla distribuzione della popolazione nel territorio sia riguardo alla sua struttura: si rileva, infatti, una discreta

densità abitativa e di popolazione giovane nonché un maggiore livello occupazionale nei comuni della fascia costiera, soprattutto in quelli dell'hinterland Oristanese, cui si contrappongono una bassa densità, una popolazione prevalentemente anziana e un livello di occupazione più basso nei comuni dell'interno dei Distretti di Ales-Terralba e di Ghilarza-Bosa. Le caratteristiche della popolazione assistita e/o presente presso il territorio aziendale oltre alle peculiarità sui vari distretti essenzialmente legate ai fenomeni di invecchiamento sono influenzate anche dalla non marginale presenza di popolazione proveniente da Paesi Extracomunitari e dalle variazioni temporanee nel periodo estivo soprattutto per le località balneari dei litorali di Oristano e Bosa.

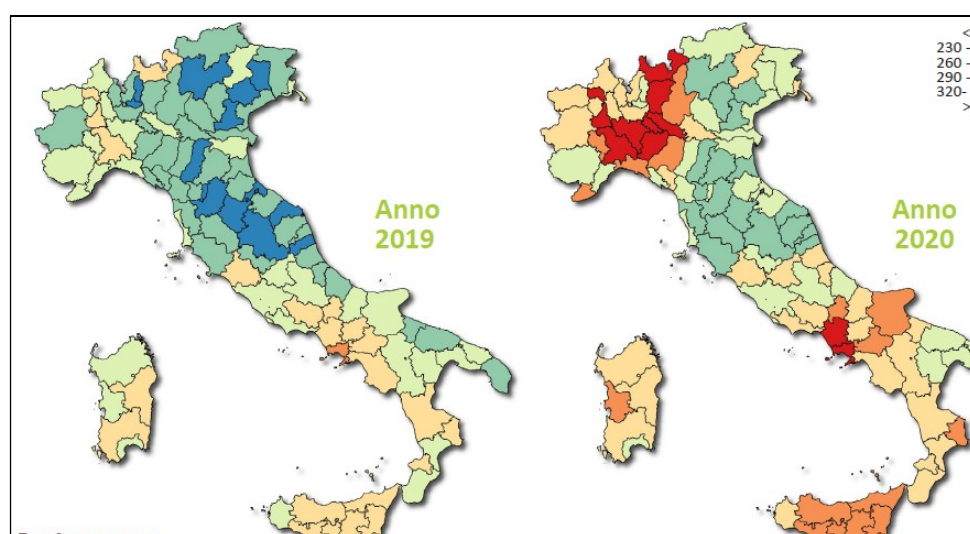
Una popolazione con indicatori di struttura particolarmente elevati per la parte anziana e la presenza di un quadro socio-economico non favorevole porta a diversi fenomeni di natura sia sociale sia sanitaria, in particolare:

- una diminuzione della natalità;
- un aumento della disabilità;
- un aumento dell'isolamento sociale degli anziani;
- un aumento della prevalenza delle patologie cronico-degenerative.

in conseguenza di ciò un aumento della domanda e della spesa sanitaria.

C.1 Il contesto epidemiologico

I dati di mortalità generale 0-74 anni, di seguito rappresentati mettendo a confronto gli anni 2019-2020, rivelano un diffuso peggioramento del tasso di mortalità in tutto il territorio nazionale nell'anno 2020, (+13% rispetto all'anno 2019).



Rapporto Mev(i) ed. 2020 2021

Una volta disponibili i dati sui decessi distinti per causa, relativi agli anni 2019/2020, si potranno valutare le ricadute dell'epidemia da Covid 19 sulle mortalità per causa.

Gli ultimi dati disponibili sui decessi per causa si riferiscono all'anno 2018 e sono di seguito rappresentati in termini di valori percentuali (peso percentuale), di ogni singolo gruppo di cause di morte rispetto alla mortalità totale dell'anno di riferimento.

Le statistiche di mortalità, pur se in maniera indiretta, rappresentano la distribuzione delle patologie più frequenti nella popolazione e permettono di focalizzare l'attenzione sulla domanda delle prestazioni.

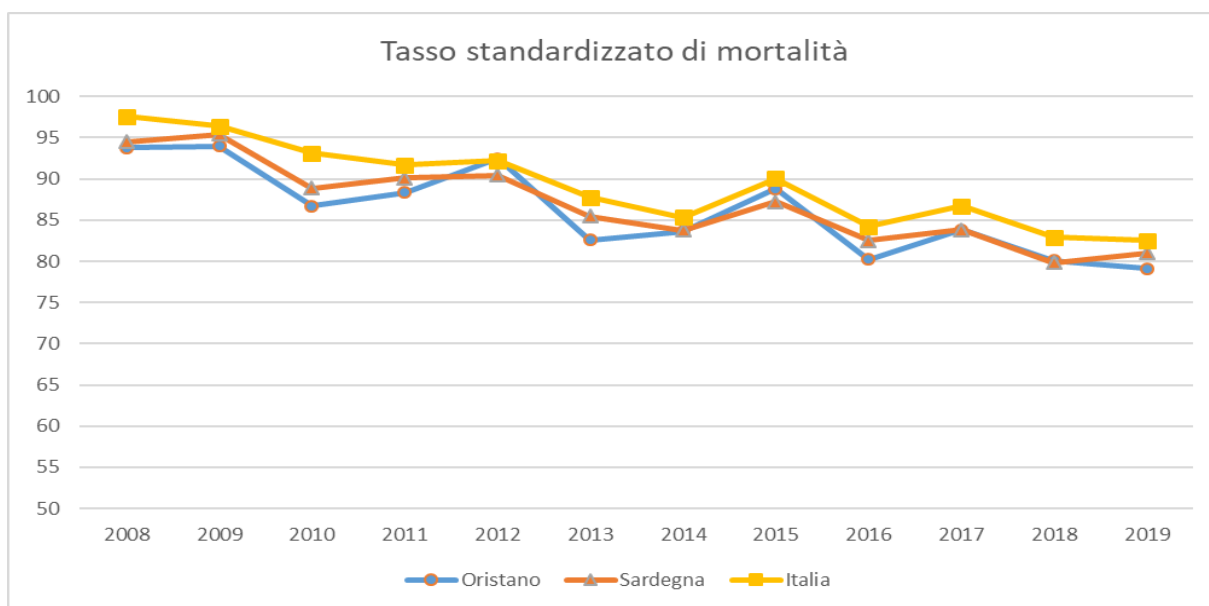
Nella provincia i dati non si discostano in maniera sostanziale da quelli nazionali e regionali, con i due gruppi di patologie che maggiormente incidono nella salute delle persone, le malattie del sistema circolatorio con il 29,78% dei casi rispetto al totale delle cause di morte ed i tumori con il 29,89%. Insieme i due gruppi di patologie sono responsabili del 60% di tutti i decessi.

La terza causa di morte riguarda le malattie del sistema respiratorio (6.44 in provincia di Oristano rispetto al dato più alto a livello nazionale 8.53).

Percentuali rispetto al totale	2018			2019		
Descrizione	Oristano	Sardegna	Italia	Oristano	Sardegna	Italia
Malattie del sistema circolatorio	32,52%	29,92%	34,83%	29,78%	29,34%	34,61%
Tumori	28,60%	30,61%	28,53%	29,89%	30,58%	27,95%
Malattie del sistema respiratorio	6,53%	7,34%	8,19%	6,44%	7,32%	8,53%
Disturbi psichici e comportamentali	5,31%	5,33%	3,91%	6,06%	5,56%	4,07%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,70%	4,47%	3,81%	4,66%	4,69%	3,75%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	4,54%	5,38%	4,69%	5,04%	5,16%	4,74%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4,31%	4,34%	4,45%	4,33%	4,36%	4,51%
Malattie dell'apparato digerente	4,15%	4,24%	3,64%	4,39%	4,51%	3,61%
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	3,60%	2,56%	2,28%	2,71%	2,63%	2,37%
Malattie dell'apparato genitourinario	2,16%	1,74%	1,86%	2,17%	1,65%	1,95%
Malattie infettive e parassitarie	1,49%	2,12%	2,18%	2,22%	2,36%	2,28%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,72%	0,73%	0,55%	0,81%	0,77%	0,57%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,55%	0,70%	0,51%	0,81%	0,59%	0,53%
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	0,50%	0,28%	0,20%	0,32%	0,23%	0,19%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0,17%	0,19%	0,23%	0,38%	0,19%	0,24%
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,17%	0,07%	0,12%	0,00%	0,08%	0,10%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

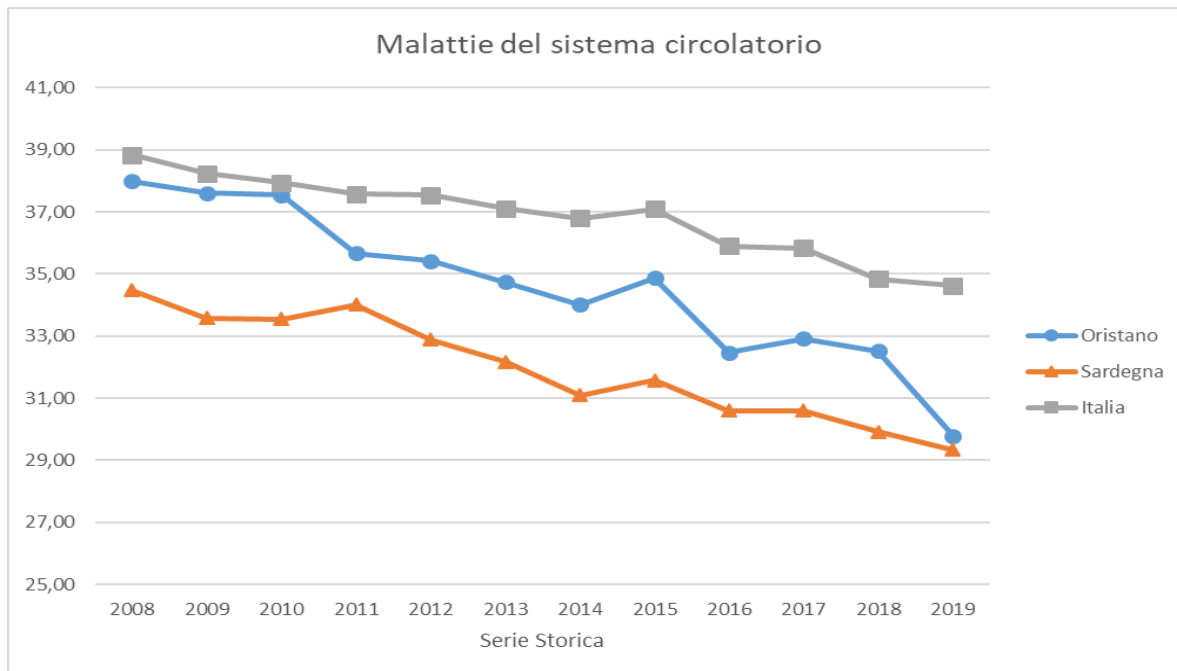
Cause di morte: Istat 2018-2019

Il dato sulla mortalità totale (di seguito rappresentato dal tasso standardizzato), nella provincia di Oristano nell'ultimo decennio mostra una tendenza in diminuzione e sempre inferiore al dato nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità consente di confrontare i livelli di mortalità rispetto ad altre realtà, controllando l'effetto delle differenze di struttura per età delle popolazioni.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2008-2019

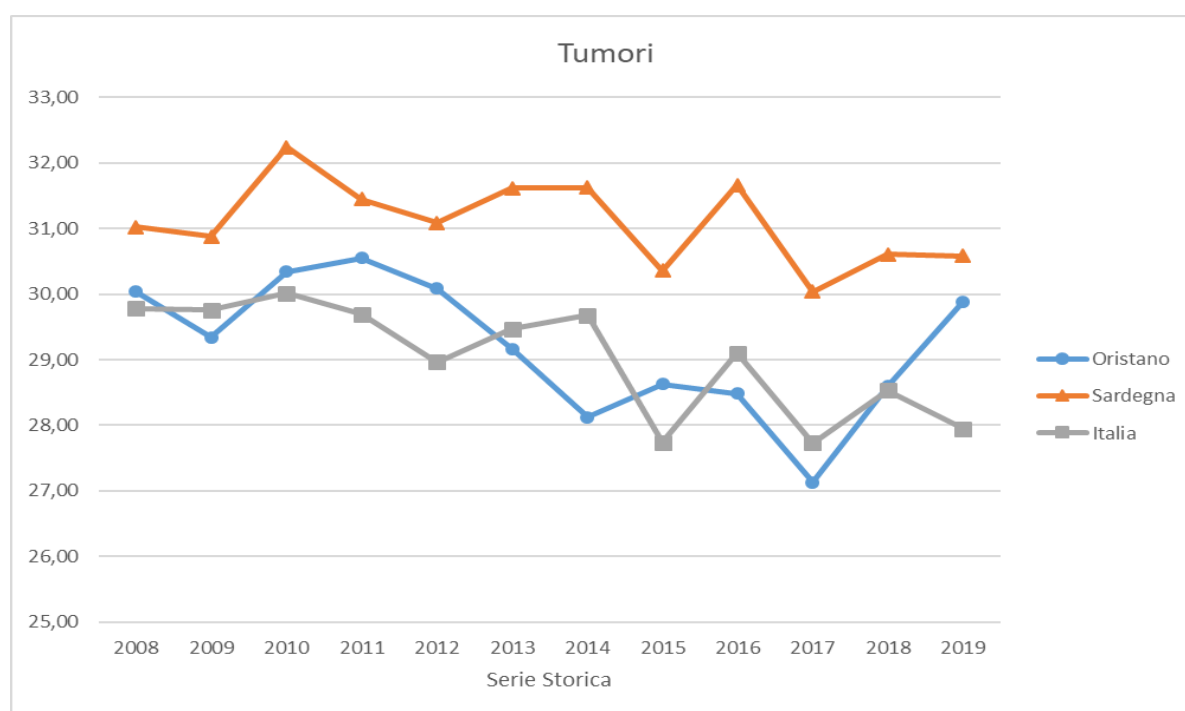
La mortalità in provincia per le malattie del sistema circolatorio si attestano su valori sempre inferiori al dato nazionale (34%) ma equivalenti al dato regionale (29%).



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2008-2019

Oltre il 76% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema circolatorio sono da attribuire alle malattie cerebrovascolari (24% nel 2019), ad altre malattie del cuore (27% nel 2019) e ad altre malattie del sistema circolatorio (25% nel 2019); nel 2019 il 10,3% delle cause di morte di tale gruppo di malattie sono da attribuire all'infarto del miocardio acuto.

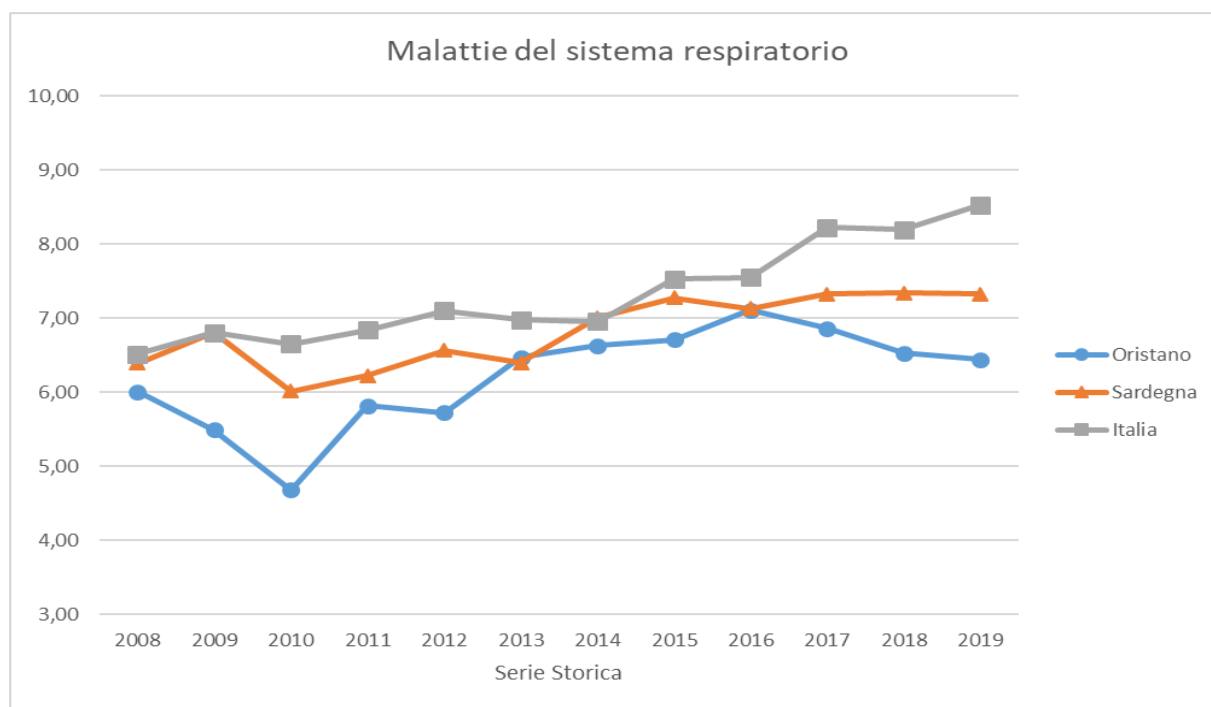
La mortalità per tumori nella provincia di Oristano si attestano su valori sempre molto vicini al dato nazionale ma inferiori al dato regionale, con una costante riduzione dal 2011 al 2017.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2017-2019

Quasi il 42% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo dei tumori sono da attribuire ai tumori maligni di trachea, dei bronchi e dei polmoni (19% nel 2019), ai tumori maligni del colon, del retto e dell'ano (14% nel 2019), agli altri tumori maligni (12% nel 2019), ai tumori maligni del seno (8% nel 2019), ai tumori maligni del pancreas (8% nel 2019).

Per quanto riguarda la mortalità delle malattie del sistema respiratorio, questa si attesta su valori inferiori rispetto al dato nazionale (scostamento di 2,08%) e regionale (0,8%), con un trend stabile rispetto al 2018.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2017-2019

Il 92% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema respiratorio sono da attribuire alle malattie croniche delle basse vie respiratorie (40% nel 2019), seguito da polmonite (28% nel 2019) e ad altre malattie del sistema respiratorio (28% nel 2019); nel 2019 il 5% e il 3% delle cause di morte di tale gruppo di malattie sono da attribuire rispettivamente ad influenza e asma, in discesa dal 2017.

**Classifica della Mortalità evitabile per tutte le cause
di cui trattabile (AD) o prevenibile (PD)
Decessi 0-74 anni - giorni perduti std pro capite Dati 2016-2018**

	Totale (TD)	Trattabile (AD)	Prevenibile (PD)
Media Nazionale	17,6	6,8	10,8
Sardegna	18,6 (17)	6,8 (12)	11,7 (18)
Cagliari	17,7 (57)	6,7 (59)	11,0 (66)
Nuoro	20,2 (101)	7,0 (67)	13,2 (103)
Oristano	19,5 (87)	7,5 (85)	12,0 (88)
Sassari	19,3 (84)	7,3 (77)	12,0 (89)
Sud Sardegna	19,6 (92)	6,7 (58)	12,9 (102)

MEV(i) ed. 2020-2021

In parentesi è riportato il posizionamento rispetto alle regioni/province d'Italia

L'analisi della mortalità evitabile aiuta a contrastare i decessi prematuri dovuti a cause di morte prevenibili e trattabili.

La mortalità prevenibile è evitabile tramite interventi di prevenzione primaria (stili di vita, alimentazione, ecc.) cioè prima dell'insorgenza di malattie o infortuni per ridurre l'incidenza.

La mortalità trattabile è evitabile tramite diagnosi tempestive e cure efficaci, cioè dopo l'insorgenza di malattie, per ridurre la mortalità.

In provincia di Oristano i giorni perduti *std pro-capite* pari a 19,5 si differenziano dal dato nazionale e regionale rispettivamente per due e un giorno (la provincia con il valore più basso è Treviso con 13,9 giorni e quella con il valore più alto è Caserta con 22,5 giorni). Nella classifica delle province italiane la miglior posizione sia per mortalità trattabile che evitabile è quella di Treviso con valori pari a 5,1 e 8,8. La posizione peggiore per la mortalità prevenibile spetta invece alla provincia di Sondrio con valori pari a 14,8 (nonostante registri un buon valore di mortalità trattabile pari a 5,6 giorni). La posizione peggiore per mortalità trattabile invece spetta alla provincia di Caltanissetta con 9,3 giorni. In regione Sardegna Cagliari assume valori prossimi alla media nazionale.

Per quanto riguarda le patologie prevalenti il quadro epidemiologico è caratterizzato dall'alta incidenza di patologie autoimmuni, in modo particolare dal diabete tipo 1, sclerosi multipla, artrite reumatoide; primato che è condiviso anche dalle altre province della regione Sardegna.

Il diabete tipo 1, presenta in Sardegna un'incidenza pari a 36,8 casi per 100.000 abitanti contro quella della Finlandia pari a 36,5 casi per 100.000, rappresentando la nazione a più alta incidenza nel mondo (Diabetes Care 2000, 23: 1516-26). Un recente lavoro (Diabetes Care 2004; 27: 1623-29), mette in luce come l'incidenza di questa malattia stia aumentando, 38,8 casi per 100.000, e soprattutto stia aumentando nelle fasce d'età più giovani (0-4 anni). La prevalenza del diabete tipo 1 si situa intorno ai 5 casi per mille abitanti (0-29 anni; Diabetes Care 2001; 24: 1846-47, studio effettuato in provincia di Oristano), tra 5 e 10 volte maggiore rispetto alla prevalenza del continente italiano.

La sclerosi multipla, patologia ad alto grado di disabilità, presenta un'incidenza pari a 6,4 casi per 100.000 ed una prevalenza pari a 150 casi circa sempre per 100.000 abitanti in provincia di Nuoro, valori tra i più alti al mondo (Neurology 2000; 55:842-8). Valori simili sono stati riscontrati in provincia di Sassari (Neurol Sci 2001; 22:163-5), pertanto questi valori sono estensibili a tutta la popolazione sarda.

Le patologie per cui abbiamo questi tristi primati, sono malattie croniche, invalidanti che durano tutta la vita con, alcune, alterne fasi di riacutizzazione e remissione e che hanno una notevole incidenza sulla qualità della vita dei pazienti. Per questi motivi richiedono un follow-up attento, continuo e di buon livello specialistico. Le fasi di riacutizzazione richiedono sovente l'ospedalizzazione per praticare le terapie idonee o monitorare l'andamento della malattia almeno in day hospital.

L'aumento di incidenza del diabete mellito che si configura oramai come una vera e propria epidemia, l'alta prevalenza delle malattie cardiovascolari, l'invecchiamento della popolazione stanno determinando inoltre un forte aumento dell'incidenza dell'uremia cronica terminale con la necessità di trattamento dialitico.

Lo studio di sorveglianza PASSI tra il 2017 e il 2020 ha rilevato che il 18% delle persone fra 18 e 69 anni intervistate ha riferito che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più tra le seguenti

patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi.

Le patologie croniche più frequentemente riferite, fra i 18 e i 69 anni, sono le malattie respiratorie croniche (circa 7%), le malattie cardiovascolari e il diabete (5%), e i tumori (4%); al contrario, le malattie croniche del fegato, l'insufficienza renale e l'ictus (1%) sono le meno frequenti.

Dal grafico che segue si può notare come la variabilità regionale della cronicità, non descrive un chiaro gradiente geografico, perché si registrano prevalenze più elevate in alcune Regioni del meridione, come in Sardegna (25%) o in Campania (21%) ma anche tra le Regioni del Nord come in Liguria (22%) o in Friuli Venezia Giulia (23%). Analogamente accade per la policronicità.

Indicatori - PASSI 2017-2020			
	Persone libere da patologie croniche *	Persone con almeno 1 patologia cronica *	Persone con 2 o più patologie croniche (morbilità) *
Abruzzo	85.1	14.9	3.9
Basilicata	82.8	17.2	3.3
Calabria	82.4	17.6	4.9
Campania	79.4	20.7	6.5
Emilia Romagna	80.1	19.9	4.4
Friuli Venezia Giulia	77.1	22.9	5.7
Lazio	81.7	18.3	4.4
Liguria	78.5	21.5	4.5
Lombardia			
Marche	83.3	16.7	3.7
Molise	87.3	12.8	2.1
Piemonte	80.8	19.2	4.5
Provincia di Bolzano	84.4	15.6	3.5
Provincia di Trento	82.6	17.4	2.5
Puglia	86.1	13.9	3.0
Sardegna	75.4	24.7	7.0
Sicilia	82.8	17.2	4.1
Toscana	83.3	16.7	3.1
Umbria	81.3	18.7	3.8
Valle d'Aosta	78.2	21.8	7.0
Veneto	80.9	19.1	3.5
Italia	81.6	18.4	4.4

Sudio di Sorveglianza PASSI 2017-2020

Considerazioni conclusive

I dati epidemiologici, unitamente a quelli demografici, fanno prevedere per il prossimo futuro un aumento della domanda sanitaria dovuto sia all'invecchiamento della popolazione, sia all'alta prevalenza di alcune patologie come quelle cardiovascolari, tumorali o della malattia diabetica con le relative complicanze.

La transizione demografica, la transizione epidemiologica, l'uso di moderne tecnologie ad alto costo, sono i determinanti principali dell'aumento della spesa sanitaria.

Gli interventi per la gestione dei servizi sanitari nei confronti della popolazione dovrebbero pertanto prevedere azioni finalizzate alla prevenzione primaria delle malattie, al governo ed al riorientamento della domanda e alla razionalizzazione dell'offerta di servizi in termini di appropriatezza.

Più in particolare le azioni prioritarie da impostare si ritiene debbano orientarsi sui seguenti obiettivi.

Sul fronte della prevenzione:

- Proseguire con le attività di screening oncologici sul carcinoma della cervice uterina, sul carcinoma della mammella e sul cancro del colon-retto, per i quali sono presenti ormai sicure prove di efficacia degli interventi.
- L'utilizzo delle carte di rischio cardiovascolare, la prevenzione delle complicanze del diabete, la prevenzione dell'obesità e gli interventi di educazione sanitaria su una sana alimentazione interverranno per limitare l'alta incidenza di patologie dell'apparato cardiovascolare.
- La sorveglianza degli incidenti stradali, domestici e sul lavoro daranno informazioni utili per campagne di prevenzione in questo campo che rappresenta una delle maggiori cause di disabilità a breve ed a lungo termine.

Sul fronte della domanda:

- qualificare la domanda in rapporto a bisogni reali e documentati da evidenza di efficacia e di sostenibilità sul piano economico. In particolare s'intende proseguire le attività rivolte soprattutto ai medici prescrittori di sensibilizzazione e promozione dell'appropriatezza prescrittiva, non solo per ciò che concerne l'uso dei farmaci, ma anche per limitare il ricorso, quando non opportunamente giustificato, alle prestazioni diagnostico-strumentali. A tal proposito risulta utile la corretta adozione dei PDTA per la presa in carico dei pazienti cronici per Scompenso Cardiaco, BPCO e Diabete della nostra ASL.

Sul fronte dell'offerta:

- potenziare/migliorare l'offerta dei servizi in materia di prevenzione, diagnosi e cura e riabilitazione delle patologie a maggiore prevalenza e costo per il sistema.

C.2 Il territorio e la distribuzione delle strutture

La ASL di Oristano si articola in 3 Distretti fortemente differenziati quanto a tipologia dell'offerta di servizi sanitari e a presenza di strutture sanitarie pubbliche a diretta gestione aziendale o private accreditate. Le caratteristiche della struttura orografica e viaria rappresentano elemento di forte limitazione nella possibilità di fruizione da parte della popolazione residente dei servizi offerti; le strade principali sono infatti posizionate in senso longitudinale rispetto all'estensione della Provincia, su un asse che collega i due centri sanitari principali di Cagliari e Sassari che costituiscono, in modo rilevante, poli di attrazione anche per prestazioni a non elevato tasso di specializzazione. I percorsi viari trasversali sono poco sviluppati e spesso tortuosi, non funzionali alle esigenze di rapido e comodo collegamento anche in rapporto alla relativa inadeguatezza dei servizi di trasporto pubblico.

Tale situazione comporta una forte migrazione dei cittadini verso le ASL limitrofe soprattutto per i residenti nei territori di confine provinciale.

Le strutture sanitarie, pubbliche e private, attraverso le quali si provvede all'offerta dei servizi sul territorio aziendale sono distribuite, presso i tre distretti, nella maniera seguente.

	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE
Distretto di Oristano		9 punti di guardia medica (+2 nel periodo estivo)	
		46 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2022)	
		4 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2022)	
	Oristano	1 Presidio Ospedaliero PO San Martino	1 Casa di Cura Madonna del Rimedio (attività di degenza e specialistica ambulatoriale)
		1 Centro di Salute Mentale	1 Centro polispecialistico
		1 Poliambulatorio	3 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	2 Laboratori analisi
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	3 Studi di Radiologia
		1 Punto di soccorso avanzato 118	1 Studio di Cardiologia
		1 SER.D	
		1 SISP - Vaccini Covid-Oristano	
		1 Pres. Pneumotisiologico	
		1 Consultorio	
		1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
		1 Centro FKT	
		1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
		1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza	
		1 Hospice Residenziale e Ambulatoriale	
		1 Servizio di Farmacia territoriale	
		1 Centro Dialisi	
	Samugheo	1 Poliambulatorio	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	

	Cabras	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	Simaxis	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	Nurachi	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	Palmas Arborea	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Milis	1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Struttura Residenziale – Assistenza agli Anziani
	Tramatza	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	Siamanna	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Santa Giusta		1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica

	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE
Distretto di Ales Terralba		10 Punti di Guardia Medica	
		27 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2022)	
		5 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2022)	
	Ales	1 Poliambulatorio	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
		1 Punto di soccorso avanzato 118	
		1 Centro di Salute Mentale	
		1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
		1 Consultorio	
		1 Servizio di Farmacia territoriale	
		1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza	
	Terralba	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	1 Centro FKT
		1 Poliambulatorio	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
		1 Centro di Salute Mentale	1 Laboratori analisi
		1 Centro FKT	
		1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
		1 Consultorio	
		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
	Mogoro	1 Poliambulatorio	
		1 Consultorio	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Morgongiori		1 Struttura Residenziale – Assistenza Tossicodipendenti/Alcolodipendenti
	Villa Sant'Antonio	1 Poliambulatorio	
		1 Consultorio	

	Laconi	Casa della Salute	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Siris		1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica +NPIA
	Arborea	1 Ufficio del Servizio Veterinario	

	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE
Distretto di Ghilarza -Bosa		8 Punti di Guardia Medica (+1 nel periodo estivo)	
		24 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2022)	
		4 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2022)	
	Ghilarza	1 Presidio Ospedaliero PO Delogu	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
		1 Poliambulatorio	1 Ambulatorio e Laboratorio – Attività Clinica + Assistenza NPIA
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
		1 Centro FKT	
		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
		1 Centro di Salute Mentale	
		1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
		1 Consultorio	
		1 Servizio di Farmacia territoriale	
		1 Centro Dialisi ad attività limitata	
	Cuglieri	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
		1 Poliambulatorio	
		1 Centro FKT	
		1 Consultorio	
	Santu Lussurgiu	1 Poliambulatorio	
		1 Consultorio	
	Busachi	1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
		1 Poliambulatorio	
		1 Consultorio	
	Abbasanta		1 Laboratori analisi
			1 Struttura Semiresidenziale - Assistenza Psichiatrica
	Fordongianus		1 Centro Termale
	Suni		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
	Bosa	1 Presidio Ospedaliero PO Mastino	
		1 Poliambulatorio	
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	

	1 Consultorio	
	1 Centro FKT	
	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
	1 Centro di Salute Mentale	
	1 Servizio di Farmacia territoriale	
	1 Centro Dialisi ad attività limitata	

Dati all'01.01.2022

D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria

La nuova ASL di Oristano, costituita l'1.01.2022 in ragione della legge regionale n. 24 di riforma del SSR, dovrà dotarsi di un atto aziendale in linea con le linee guida adottate dalla Giunta Regionale.

Nel frattempo restano vigenti le articolazioni organizzative presenti al 31.12.2021 al fine di garantire la continuità assistenziale ed amministrativa.

L'attuale organizzazione, che sarà modificata a seguito dell'adozione dell'atto aziendale, prevede oltre alla Direzione Generale, la presenza di tre Direzioni di Distretto (Oristano, Ales Terralba, Ghilarza Bosa), un Dipartimento di Prevenzione, un Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, la Direzione di Presidio e le Unità Operative Ospedaliere dei tre presidi ospedalieri di Oristano, Bosa e Ghilarza. Le strutture amministrative attualmente presenti sono rappresentate dalla SC Servizio Giuridico Amministrativo e dalla SC Programmazione e Controllo.

Di seguito il personale operante nella ASSL di Oristano al 31.12.2021, confrontato con il personale presente in azienda nell'anno 2016, anno precedente l'accorpamento alla ATS.

ASSL ORISTANO al 31.12.2021

Tipo Contratto	Ruolo Ammin.vo	Ruolo Sanitario	Ruolo Profess.le	Ruolo Tecnico	Totale
<i>Dirigenza medica</i>		242			242
<i>Dirigenza veterinaria</i>		53			53
<i>Dirigenza sanitaria non medica</i>		27		1	28
<i>Dirigenti P/T/A</i>	2				2
<i>Comparto</i>	88	815		261	1.164
Totale	90	1.137	0	262	1.489

Tipo Contratto	Ruolo Ammin.vo	Ruolo Sanitario	Ruolo Profess.le	Ruolo Tecnico	Totale
<i>Dirigenza medica e veterinaria</i>		408			408
<i>Dirigenza sanitaria non medica</i>		37			37
<i>Dirigenti P/T/A</i>	11		3		14
<i>Comparto</i>	160	880		277	1.317
Totale	171	1.325	3	277	1.776

Differenze (2021-2016)	-81	-188	-3	-15	-287
-------------------------------	------------	-------------	-----------	------------	-------------

Negli ultimi anni la carenza del personale medico nel mercato del lavoro sia a livello nazionale e a maggior ragione regionale, rende difficile garantire adeguati volumi di attività e una efficiente assistenza sanitaria sia a livello ospedaliero che territoriale. È sempre più diffuso infatti il ricorso ad istituti quali lo straordinario, le prestazioni aggiuntive o le prestazioni in libera professione d'azienda dei professionisti già operanti nel sistema sanitario.

Compatibilmente con la disponibilità nel mercato del lavoro di medici nelle diverse specialità e di personale sanitario del comparto si procederà nel triennio 2023-2025 con il reclutamento di diverse figure; tra le più carenti si rammentano i medici delle seguenti discipline: medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza, malattie dell'apparato respiratorio, oncologia e ematologia, anestesia e rianimazione, cardiologia, gastroenterologia, igiene epidemiologia e sanità pubblica, pediatria e nefrologia. Il medesimo problema si registra a seguito della grave carenza di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta per i quali si rileva un'offerta insufficiente rispetto ai fabbisogni.

Risulta urgente adeguare la dotazione del personale soprattutto sanitario, necessario a soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta dei livelli essenziali di assistenza (LEA); lo si dovrà fare promuovendo nel contempo il cambiamento organizzativo-assistenziale con adeguate politiche di governo del personale per garantire l'equilibrio tra efficacia ed efficienza del servizio sanitario.

Le indizioni di concorsi e avvisi pubblici per l'assunzione di dirigenti medici a tempo indeterminato e determinato di questi ultimi anni si sono dimostrate insufficienti a ricoprire le carenze d'organico di tutte le aziende sanitarie della regione.

Sono diversi i fattori che incidono sulle difficoltà di reclutamento di personale e tra queste si evidenziano, l'insufficiente numero di medici in possesso del titolo di formazione specialistica per via di una programmazione che si è dimostrata non adeguata rispetto alla domanda del servizio sanitario. Vi è stata poi un'elevata uscita dei medici in servizio sia per pensionamento ma anche per una maggiore attrattività del

settore privato. Inoltre, il personale utilmente collocato nelle graduatorie di assunzione privilegiano la presa in servizio nei centri di Cagliari e Sassari.

Il Piano del Fabbisogno del personale, allegato al presente documento e a cui si rimanda, punta a coprire, compatibilmente con le risorse finanziarie a disposizione, i posti in dotazione organica necessari per offrire un servizio adeguato. Nel frattempo, e per arginare le criticità sopra rappresentate, la ASL di Oristano ha deciso di adottare gli strumenti messi a disposizione dalla Giunta Regionale per sopperire momentaneamente alla carenza del personale medico e del comparto sanitario mediante l'offerta di incentivi economici rivolti al personale che vorrà volontariamente dare il proprio contributo.

Nel mese di marzo 2022 infatti è stata adottata la Delibera del direttore generale n. 82 di implementazione di un Piano di recupero delle liste d'attesa con la finalità di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica, conseguente alla diffusione del virus Sars-Cov-2, e di ridurre le liste di attesa, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura mediante lo stanziamento di euro 924.494,62 per la remunerazione di prestazioni aggiuntive del personale che vorrà partecipare a tale obiettivo di recupero.

Allo stesso modo, sempre nel mese di marzo 2022, la Asl di Oristano ha sottoscritto gli accordi integrativi con i dirigenti sindacali di categoria per l'applicazione delle Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) previste dalla legge omnibus e dalla DGR 50/51 del 28.12.2021 per arginare la fuga di medici e infermieri verso gli ospedali di Cagliari e Sassari e per assicurare la copertura di turni di lavoro che rischiano di rimanere scoperti. Tali incentivi economici rivolti al personale sanitario impegnato nei servizi ospedalieri sono destinati alla realizzazione di specifici progetti a garanzia della continuità dell'assistenza ospedaliera e alla valorizzazione del contributo delle professionalità impegnate nel raggiungimento degli standard organizzativi.

Parte II - La Programmazione sanitaria triennale

A. Indirizzi strategici aziendali

Gli obiettivi che questa Azienda intende perseguire nel triennio 2023-2025 sono riconducibili sia al Progetto di riforma del Servizio Sanitario Regionale dettato dalla LR 24/2022 che al Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-2024.

Tra gli obiettivi aziendali prioritari vi sono la riorganizzazione delle attività territoriali e il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi.

Per perseguire tali obiettivi, a livello organizzativo si prevede il consolidamento delle funzioni proprie dei Distretti Socio Sanitari riferibili all'individuazione e al governo della domanda della comunità locale e di presa in carico del paziente, garantendo una risposta nel livello più appropriato. Il ruolo che il Direttore del Distretto assumerà, nel governo della domanda e della risposta più appropriata nell'erogazione dei servizi a livello locale, è strategico e contribuirà nel progetto di individuazione e implementazione di forme organizzative più funzionali ai bisogni di cura della comunità. Una corretta presa in carico del paziente, soprattutto "fragile", deve seguire anche logiche di integrazione sociosanitarie e spesso di supporto alla famiglia. Questo nuovo modo di intendere l'assistenza necessita sicuramente di sforzi e cambiamenti culturali e organizzativi da costruire nel tempo.

Una piena comprensione dei fenomeni epidemiologici è alla base di un efficace processo decisionale in quanto strumento per una percezione corretta delle necessità assistenziali. Altrettanto importante è sviluppare le capacità nel raccogliere, correlare ed elaborare le informazioni in nostro possesso per conoscere e comprendere i fenomeni sanitari. Risulta infine necessario contabilizzare al meglio e monitorare le attività che interessano i diversi livelli assistenziali per comprendere ove le risorse sono consumate e individuare le inefficienze in rapporto alle attività svolte.

Per quanto riguarda l'attuale modello organizzativo ospedaliero, la logica che guida attualmente l'erogazione delle prestazioni ospedaliere e l'organizzazione delle attività è una logica di ospedale di rete ove tutti gli ospedali aziendali si trasformano in strutture flessibili che garantiscono prestazioni sia con l'utilizzo di risorse dedicate stabilmente sia con risorse disponibili nella rete aziendale.

Per questi motivi, in linea con i dettami della riforma di cui alla LR 24/2020 e del Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-2024, tra i diversi obiettivi il potenziamento dell'assistenza territoriale è da considerarsi prioritario e maggiormente impegnativo per la difficoltà di far decollare i nuovi modelli organizzativi della medicina del territorio in un contesto in cui si tende a privilegiare l'assistenza in ospedale.

Gli obiettivi Aziendali nei suoi primi anni di attività saranno incentrati inoltre sull'espletamento degli adempimenti collegati alla nascita della nuova ASL di Oristano, alla riorganizzazione aziendale anche a seguito dell'approvazione del nuovo atto aziendale, e all'implementazione dei progetti legati alla riforma del Servizio sanitario regionale in atto, nonché al Patto per la Salute 2019-2021 e ai progetti indicati nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR missione 6 salute).

Proseguiranno poi le azioni di contrasto allo sviluppo della pandemia da Covid 19 che in maniera dinamica assume scenari sempre diversi e imprevedibili e continua ad assorbire risorse sia economiche che umane.

In sintesi, i risultati che l'Azienda si prefigge si riferiscono ad una riqualificazione dell'offerta assistenziale unitamente al perseguimento di una migliore efficienza nella gestione delle risorse, senza peraltro pregiudicare la piena assicurazione dei LEA. In un momento di crisi quale quello che sta attraversando la sanità sia a livello nazionale che regionale, non si è ritenuto di dover applicare esclusivamente misure di contenimento dei costi ma si è deciso di investire in progetti di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di perseguimento di migliori standard assistenziali.

B.1 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica. Offerta di prestazioni e servizi

Il ruolo del Dipartimento di Prevenzione è quello di intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione per fornire risposte adeguate, sviluppare strategie di intervento e promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona.

Il Dipartimento svolge la propria attività di promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro, della sicurezza alimentare e del benessere animale secondo piani pluriennali di intervento nazionali e regionali contenenti obiettivi e target di riferimento già definiti. Le attività svolte sono sempre più intersettoriali e in raccordo con tutti i nodi della rete sociosanitaria per un utilizzo coordinato delle risorse interne ed esterne al sistema sanitario

Igiene e Sanità Pubblica

Anche l'attività di tale livello assistenziale è stato influenzato dagli eventi della pandemia. Tutti i servizi hanno risentito degli eventi legati al periodo di emergenza, ma sicuramente più di tutti il servizio di Igiene e Sanità Pubblica è stato coinvolto immediatamente nella gestione di tutte le attività legate al piano emergenziale locale. L'anno 2021 è stato sicuramente caratterizzato dal notevole impegno profuso per la somministrazione dei vaccini; attività portata avanti dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica nell'ambito della campagna vaccinale del quale si riportano di seguito alcuni dati:

Vaccini somministrati ai residenti della ASSL di Oristano al 24.10.2021

	Valore assoluto	%
Numero Dosi Somministrate	217.141	
Soggetti vaccinabili	142.587	
Soggetti vaccinabili non vaccinati	22.928	16,1%
Soggetti vaccinati con 1 dose	7.281	5,1%
Soggetti vaccinati con 1 dose Janseen	2.908	2,0%
Soggetti vaccinati con 2 dosi	109.470	76,8%
Soggetti vaccinati con almeno 1 dose	119.659	83,9%
Soggetti con ciclo completo di vaccinazione	112.378	78,80%

Fonte: Portale Poste

Oltre al grande impegno dedicato alla gestione del periodo emergenziale il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ha svolto i propri compiti istituzionali quali quelli, per esempio, dello svolgimento delle altre campagne vaccinali che di seguito si rappresentano:

ATTIVITA' VACCINALE	
Numerosità della coorte 2019 (denominatore):	751
Vaccino	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2021
Polio ^(a)	708
Difterite ^(a)	708
Tetano ^(a)	708
Pertosse ^(a)	708
Epatite B ^(a)	708
Haemophilus influenzae tipo b ^(b)	708
Morbillo [®]	703
Parotite ^(c)	703
Rosolia ^(c)	703
Varicella ^(c)	703
Meningococco C coniugato ^(b)	654
Pneumococco coniugato ^(b)	682
(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi	
(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età	
(c) 1 ^a dose entro 24 mesi	
Altri vaccini somministrati, anche se non inseriti nel calendario della Regione/P.A.	
Vaccino	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2021
Epatite A	1
Rotavirus	540
Meningococco B	538
Meningococco tetravalente ACYW-135 coniugato	654
Vaccino	Numero prime/seconde dosi al 31/12/2021
MPRV: prima dose	700
MPRV: seconda dose ^(d)	0
(d) nei casi in cui la seconda dose venga anticipata, rispetto all'età prevista nel calendario vaccinale	

Cicli vaccinali completati al 31/12/2021														
Vaccinazione anti-HPV Femmine														
Coorte dell'anno	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV=solo Femmine)	534	571	591	529	621	593	601	628	652	645	647	633	662	664
Vaccino														
HPV (prima dose)	338	487	476	410	457	480	481	510	552	540	571	545	594	476
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica)	215	316	385	362	416	437	432	480	534	508	529	514	557	449
Vaccinazione anti-HPV Maschi														
Coorte dell'anno	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV=solo Maschi)	632	644	567	635	631	578	602	632	630	660	685	679	506	703
Vaccino														
HPV (prima dose)	337	424	353	362	86	18	19	7	3	3	3	1	2	0
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica)	227	289	271	298	56	14	13	6	3	3	3	0	1	0

Gli Screening Oncologici

Altra importante attività che è proseguita con grande difficoltà e che ha subito una flessione in diminuzione è quella legata agli screening oncologici.

Durante l'anno 2021 l'attività dedicata ai 3 screening oncologici (cervice uterina, mammella e colon retto) è continuata sulla scia delle nuove modalità imposte dalla pandemia, che ha causato un importante aumento dei carichi di lavoro per il personale operante nelle attività di segreteria. Tutt'ora è infatti impensabile operare con lettera di invito postale con appuntamento prefissato in overbooking (come succedeva fino a inizio 2020) ma è necessario invece fissare telefonicamente ogni singolo appuntamento disponibile nelle agende degli screening per il tumore della cervice uterina e della mammella, appuntamenti per i quali è anche necessario procedere a un pretriage telefonico.

Anno	Screening Cervice Uterina			Screening Mammografico			Screening Colon Retto		
	Inviti al 1° livello*	Numero di aderenti**	Tasso di adesione	Inviti al 1° livello*	Numero di aderenti**	Tasso di adesione	Inviti al 1° livello*	Numero di aderenti**	Tasso di adesione
Survey 2019	10.587	5.510	52%	5.962	3.711	62%	10.577	4.356	41%
Survey 2020	5.590	1.904	34%	2.669	1.636	61%	4.938	1.651	33%
Survey 2021-dati parziali***	14.948	4.295	29%	5.070	2.100	41%	11.102	3.839	35%

*invitate tra il 01/01/2019 e il 31/12/2019 per la survey 2019; invitate tra il 01/01/2020 e il 31/12/2020 per la survey 2020.

** aderenti agli inviti del 2019 fino al 30/04/2020 per la survey 2019; aderenti agli inviti del 2020 fino al 30/04/2020 per la survey 2020.

***dati al 15/03/2022. (invitati tra l' 01/01/2021 e il 31/12/2021.)

Fonte dati: ONS (Osservatorio Nazionale screening):

GISCI (Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma)

GISMa (Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico)

GISCoR (Gruppo Italiano Screening tumori colonrettali)

A causa della diminuzione del tasso di adesione verificatosi a causa del COVID, è stato necessario anche aumentare il numero di inviti per poter riuscire a garantire un buon riempimento delle agende. Tali agende attualmente, causa COVID, vedono una distribuzione degli appuntamenti cadenzata ogni 20/30 minuti, a seconda dell'attività prevista e della logistica delle strutture interessate, al fine di evitare affollamenti nelle sale di aspetto e per consentire le procedure di sanificazione degli ambienti/apparecchiature utilizzate. Ciò ha determinato una riduzione importante degli slot disponibili per gli appuntamenti di primo livello dello screening mammografico e cervicale.

Le adesioni registrate nel 2021 iniziano a riavvicinarsi ai dati del 2019, pur non recuperando appieno, sia per lo screening del tumore della cervice uterina che per lo screening coloretale. Per quanto riguarda invece lo screening per il tumore della mammella, l'attività ha risentito di un lungo periodo di blocco (da luglio 2021), causa lavori di ristrutturazione della Radiologia di Oristano e ha avuto solo un minimo bilanciamento dallo spostamento dell'attività presso la Radiologia del PO di Ghilarza, nel quale sono state programmate due sedute settimanali a partire da settembre 2021 (contro le sei sedute/settimana prima attive nella radiologia di Oristano).

L'Assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro

Il servizio SPRESAL è stato coinvolto, mediante delega dell'autorità giudiziaria, in attività di accertamento su fatti legati all'emergenza epidemica. Per tale motivo su alcuni ambiti l'attività ha subito una riduzione nell'anno 2020.

	2019	2020	2021
Indagini per infortuni sul lavoro	3	7	0
Indagini per malattie professionali	0	4	1.726
Lavoratori controllati	99	41	29
Interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria con piani mirati			
Aziende interessate	1.497	605	755
Aziende con interventi di vigilanza	2.250	2.406	1.438
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di malattie infettive)		2.975	0

Fonte dati: NSIS Mod FLS18 Quadro F

Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Con circolare congiunta della Direzione Generale della sanità animale e dei farmaci veterinari e della Direzione Generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione del Ministero della Salute, è stata disposta la sospensione di tutte le attività relative a campionamenti programmati e piani di sorveglianza fino al 30 aprile 2020, tranne le attività non differibili per rischio sanitario, elevato impatto economico o di benessere animale o gestionale; ciò al fine di limitare gli spostamenti del personale durante il periodo dell'emergenza per le sole attività urgenti e indifferibili.

Nel 2021 si assiste ad una generale ripresa dell'attività rispetto all'anno precedente; sono stati garantiti i volumi richiesti dai Piani di risanamento delle malattie animali e sono aumentate le verifiche in regime di emergenza urgenza. Sono inoltre aumentate per riportarsi ai livelli del periodo pre pandemia anche i controlli agli stabilimenti e attività commerciali e alle carni macellate. Anche i controlli sugli alimenti, le acque destinate al consumo umano e i prodotti sanitari sono aumentati rispetto all'anno precedente.

Ispezioni e Verifiche

	2019	2020	2021	(Delta % 2021-2020)
Alimenti e Nutrizione				
Alimenti	696	433	485	12%
Acque di destinazione al consumo umano	14	6	11	83%
Prodotti fitosanitari	27	29	38	31%
Sanità Animale				
Piani risanamento malattie animali	7.139	9.050	8.936	-1%
Controllo malattie infettive animali	21	14	737	5164%
Anagrafe ed identificazione animale	1.612	224	230	3%
Urgenze ed emergenze	70	85	90	6%
Allev. Prod. Zootecniche				
Latte	173	197		
Farmaci	135	55		
Alimentazione animale	16	13		
Benessere animale	63	115		
Stabilimenti trasf. Latte (caseifici) con non conf.	11	12		
Certificazioni con ispezione per export formaggi	679	470		
Alimenti di Origine Animale				
Stabilimenti e attività commerciali	406	2.384	2.235	-6%
Controllo carni macellate (capi diverse specie)	835.093	862.027	893.405	4%
Agriturismo	110	53	43	-19%

Per quanto riguarda i campionamenti, questi prevedono un volume minimo richiesto su base regionale e ulteriori attività che vengono svolte solo a seguito dell'attivazione di sistemi di allerta o legate a esigenze epidemiologiche e eventi straordinari.

Campionamenti e Controlli

	2019	2020	2021	(Delta % 2021-2020)
Alimenti e Nutrizione				
Alimenti (farine, frutta, bevande, preparazioni gastronomiche)	230	294	372	27%
Acque destinate al consumo umano***	875	645	528	-18%
Sanità Animale				
Test Tubercolosi	60	15.907	17.153	8%
Campioni sanitari per accertamento malattie animali	50.313	42.868	39.494	-8%
Vaccinazioni per malattie animali	51.418	40.841	47.085	15%
Allev. Prod. Zootecniche				
Latte e formaggi	120	51		
Ricerca residui prodotti lattiero caseari	126	32		
Alimentazione animale	152	62		
Alimenti di Origine Animale				
Controllo malattie al macello	1.768	1.301	1.768	36%
Alimenti di origine animale	114	49	114	133%
Ricerca residui alimenti di origine animale	90	49	90	84%

Fonte dati: ***Izs (Istituto Zooprofilattico della Sardegna)

Attività di Medicina Legale e altre attività di Igiene e Sanità Pubblica

Le attività sotto elencate registrano una forte contrazione rispetto al periodo di pre pandemia soprattutto per l'accertamento dello stato di invalidità, Legge 104/92 con evidenti impatti a livello sociale. Rispetto all'anno 2019 si è avuta una contrazione del 72% nell'anno 2020 che si è parzialmente recuperata nel 2021 (-48%).

Attività	2019	2020	2021
Utenti beneficiari vitalizio Legge 210/92	5	5	5
Patenti Co.Me.Lo.	2.380	1.714	1.669
Certificazioni per rilascio patenti	5.984	10	1.044
Certificazioni necroscopiche	680	66	195
Visite collegiali	12	4	2
Visite di idoneità porto d'armi	1.067	18	112
Visite per l'accertamento dello stato di invalidità, Legge104/92 etc.	7.625	2.173	3.978
visite fiscali	-		
Altre certificazioni (certif. Elettorali,adozioni,deambulaz.ridotta)	420		97
Accertamenti Medico Legali richiesti dal giudice di sorveglianza o dal tribunale	-	1	3
ReNCam	1.471		

B.2 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa

Gli obiettivi in tale ambito sono improntati principalmente nello sviluppo del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 così come previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 e dalla Delibera di Giunta Regionale n. 50/46 del 28.12.2021, anche mediante il rafforzamento dei rapporti di collaborazione con i Distretti Socio Sanitari nel portare a compimento i progetti ivi contenuti.

Sia il nuovo Piano nazionale che quello regionale di prevenzione 2020-2025 prevedono interventi di contrasto della cronicità basati su strategie di comunità mediante la creazione di una rete interistituzionale con lo sviluppo di progettualità da realizzarsi unitamente alle istituzioni scolastiche, ai datori di lavoro, agli Enti Locali, alle associazioni di categoria etc., sulla base del tema trattato. Questo approccio sarà accompagnato da una formazione trasversale e intersettoriale. L'obiettivo è quello di promuovere ambienti favorevoli alla salute e contrastare i principali fattori di rischio. Saranno inoltre promossi interventi diretti all'individuo quali quelli di counselling breve per la promozione di comportamenti favorevoli alla salute e di screening organizzato per l'individuazione precoce di condizioni di rischio individuali.

Il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2020-2025 si pone in continuità rispetto agli interventi delle precedenti annualità di programmazione per il pieno compimento delle azioni avviate e individua quale priorità per tutti gli obiettivi la riduzione delle disuguaglianze sociali e geografiche in quanto rendono le persone più vulnerabili ai fattori di rischio per la salute e la qualità della vita.

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 si pone 6 Macro obiettivi:

- MO1: Malattie croniche non trasmissibili;
- MO2: Dipendenze e problemi correlati;
- MO3: Incidenti domestici e stradali;
- MO4: Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali;
- MO5 Ambiente, clima e salute;
- MO6: Malattie infettive prioritarie.

All'interno di questi macro obiettivi il PRP 2020-2025 si propone di realizzare i seguenti programmi:

- PP01 Scuole che promuovono salute;
- PP02 Comunità attive;
- PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute;
- PP04 Dipendenze;
- PP05 Sicurezza negli ambienti di vita;
- PP06 Piano mirato di prevenzione;
- PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura;
- PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro;
- PP09 Ambiente, clima e salute;
- PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza;
- PL11 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza delle malattie infettive, della prevenzione e risposta alle emergenze infettive; -
- PL12 Promozione della salute materno infantile e riproduttiva;
- PL13 Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico.

Ciascun programma sarà interessato da quattro azioni trasversali, intersettorialità, formazione, comunicazione ed equità.

A seguito della adozione della DGR n. 50/46 del 28.12.2021 di adozione del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025, a livello locale questa azienda si è dotata di una organizzazione capace di sviluppare gli interventi e le attività aziendali funzionali al conseguimento degli obiettivi di Prevenzione e di Promozione della Salute, definiti nel Piano Nazionale e nel Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025.

Con delibera del Direttore Generale 286 del 29/07/2022 è stato costituito un Gruppo di Coordinamento con l'individuazione di un referente per ogni Programma e definita la Scheda Operativa contenente le azioni e le corrispondenti attività da svolgere a livello locale per singola azione, comprensiva di un allegato contenente una tabella degli obiettivi e degli indicatori e corrispondenti valori attesi da perseguire negli anni 2022-2025. Il gruppo di coordinamento ha il compito di riferire sullo stato di attuazione dei Programmi e sulle criticità rinvenute nella loro realizzazione.

In particolare, rispetto ai programmi di screening oncologico che questa azienda ha adottato (delibera del direttore generale n. 82 del 29.03.2022) si è intervenuti per l'anno 2022 con il Piano di recupero delle liste d'attesa Covid-19 di cui all'art. 29 del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni,

dalla legge n. 126 del 13.10.2020. La disposizione normativa nazionale detta disposizioni urgenti in materia di liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza. La Regione Sardegna con DGR 3/4 del 27.01.2022 ha aggiornato il proprio Piano operativo regionale di recupero delle liste di attesa Covid-19 distribuendo alle aziende regionali i fondi stanziati dalla legge di bilancio nazionale 2022 (Legge 234/2021), assegnando alla ASL di Oristano la somma di euro 924.494,62.

Il Piano aziendale, attualmente in fase di attuazione, prevede il recupero di prestazioni per i tre programmi di screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon retto) mediante prestazioni aggiuntive per recuperare i gap venutosi a creare tra il 2019 e il periodo di pandemia.

I principali indicatori utilizzati per il monitoraggio dei programmi di screening mostrano nel corso del 2020 e del 2021 un peggioramento rispetto al 2019. Il numero degli inviti e delle prestazioni di primo livello mostra differenze importanti tra il 2019 e il 2020, come si può evincere dalla tabella sottostante.

	INVITI (differenziale survey 2019-2020)	PRESTAZIONI 1 livello (differenziale survey 2019-2020)
screening del tumore della cervice uterina	4.997	3.606
screening del tumore della mammella	3.293	2.075
screening del tumore del colon retto	5.639	2.705

Si è registrata inoltre una diminuzione del tasso di adesione agli inviti a seguito della pandemia, descritto anche a livello nazionale, probabilmente legato al timore di esporsi al rischio di contagio nell'accedere alle strutture sanitarie, fattore che ha contribuito ad una ridotta partecipazione nel 2020 e 2021. Per il recupero delle prestazioni di screening oncologico si è stanziata la somma di euro 271.444 che permetterebbe di raggiungere i seguenti obiettivi:

Screening del tumore della cervice uterina

Classe di età 25-64	Numero di invitate*	Numero di aderenti**
Obiettivo Survey 2022	9.600	3.900

**include adesioni fino al 30/04/2023 su inviti effettuati fino al 31/12/2022*

Screening del tumore della mammella

Classe di età 50-69	Numero di invitate	Numero di aderenti
Survey 2022*	5.700	3.150

**include adesioni fino al 30/04/2023 su inviti effettuati fino al 31/12/2022*

Screening del tumore del colon retto per il 2022 potrebbe essere il seguente:

Classe di età 50-69	Numero di invitati	Numero di aderenti
Obiettivo survey 2022	10.000*	4.200**

*invitati tra il 01/01/2022 e il 31/12/2022.

** aderenti agli inviti del 2022 fino al 30/04/2023.

Sul fronte della prevenzione rispetto alla diffusione del virus Covid 19, sarà garantita la prosecuzione delle vaccinazioni anche nel corso del prossimo anno 2023 secondo le indicazioni nazionali.

Di seguito si illustra la programmazione delle singole azioni/attività per gli anni 2023-2025 funzionali al conseguimento a livello Aziendale degli obiettivi di Prevenzione e Promozione della Salute definiti nel Piano Regionale di Prevenzione 2022-2025.

Programma PP10 “Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza”

L'obiettivo di tale intervento è quello di migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi CPE e resistenti ai carbapenemi CRE, monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza secondo le indicazioni ministeriali.

A livello locale, ASL di Oristano, più precisamente nei PPOO, da diversi anni sono stati pianificati alcuni interventi per il raggiungimento degli obiettivi indicati come strategici che vanno ovviamente monitorati e rafforzati. Nell'ultimo periodo per carenza di personale nella Direzione Medica di Presidio tale attività ha subito un rallentamento notevole.

Le azioni che si intendono sviluppare nel triennio sono le seguenti:

- adesione al progetto dell'OMS “Save Lives Clean your hands” e monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani.
- attività di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza nei tre PPOO
- rafforzare le attività di prevenzione e controllo delle infezioni ICA: andamento prescrizioni antibiotici, monitoraggio delle infezioni da germi multiresistenti. Dati su sinistri e reclami
- audit con le UUOO dei presidi Ospedalieri.

Programma PP04 “Dipendenze”.

I programmi di prevenzione universale e/o selettiva sono rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in setting extra scolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo. È indispensabile offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno sia nell'ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (come Unità di strada/presidi

mobili e Drop in per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive), in coerenza con i nuovi LEA.

L'attività di prevenzione dal SerD per il triennio futuro prevede, laddove possibile, il proseguo delle attività in collaborazione con enti ed associazioni pubbliche e private già realizzate negli anni precedenti, ma fortemente condizionati dalla recente pandemia. In particolare si sono realizzati incontri di prevenzione universale (altrimenti detta "primaria") in ambito scolastico. Nel biennio scorso tali interventi hanno avuto tempistica irregolare con avvii, sospensioni e riavvii a seguito di indicazioni ministeriali o decisioni dei singoli istituti scolastici per prevenire il rischio pandemia. Si sono realizzati incontri di confronto, sensibilizzazione, informazione e consulenza sia in forma individuale che in gruppi-classe.

È quindi intenzione di riprendere in maniera costante e strutturata l'attività sopra descritta di prevenzione universale e/o selettiva.

Programma P12 "Promozione della salute materno infantile e riproduttiva"

Le attività informative sulla gravidanza avverranno mediante contatti con i MMGG, Farmacisti, laboratori analisi pubblici e privati, dirigenti scolastici delle scuole superiori, principali luoghi frequentati dai giovani con successiva distribuzione di locandine informative. Saranno inoltre distribuite delle locandine informative sulla gravidanza a tutte le donne che accedono per la prima volta allo screening per la cervice carcinoma (chiamata attiva) pap test. Si prenderanno contatti con i medici di igiene pubblica per l'accesso alle schede vaccinali dei nuovi nati prevedendo un successivo contatto telefonico con le famiglie per la raccolta dei dati e l'inserimento di questi nei 2 registri (gravidanza e neonato).

Saranno realizzati incontri di accompagnamento alla nascita IAN (frequenza mensile) con consegna alle partecipanti dei fascicoli sull'allattamento e l'alimentazione nella 1° infanzia. In tale ambito saranno svolte attività di sensibilizzazione per la prevenzione di incidenti domestici e automobilistici, prevenzione della morte in culla, vaccinazioni in età pediatrica e importanza della lettura precoce sullo sviluppo psichico e cognitivo dei bambini e danni causati dalla esposizione eccessiva alle tecnologie audiovisive e digitali.

Avverranno poi dei contatti telefonici con i genitori dei nuovi nati entro il 2° mese di vita del bambino con offerta attiva dei servizi consultoriali, raccolta dati sulla gravidanza e informazioni sull'allattamento, prevenzione incidenti domestici, prevenzione della morte in culla, vaccinazioni con inserimento dei dati nella scheda contatto famiglia. Sarà quindi organizzata una attività di invio per e-mail dei fascicoli a tutte le famiglie contattate. Si prevede di raggiungere nel 2023 almeno il 75% dei nuovi nati. I contatti telefonici con le famiglie riguarderanno anche i bambini al compimento del 1° anno di vita e del 2° anno di vita con inserimento dei dati nella scheda contatto-famiglia.

Verranno inoltre organizzati degli eventi formativi del personale operante nei consultori sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno (completamento della formazione modello OMS/Unicef).

PL13: Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologici

Come ogni anno si proseguirà nel favorire l'adesione allo screening in sinergia con tutti i servizi coinvolti nelle attività di screening oncologico. Ogni servizio coinvolto mette a disposizione un numero di ore e sedute/fasce orarie per l'erogazione delle prestazioni di primo e secondo livello funzionali al numero di inviti che il centro screening intende inviare per raggiungere il target annuale di adesioni.

Si opererà poi per il completamento della transizione verso il modello basato sul test HPV-DNA primario per lo screening del cervico carcinoma, predisponendo un piano formativo rivolto agli operatori dello screening del carcinoma della cervice uterina (personale dei Centri screening, personale prelevatore, personale del laboratorio di riferimento, personale del secondo livello) su differenti aspetti conseguenti all'introduzione del test HPV-DNA come test primario.

PP01: Scuole che promuovono salute

A seguito dell'adozione di un documento regionale di pratiche raccomandate orientate alle life skills con azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo, i nostri servizi aziendali adotteranno gli interventi prescritti mediante la collaborazione della Rete regionale formalizzata di "Scuole che Promuovono Salute". Sarà quindi adoperato il sistema regionale di monitoraggio della realizzazione degli interventi di cui al "Documento regionale di pratiche raccomandate per valutarne l'efficacia degli interventi".

PP02: Comunità Attive

L'intervento mira a favorire la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali con il coinvolgimento dei Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo.

Sarà poi portato a compimento almeno un programma di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA) rivolto alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani).

PP05: Sicurezza negli ambienti di vita

Il programma si propone di sviluppare/aumentare le competenze genitoriali connesse alla prevenzione degli incidenti domestici e stradali in età infantile. Tra le azioni previste si tenderà a promuovere l'adozione di Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS) nei quali la ASL esprime il proprio contributo nel procedimento della valutazione ambientale strategica (VAS). Si procederà poi con l'implementazione di azioni congiunte con le Scuole sulla base di appositi documenti regionali contenenti programmi preventivi orientati alle life skills e azioni/interventi per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico, sul piano sociale, fisico e organizzativo. Ciò avverrà mediante un accordo regionale formalizzato tra Regione e MIUR – USR.

PP09: Ambiente, Clima e salute

In tale ambito si punta al rafforzamento e all'aggiornamento delle conoscenze e competenze di tutti gli attori sanitari e degli stakeholder interessati e coinvolti mediante accordi inter-istituzionali per il miglioramento della sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree interessate da elevate criticità e pressioni ambientali.

Saranno elaborati e realizzati programmi di intervento di controllo in materia di sicurezza chimica trasversale agli ambienti di vita e di lavoro anche mediante un programma annuale regionale di controllo in materia di sicurezza chimica, trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato. Saranno promosse buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici anche mediante relativi interventi di formazione specifica.

Sarà cura di questa Azienda garantire la presenza, mediante una rappresentanza socio-sanitaria, alla partecipazione a tavoli tecnici inter istituzionali di valutazione dei programmi/progetti dedicati alla rigenerazione urbana/urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti “salutogenici”.

Altro progetto da implementare riguarderà lo sviluppo di sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano.

Si procederà poi a sviluppare percorsi integrati tra il Dipartimento di Prevenzione, i Presidi Ospedalieri e l'IZS della Sardegna per un'appropriata e tempestiva rilevazione dei focolai zoonotici di MTA, la limitazione della loro diffusione e la messa in campo di efficaci strategie di prevenzione. Saranno quindi utili interventi di formazione in ambito di igiene urbana veterinaria in materia di sostenibilità ambientale e benessere animale anche delle filiere zootecniche. Le descritte attività di promozione della sicurezza e tutela della salute di cittadini, lavoratori e consumatori saranno sostenute da una attenta attività di monitoraggio dei punti

d'entrata ad alto rischio di nuove specie invasive di vettori e di monitoraggio della resistenza a prodotti insetticidi nei vettori.

PL11: Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza delle malattie infettive, della prevenzione e risposta alle emergenze infettive

Avendo mappato i Sistemi informativi a livello regionale di segnalazione delle malattie infettive esistenti, si procederà ad una analisi delle funzionalità, delle criticità attuali e all'individuazione delle esigenze informative connesse alla segnalazione delle malattie infettive e alla definizione di set dati e flussi per l'adeguamento del Sistema Informativo regionale in modo da assicurare l'interoperabilità con i sistemi già esistenti per arrivare nel 2025 al rilascio del Sistema informativo.

Saranno definiti Protocolli per la gestione multidisciplinare dello screening per le malattie a trasmissione sessuale e del complesso Torch all'inizio della gravidanza e sarà adottato un piano di comunicazione e realizzazione di azioni di sensibilizzazione della popolazione. Sarà quindi definito un Protocollo regionale per la prevenzione farmacologica dell'HIV.

PP06-07-08: Piani Mirati di Prevenzione (PMP) nei comparti: Amianto, Pesca, edilizia, agricoltura e Piani Mirati di Prevenzione (PMP) - rischio cancerogeno per esposizione professionale a polveri di legno duro, rischio delle Patologie dell'Apparato Muscolo-Scheletrico, rischio Stress Lavoro Correlato (SLC) nel comparto sanità.

I piani mirati di prevenzione si svolgeranno in tutti gli ambiti mediante azioni di formazione degli operatori del Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro della ASL. Saranno quindi realizzate attività di formazione e assistenza alle imprese e operatori economici locali dei vari comparti. Seguiranno attività di vigilanza mediante sistemi di autovalutazione e solo in ultima battuta si procederà con attività ispettive a campione. Rispetto alle azioni di prevenzione svolte, si procederà alla valutazione dell'efficacia dell'applicazione delle buone pratiche da parte delle imprese.

B.3 Area dell'assistenza distrettuale. Offerta di prestazioni e servizi

La cura del paziente cronico, in particolare dell'anziano fragile, non può limitarsi unicamente all'aspetto sanitario di prevenzione e trattamento delle patologie, ma deve essere un "prendersi cura" della persona e spesso anche della sua famiglia.

Avvenuto il primo contatto con il paziente fragile, sia attraverso gli sportelli comunali, sia attraverso i presidi ospedalieri nei casi urgenti, che direttamente dal PUA "punto unico di accesso", la valutazione del bisogno assistenziale avviene mediante i PUA presenti a Oristano, Ghilarza, Bosa e Ales.

Il percorso della ASL di Oristano, prevede infatti che siano i PUA a provvedere alla presa in carico globale dei bisogni della persona fragile nella rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, che identificato il bisogno dell'utente, indirizzerà il caso alla UVT (Unità di Valutazione Territoriale) di pertinenza, la quale provvederà a decidere in merito all'inserimento del soggetto fragile nella struttura più appropriata che potrà essere una RSA, le Cure Domiciliari, un centro diurno, un centro riabilitativo ecc.

La L.R. 24/2020 e il Piano regionale dei servizi sanitari 2022-24, prevedono che le Case della comunità garantiscano, tra le altre, la funzione di Sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria (SUA), con possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP). All'interno di ciascuna Casa della comunità, il SUA rappresenta il luogo fisico al quale il cittadino può rivolgersi per trovare risposte ai propri bisogni di salute, in maniera più capillare rispetto al PUA che, sebbene continuerà ad essere un punto di riferimento importante per l'accesso ai servizi socio-sanitari, risulta meno diffuso sul territorio, avendo perlopiù valenza distrettuale. Si lavorerà pertanto alla creazione dei SUA all'interno delle Case della Comunità di prossima realizzazione.

Il Distretto può realizzare una reale e concreta presa in carico del paziente cronico, sviluppare ulteriori strategie per trasferire tutte le informazioni necessarie nel momento della presa in carico globale del paziente, evitando i rischi di semplice custodia passiva o di duplicazione dell'intervento assistenziale svolto nella fase acuta.

È necessario attivare modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le formule organizzative per la presa in carico del paziente che viene avviato a un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). In tal senso, il PDTA deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale o domiciliare, altre in condizione di degenza, finalizzate alla gestione programmata e appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso.

È necessario quindi realizzare una concreta continuità assistenziale (disease management) basandosi su:

- l'adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica e le corrette abitudini alimentari, visti non solo come strumento di prevenzione primaria, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione di specifiche patologie croniche. In questa ottica andrebbe sperimentata l'Attività Fisica Adattata (AFA) come un programma di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicato per cittadini con

disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate in esito a diverse patologie, inclusi ictus e ischemia miocardica;

- l'implementazione delle competenze, nel team multiprofessionale, per far acquisire alle persone assistite quelle capacità di attuare un'adeguata autogestione (self care) della propria malattia;
- l'attuazione degli interventi assistenziali presso l'ambulatorio del MMG o al domicilio del malato, ivi inclusi i test diagnostici e le medicazioni, ove necessarie;
- un sistema informativo centrato sul paziente basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG.

A tal proposito, un'azione che consentirà di dare un impulso al miglioramento della qualità delle prestazioni nel territorio potrà essere quello dell'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico, dove vengono raccolti tutti gli eventi sanitari dei cittadini, per impostare le basi di un modello di cura integrato dove le informazioni tra medici sono maggiormente condivise con un sistema a rete che mette in comunicazione non solo i vari attori protagonisti della presa in carico del paziente nel territorio, ma anche l'ospedale. Ad oggi si è arrivati all'attivazione di una grande parte dei fascicoli sanitari ma il suo utilizzo è ancora esiguo.

Altro elemento che potrà contribuire al miglioramento della qualità delle prestazioni offerte, ove l'uso del fascicolo sanitario sarà di fondamentale aiuto, sarà l'applicazione dei sopra citati Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), soprattutto rivolti a determinate categorie di pazienti affetti da patologie croniche. Anche in questo caso il modello in rete per la cura del paziente è determinante.

Tra gli strumenti innovativi che permettono appunto lo sviluppo di modelli di cura in rete si sta sempre più diffondendo la Telemedicina che permette l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza grazie all'uso di tecnologie ICT. Già nel 2014 il Ministero della Salute emanava le linee guida. Questo strumento contribuirà alla costruzione di ambienti di condivisione tra i diversi attori (ospedalieri e territoriali) con lo scopo di migliorare la qualità delle cure.

Nella gestione integrata della cronicità il medico di medicina generale è sicuramente il principale referente della presa in carico e dell'attivazione del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato per il paziente stesso. Dovrà essere favorita la continuità assistenziale anche tramite la realizzazione di una rete dei servizi di cure primarie, creando le condizioni affinché si istituiscano delle interrelazioni gestionali e relazionali tra professionisti che lavorano congiuntamente. Ciò consentirebbe la condivisione di dati e conoscenze per fornire una risposta di rete ai bisogni dei cittadini, soprattutto in un'ottica di continuità assistenziale h 24 e di sicurezza del paziente.

Anche a seguito dei recenti eventi legati alla pandemia si è potuto constatare che è indispensabile e non più procrastinabile, potenziare e qualificare la sanità territoriale e ridurre la frammentazione degli interventi sanitari e assistenziali che producono inefficienze e inefficaci interventi di cura.

Purtroppo anche a livello territoriale l'attività dell'anno 2020 è stata segnata e indebolita dagli eventi legati alla pandemia. La riorganizzazione delle attività in sicurezza ha comportato un rallentamento e una riduzione nell'offerta di prestazioni che ci si è apprestati poi a recuperare.

Su impulso della Direzione di Area, è stato chiesto alle strutture di adottare e diffondere procedure e protocolli per la ripresa dell'attività in sicurezza, in linea con le disposizioni nazionali e regionali. È stata chiesta inoltre evidenza della promozione e diffusione di attività di formazione sull'osservanza delle misure igieniche e di prevenzione e protezione con particolare riferimento all'uso corretto dei dispositivi di protezione individuale.

Per tutte le attività territoriali si è utilizzato il criterio dell'ammissione del paziente al servizio sanitario in sicurezza, mediante la richiesta di protocolli e procedure per il controllo e la regolamentazione degli accessi. Laddove possibile, si è richiesto di erogare i servizi privilegiando la prenotazione e il pagamento del ticket da remoto (telefoniche, telematiche) e privilegiando modalità di erogazione a distanza (telemedicina, videochiamata, videoconferenza), per particolari tipologie di prestazione (es. alcune tipologie di visite di controllo, aggiornamento di piani terapeutici, ecc.).

L'assistenza alle persone con disabilità e la presa in carico dell'anziano e dei soggetti non autosufficienti.

L'assistenza alle persone con disabilità e la presa in carico dell'anziano e dei soggetti non autosufficienti è garantita grazie all'operatività, dislocato nei tre distretti aziendali, del Punto Unico di Accesso (PUA), che assicura la continuità e la tempestività delle cure a tali pazienti cui devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario (prestazioni infermieristiche, mediche, riabilitative ecc.) o sociosanitario (cure domiciliari, residenza diurna o a tempo pieno, ecc.). A ciò si affiancano ulteriori misure assistenziali a carattere sociale a valere sul fondo regionale per le non autosufficienze.

Le problematiche principali per l'assistenza delle persone con disabilità, degli anziani e dei soggetti non autosufficienti, nascono dalle carenze e inadeguatezze delle strutture attualmente esistenti, in quanto mancano strutture intermedie di tipo residenziale e riabilitativo e risultano carenti i posti letto per ricoveri di post acuzie di riabilitazione e lungodegenza. Come già accennato, ciò non solo determina un livello inadeguato dell'assistenza territoriale ma tende a sovraccaricare gli ospedali che devono pertanto ritardare la dimissione del paziente generando inefficienze anche nel sistema ospedaliero.

L'operato continuo e attento delle Unità di Valutazione Territoriale, con il coinvolgimento delle famiglie, eventualmente dei comuni e delle altre risorse del territorio, permette un'appropriata permanenza e/o rientro a domicilio dei pazienti, consentendo una loro minore permanenza nella struttura o il trasferimento in altre strutture socio-assistenziali più appropriate.

I dati relativi agli inserimenti presso le strutture residenziali e semiresidenziali, di seguito rappresentati denotano un bisogno in crescita, soprattutto per l'assistenza di pazienti ventilati o ad alta intensità assistenziale, e la necessità quindi di implementare gli Ospedali di Comunità che offrirebbero risposte territoriali ai bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani e/o fragili.

L'Unica RSA presente nel territorio con 63 posti letto è la RSA Villa San Giuseppe di Milis che in linea con il nuovo ruolo assunto dalle Residenze Assistite presta assistenza non solo a persone anziane ma dà risposte

assistenziali anche a persone portatrici di bisogni complessi a prescindere dall'età. Tale struttura ospita soggetti anziani e/o non autosufficienti con un alto livello di fragilità, soggetti in fase terminale della vita, lungo degenti, ventilati provenienti dalla rianimazione, in coma e in cure palliative, non assistibili a domicilio.

Le giornate di degenza nelle RSA durante il 2021 sono aumentate rispetto al dato del 2019 e questo dato è soprattutto evidente per le attività riferite ai malati terminali e ad alta intensità assistenziale. La scarsità di posti letto nel territorio provinciale per la cura e l'assistenza di tali pazienti (posti letto per post acuzie e Ospedali di Comunità) comporta un ricorso inappropriato su tale livello assistenziale e su altri livelli quali quello della riabilitazione globale e dei ricoveri ospedalieri per acuti.

La programmazione dell'offerta di servizi di assistenza residenziale dovrebbe garantire livelli di fruibilità e disponibilità idonei rispetto ai bisogni reali di assistenza, valorizzando anche un criterio di prossimità dell'offerta.

RSA - ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE erogata dai centri privati

Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari (profili assistenziali di cui alla DGR 22/24 dello 03.05.2017)

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	n. giornate	importo	n. giornate	importo	n. giornate	importo
Profili dal 1 al 5	4.187	302.585	4.112	294.724	3.930	280.022
Profili dal 6 al 9	1.675	97.150	1.827	105.966	1.666	96.315
Terminali e altri ad alta intensità ass.le.	8.960	1.356.174	9.695	1.470.539	11.058	1.672.517
Terminali e altri ad alta intensità ass.le. Ventilati	2.648	578.979	1.906	425.475	2.218	496.755
Storno per ricovero	-153	-10.928	-71	-3.853	-60	-1.604
TOT	17.317	2.323.960	17.469	2.292.851	18.812	2.544.005

In grande incremento anche il ricorso all'Hospice per il quale le giornate di ricovero sono aumentate del 36% nel 2021; La presenza dell'Hospice nel Comune di Oristano di recente apertura, costituisce un elemento qualificante per l'offerta assistenziale in tale ambito.

HOSPICE di Oristano

Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
Terminali - Giornata di degenza - Cure palliative	96	28.800,00	1.934	538.800	2.626	692.400

Sono altresì aumentate le giornate di ricovero presso le Comunità Integrate (+56%). Si riducono invece, dato il periodo emergenziale, le attività nei Centri diurni nel profilo assistenziale basso.

COMUNITA' INTEGRATE (ex Case Protette)

Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
Assistenza socio sanitaria comunità integrate	93.962	1.005.038	108.117	1.124.417	146.146	1.519.919

CENTRI DIURNI INTEGRATI del privato accreditato

Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
Profilo assistenziale basso	1.835	53.215	1.098	37.382	1.169	37.450
Profilo assistenziale alto	1.425	51.300	1.373	39.846	1.709	49.561
Storno per ricovero			-7	-126	0	0
TOT	3.260	104.515	2.464	77.102	2.878	87.011

L'assistenza riabilitativa globale e socio sanitaria.

Le prestazioni di riabilitazione globale ex art. 26, legge 833 del 23 dicembre 1978, offerte nel territorio provinciale, sono erogate da strutture proprie e presso centri privati convenzionati che offrono prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari.

Tali strutture si inseriscono nella rete riabilitativa locale che si compone altresì dei posti letto per post acuti, con la presenza di 16 posti letto di Medicina Fisica e Riabilitazione codice 56 presso l'ospedale privato Casa di Cura Madonna del Rimedio e dai 10 posti letto di Neuroriabilitazione codice 75 presso l'ospedale San

Martino di Oristano. La presenza nel territorio della ASL di Oristano del Centro di cura e riabilitazione Santa Maria Bambina di rilevanza regionale, contribuisce ad assicurare continuità ai percorsi diagnostico-terapeutici specifici.

Con deliberazioni della Giunta Regionale n. 8/16 del 2006, 53/8 del 2007 e, da ultimo, n. 19/1 del 28.03.2008 avente ad oggetto “Attività sanitarie e socio sanitarie di riabilitazione globale: riorganizzazione della rete territoriale”, sono definiti i nuovi regimi assistenziali ai quali sia le strutture pubbliche che quelle private accreditate, convenzionate si sono dovute gradualmente adeguare nell’ambito di un processo di riorganizzazione delle attività sanitarie e socio sanitarie di riabilitazione territoriale.

Le prestazioni erogate dal pubblico nel biennio 2020-21, influenzato dall'evento della pandemia, tendono ad una lenta risalita pur essendo ancora lontane dal livello erogato nell'anno 2019 (-40% circa). Il privato accreditato, sopperendo alla carenza del pubblico, si è riportato su livelli prestazionali erogati in epoca pre-pandemica; sono aumentate le giornate riferibili alle prestazioni di riabilitazione a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale (+43%) mentre sono diminuite le prestazioni a ciclo diurno.

RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal pubblico						
Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari						
Trattamenti adulti	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
Assistenza ambulatoriale	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Ambulatoriale estensiva	6.761	311.006	3.016	138.736	4.166	191.636
Ambulatoriale mantenimento	1.798	62.930	512	17.920	812	28.420
TOT	8.559	373.936	3.528	156.656	4.978	220.056
Assistenza domiciliare						
Domiciliare estensiva	2.326	104.670	1.062	47.790	1.269	57.105
Domiciliare di mantenimento	781	29.678	155	5.890	546	20.748
TOT	3.107	134.348	1.217	53.680	1.815	77.853
Trattamenti bambini	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Assistenza ambulatoriale estensiva	2.378	109.388	1033	47.518	1.172	53.912
Assistenza domiciliare estensiva	412	18.540	258	11.610	243	10.935

RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal privato accreditato

Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASSL5 2021	
Assistenza residenziale	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.054	686.987	3.218	1.080.450	2.941	991.759
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.247	403.100	1.809	402.649	1.822	309.168
Riabilitazione residenziale a valenza socio riabilitativa	4.208	253.861	4.207	254.103	3.700	223.480
TOT	8.509	1.343.948	9.234	1.737.202	8.463	1.524.407
Assistenza semi residenziale						
Riabilitazione globale a ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	76	11.400	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità	281	20.654	39	2.866	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazione di gravità a tempo ridotto	8	800	0	0	0	0
TOT	365	32.854	39	2.866	0	0
Assistenza ambulatoriale						
Ambulatoriale intensiva	732	49.044	185	12.596	1.466	98.042
Ambulatoriale estensiva	13.801	653.292	11.323	520.858	13.784	634.064
Ambulatoriale mantenimento	933	32.655	618	21.630	1.697	59.395
TOT	15.466	734.991	12.126	555.084	16.947	791.501
Assistenza domiciliare						
Domiciliare estensiva	16.774	767.700	13.881	634.545	16.994	764.640
Domiciliare di mantenimento	5.795	220.514	4.369	166.022	6.209	235.942
TOT	22.569	988.214	18.250	800.567	23.203	1.000.582

La presa in carico del paziente fragile e le Cure Domiciliari

Particolare importanza riveste l'attività delle Cure Domiciliari in particolare per quanto riguarda il paziente fragile che trova giovamento nel suo percorso di cura in appositi ambiti che non siano l'ospedale.

Il paziente può essere considerato fragile in base ai seguenti indicatori:

- malattia cronica evolutiva e invalidante in qualsiasi età adulta;
- problemi di comorbidità associata a non autosufficienza;

- esistenza di problematiche già accertate dalle commissioni territoriali con progetti di protezioni sanitarie o socio-sanitarie da parte di servizi territoriali, più o meno congiunti a interventi specialistici integrativi della assistenza del MMG;
- diagnosi di grandi Sindromi Geriatriche (Demenza, Malnutrizione, ecc.).

Per quanto attiene le Cure Domiciliari, nei tre Distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa sono operative le attività di cura domiciliare integrata di secondo livello (ADI), rivolte a persone di ogni età non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, tesa essenzialmente, attraverso trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana dei pazienti. Si erogano altresì le cure Palliative e le Cure Domiciliari Integrate di 3° livello in stretto collegamento e coordinamento con l'Hospice. Sono inoltre presenti le prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.

Le patologie prevalenti che sono trattate sui singoli casi si riferiscono per lo più alle patologie neoplastiche, alle demenze di tipo Alzheimer e ad altre patologie croniche.

La sempre crescente necessità di assicurare questo livello di assistenza fa prevedere un aumento della spesa su tale ambito e la necessità di migliorare l'integrazione dei diversi professionisti coinvolti nella cura e assistenza del paziente. Certamente la presenza di reparti di Cure Intermedie o di Lungodegenza permetterà di garantire una assistenza adeguata per quei casi più complessi che non possono essere assistiti al domicilio e non possono essere appropriatamente curati in un reparto per acuti.

Rispetto all'anno 2019 i casi trattati in assistenza domiciliare si sono ridotti nel biennio 2020-21 di circa il 20%. Nel 2021 sono rimaste invece invariate le ore di assistenza degli infermieri (gli accessi si sono ridotti del 13%), mentre si sono ridotti di oltre il 30% gli accessi dei MMG/PLS

CURE DOMICILIARI INTEGRATE	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	VARIAZIONI 2021-2019	
Numero casi trattati	2.303	1.817	1.819	-484	-21%
Numero di accessi dei MMG/PLS	24.581	17.046	16.793	-7.788	-32%
Numero di ore di Assistenza infermieristica	42.224	39.710	41.580	-644	-2%
Numero di accessi Assistenza infermieristica	15.618	14.036	13.520	-2.098	-13%

Fonte: FLS21 anni 2020-2021

L'assistenza specialistica ambulatoriale

Le attività di specialistica ambulatoriale in epoca pandemica sono state riorganizzate garantendo appuntamenti maggiormente scaglionati per assicurare il distanziamento sociale dell'utenza negli spazi comuni e sono stati adottati specifici protocolli di igienizzazione e sanificazione degli ambienti, con particolare riferimento alla frequente e adeguata aerazione dei locali. Ciò, se da un lato era indispensabile per far ripartire l'attività con rischi limitati, ha però ridotto la frequenza delle attività e quindi il volume, come si può evincere dalle tabelle che seguono.

Il volume di attività nell'anno di esordio (anno 2020) della pandemia si è ridotto del 24% nelle strutture private e del 29% nelle strutture pubbliche, e ha riguardato indistintamente tutte le branche.

Nel 2021 si è assistito ad una flessione in aumento ma rimangono tuttavia critiche alcune branche quali quelle di diagnostica di radiologia, soprattutto TAC (-26%) e Risonanza (-81%) ma anche ecografia (-21%). Sono inoltre sensibilmente diminuite le prestazioni di ecocolordoppler (-33%) e si è interrotto il servizio di elettromiografia per il pensionamento e trasferimento di due neurologi. Le prestazioni di endoscopia sono state oggetto del progetto di recupero finanziato dalla DGR 46/47 e pertanto è riuscita a mantenere inalterato il numero di prestazioni, rispetto a quelle erogate nel 2019, mediante attività coperta da prestazioni aggiuntive; si prevede di proseguire con le prestazioni aggiuntive per confermare tale livello prestazionale fino alla fine del periodo emergenziale o quantomeno fino a che non sarà possibile riorganizzare le agende di prenotazione con intervalli tra pazienti e criteri di triage per l'ingresso uguali a quelli del 2019. Anche le prestazioni di Riabilitazione hanno subito una forte riduzione nel settore pubblico, coperto parzialmente facendo ricorso al privato accreditato. Tra le prestazioni ambulatoriali classificate come terapeutiche una importante riduzione ha riguardato l'odontoiatria (-97%) e la chirurgia ambulatoriale (-56%). Le prime visite hanno subito una flessione del -36% da imputare principalmente alle visite Angiologiche (-41%), di Chirurgia Generale (-55%), Endocrinologia (-31%), Ortopedia (-49%), Cardiologia (-17%), Pneumologia (-53%), Gastroenterologia (-17%), Psichiatria (-36%) e Oncologia (21%). L'attività di recupero delle prestazioni sarà principalmente concentrata su tali discipline. Le stesse criticità si registrano anche nelle visite di controllo per le quali si registra invece un incremento eccezionale delle visite di immunoematologia (branca di laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia) nel solo anno 2021 dovuto ad una revisione delle attività di registrazione delle prestazioni, che porta il totale delle prestazioni della branca a valori superiori rispetto all'anno 2019.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione Strutture Pubbliche 2019, 2020 e 2021

Fonte: NSIS STS21

Branca	N° prestazioni					
	2019	2020	2021	2020-2019	2021-2020	Δ% 2021-19
ANESTESIA	2.086	1.122	213	-964	-909	-90%
CARDIOLOGIA	32.625	19.371	23.565	-13.254	4.194	-28%
CHIRURGIA GENERALE	11.387	6.004	5.995	-5.383	-9	-47%
CHIRURGIA PLASTICA	50	77	57	27	-20	14%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	4.971	3.457	3.722	-1.514	265	-25%
DERMOSIFILOPATIA	7.756	3.443	3.953	-4.313	510	-49%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	53.761	31.565	37.960	-22.196	6.395	-29%
ENDOCRINOLOGIA	11.702	4.037	11.082	-7.665	7.045	-5%
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPIA. DIGEST.	4.838	3.484	5.085	-1.354	1.601	5%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	547.658	465.109	815.416	-82.549	350.307	49%
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	61.285	25.843	36.747	-35.442	10.904	-40%
NEFROLOGIA	20.951	19.184	17.944	-1.767	-1.240	-14%
NEUROCHIRURGIA	3	58	138	55	80	4500%
NEUROLOGIA	9.101	4.991	6.946	-4.110	1.955	-24%
OCULISTICA	21.006	9.521	12.994	-11.485	3.473	-38%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	9.114	2.449	409	-6.665	-2.040	-96%
ONCOLOGIA	4.524	2.902	3.166	-1.622	264	-30%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	20.297	11.009	11.442	-9.288	433	-44%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10.334	6.616	8.285	-3.718	1.669	-20%
OTORINOLARINGOIATRIA	11.354	4.057	4.906	-7.297	849	-57%
PNEUMOLOGIA	12.542	4.996	5.902	-7.546	906	-53%
PSICHIATRIA	5.469	1.797	1.408	-3.672	-389	-74%
UROLOGIA	6.297	4.000	6.038	-2.297	2.038	-4%
ALTRO	88.722	46.277	62.388	-42.445	16.111	-30%
TOTALE	957.833	681.369	1.085.761	-276.464	404.392	13%

Analizzando le differenze nel volume delle prestazioni specialistiche erogate dal privato accreditato negli anni 2019, 2020 e 2021 si può notare che nell'anno 2021 permangono differenze nell'offerta di prestazioni rispetto all'attività erogata in epoca pre-pandemia soprattutto nelle branche di chirurgia generale, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, oculistica, otorinolaringoiatria e urologia. Nell'anno 2021, in via del tutto eccezionale e per far fronte a tale situazione contingente si è chiesta la collaborazione del privato accreditato per la produzione di prestazioni su alcune branche, quali ad esempio la cardiologia e la diagnostica per immagini, per le quali il pubblico aveva forti criticità legate all'assenza di personale.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione Strutture Private 2019, 2020 e 2021

Fonte: NSIS STS21

Branca	N° prestazioni					
	2019	2020	2021	2020-2019	2021-2020	Δ% 2021-2019
CARDIOLOGIA	10.445	8.900	11.477	-1545	2.577	10%
CHIRURGIA GENERALE	4.647	1.566	2.133	-3.081	567	-54%
DERMOSIFILOPATIA	1.255	513	871	-742	358	-31%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	23.332	19.728	28.429	-3604	8.701	22%
ENDOCRINOLOGIA	15.398	3.949	1.096	-11.449	-2.853	-93%
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOP. DIGEST.	1.271	642	778	-629	136	-39%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	440.983	354.908	423.323	-86.075	68.415	-4%
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	229.887	166.586	192.835	-63.301	26.249	-16%
NEFROLOGIA	11.036	9.389	9.327	-1647	-62	-15%
NEUROLOGIA	398	1		-397	-1	-100%
OCULISTICA	5.878	3.254	3.857	-2.624	603	-34%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.999	1.524	2.368	-475	844	18%
OTORINOLARINGOIATRIA	638	187	176	-451	-11	-72%
PSICHIATRIA	0	0	75	0	75	
UROLOGIA	4.225	631	1.184	-3.594	553	-72%
ALTRO	9.412	4.105	5.069	-5.307	964	-46%
	760.804	575.883	682.998	-184.921	107.115	-10%

L'offerta di prestazioni per i nostri residenti è garantita per l'81% dai presidi pubblici e privati della ASL di Oristano (il 42% viene erogato dal pubblico e il 40% è erogato dal privato accreditato). Il restante 19% viene erogato per il 12% da altre strutture della ATS, soprattutto dalla ASL di Cagliari e di Nuoro, e per il 6% in mobilità passiva da altre Aziende della regione Sardegna.

Specialistica Ambulatoriale: Produzione su residenti ASL5	Prestazioni 2020	Valore 2020	Prestazioni 2021	Valore 2021	% prestazioni sul totale anno 2020	% prestazioni sul totale anno 2021
Pubblico ASL5	562.924	7.748.004	841.527	9.495.500	42%	47%
Privato ASL 5	537.614	7.338.248	635.790	9.233.268	40%	36%
TOTALE ASL 5	1.100.538	15.086.252	1.477.317	18.728.768	81%	83%
Produzione altre ASL della regione per residenti ASL 5	163.638	4.650.951	191.103	5.332.102	12%	11%
Produzione Altre Aziende infra regione (mobilità passiva)	87.228	2.687.47	119.521	3598580,63	6%	7%
TOTALE extra ASL	250.866	7.338.427	310.624	8.930.683	19%	17%
TOTALE PRESTAZIONI PER RESIDENTI ASL 5	1.351.404	22.424.679	1.787.941	27.659.451	100%	100%

Fonte: File ABACO ESTRAZIONI DEL 06/04/2022

Di seguito si rappresenta il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale (produzione all'interno delle strutture della ASL di Oristano e produzione delle altre strutture regionali).

Specialistica Ambulatoriale ANNO 2021: Produzione per residenti ASL5 (pubblico e privato)

Fonte: File ABACO ESTRAZIONI DEL 07/04/2022

Branca	TOTALE Produzione per residenti ASL5 erogate dalle strutture di ASL5		Produzione per residenti ASL5 erogate da altre ASL/AO		TOTALE produzione per residenti ASL 5	% prestazioni erogate da ASL5
	N.	Valore	N.	Valore	N.	
01 - Anestesia	1.455	7.660	1.628	64.365	3.083	47%
02 - Cardiologia	36.626	939.509	10.813	331.388	47.439	77%
03 - Chirurgia Generale	3.721	147.186	893	21.781	4.614	81%
04 - Chirurgia Plastica	2.411	28.122	418	16.691	2.829	85%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	1.783	58.258	639	21.182	2.422	74%
06 - Dermosifilopatia	949	16.581	1.607	24.963	2.556	37%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	56.518	3.480.201	28.541	1.988.732	85.059	66%
09 - Endocrinologia	2.544	108.916	604	19.017	3.148	81%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	4.669	301.459	1.952	124.459	6.621	71%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-	978.551	4.504.580	150.506	1.416.377	1.129.057	87%
12 - Medicina Fisica e Riabil. - Recupero e Riabil. Funzionale	213.341	1.544.004	14.686	122.283	228.027	94%
13 - Nefrologia	23.562	3.077.692	4.631	500.954	28.193	84%
14 - Neurochirurgia	0	0	407	32.161	407	0%
15 - Neurologia	4.411	83.734	5.297	101.752	9.708	45%
16 - Oculistica	13.034	1.686.451	4.421	720.574	17.455	75%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	190	3.563	2.178	47.556	2.368	8%
18 - Oncologia	642	13.696	1.262	13.403	1.904	34%
19 - Ortopedia E Traumatologia	6.151	128.478	1.290	162.907	7.441	83%
20 - Ostetricia E Ginecologia	4.988	123.580	3.990	120.127	8.978	56%
21 - Otorinolaringoiatria	2.155	24.374	1.776	31.297	3.931	55%
22 - Pneumologia	4.060	93.422	1.156	34.012	5.216	78%
23 - Psichiatria	1.417	36.747	916	23.652	2.333	61%
25 - Urologia	2.273	188.639	565	38.820	2.838	80%
26 - Altre Prestazioni	111.331	2.087.916	37.982	770.836	149.313	75%
<NV>	535	43.999	248	12.615	783	68%
TOTALI	1.477.317	18.728.767	278.406	6.761.904	1.755.723	84%
07 - Diagnostica Per Immagini: Medicina Nucleare	0	0	959	620.649	959	0%
24 - Radioterapia	0	0	31.259	1.548.130	31.259	0%

Sono erogate in buona parte da altre strutture extra ASL le prestazioni della branca di anestesia (53%), dermosifilopatia (63%), neurologia (55%), oncologia (66%).

Sul fronte dell'offerta, a seguito della delibera DGR 19/42 del 17/04/2018 "Linee di indirizzo per la gestione delle Liste di Attesa" e DGR 59/5 del 04/12/2018 "Liste d'attesa. Definizione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e degli ambiti territoriali", nel corso dell'anno 2019 sono state svolte una serie di azioni finalizzate alla ristrutturazione delle agende a CUP secondo le indicazioni contenute nelle suddette delibere.

Le agende sono state rimodulate con la distinzione tra primo e secondo accesso e con le fasce dedicate alle classi di priorità (esclusivamente per il primo accesso) e si è provveduto alla creazione di Agende per i controlli a gestione esclusiva (dove necessario). La stratificazione delle agende è stata accompagnata da incontri per la pianificazione con i Responsabili di Struttura o di Branca per la condivisione delle attività da svolgere e trovare la giusta soluzione per l'implementazione della nuova struttura che si doveva conciliare con la preesistente.

Nel contempo si è provveduto a formare/affiancare i Dirigenti Medici e il personale dedicato per l'utilizzo corretto delle procedure (CCA/E-prescription) affinché le visite di controllo (come previsto dai RAO e dal PNGLA) venissero prescritte e prenotate dallo stesso Specialista.

Inoltre sia sul fronte dell'offerta che su quello organizzativo ci si era prefissati di migliorare il vigente sistema aumentando il numero delle prestazioni offerte e prevedendo attività di recall.

Per la quantificazione delle prestazioni da offrire si è partiti dalla stima dei fabbisogni contenuta nella DGR 46/47 e si è conciliata con la disponibilità del personale dipendente e della medicina specialistica convenzionata ad effettuare prestazioni aggiuntive, così come emerso dal confronto con i Direttori dei Distretti Socio Sanitari e con la Direzione di Presidio dell'Area, e alla possibilità di ricorrere a nuovi contratti. Il progetto di Abbattimento liste d'attesa, per il quale la DGR 46/47 del 2019 ha destinato fondi per il triennio 2019-2021, ha destinato le seguenti somme alla ASL di Oristano che ammontano a:

- | | |
|---|-----------------|
| • Abbattimento liste d'attesa prestazioni extra ospedaliere | € 1.391.383,00; |
| • Abbattimento liste d'attesa prestazioni ospedaliere | € 203.487,00. |
| • Attività segreterie CUP e personale amministrativo | € 173.965,00 |

Purtroppo le recenti vicende legate alla malattia da Coronavirus, con il conseguente arresto delle attività programmate e differite dal mese di marzo al mese di giugno 2020, ha allargato i tempi di attesa già critici per un numero considerevole di prestazioni. Dal mese di giugno 2020 infatti sono state fatte le attività di recall per recuperare gli appuntamenti dei mesi da marzo a giugno e a tal proposito ci si è avvalsi delle risorse a disposizione del progetto "Abbattimento liste d'attesa" che ha permesso, per alcune branche, di lavorare al di fuori dell'orario di lavoro ordinario. Inoltre le attività di triage e di sanificazione degli ambienti per l'accesso in sicurezza dei pazienti ha rallentato le attività con la conseguente necessità di ridurre il numero di prestazioni orarie nelle agende di prenotazione degli specialisti ambulatoriali e conseguentemente una riduzione delle prestazioni offerte dal pubblico. Appare chiaro che diventa difficile da parte del pubblico incrementare il numero di prestazioni tali da ridurre i tempi di attesa, il cui divario rispetto allo standard regionale è aumentato per le ultime vicende legate alla comparsa del virus Covid 19. Pertanto lo sforzo di recuperare quella fetta di attività erogata dalle altre ASL o Aziende del territorio regionale, per riportarle nei territori di prossimità dei nostri residenti, e al contempo ridurre i tempi di attesa per le prestazioni critiche, diventa immane.

Tempi medi di attesa (in giorni) relativi alle prestazioni prenotate con classe di priorità D (Differibile)

PROGR.	PRESTAZIONE	ASL5
1	VISITA CARDIOLOGICA	66
2	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	
3	VISITA ENDOCRINOLOGICA	18
4	VISITA NEUROLOGICA	34
5	ESAME COMPLESSIVO OCCHIO (VISITA OCULISTICA)	59
6	VISITA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	37
7	VISITA GINECOLOGICA	16
8	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	72
9	VISITA UROLOGICA	51
10	VISITA DERMATOLOGICA	79
11	VISITA FISIATRICA	45
12	VISITA GASTROENTEROLOGICA	86
13	VISITA ONCOLOGICA	
14	VISITA PNEUMOLOGICA	94
15	Mammografia bilaterale - (2 proiezioni)	27
16	Mammografia monolaterale - (2 proiezioni)	
17	Tomografia computerizzata (tc) del torace	14
18	Tomografia computerizzata (tc) del torace, senza e con contrasto	
19	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome superiore	
20	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome superiore, senza e con contrasto	
21	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome inferiore	
22	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome inferiore, senza e con contrasto	
23	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome completo	11
24	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome completo, senza e con contrasto	25
25	Tomografia computerizzata (tc) del capo	22
26	Tomografia computerizzata (tc) del capo, senza e con contrasto	
27	Tomografia computerizzata (tc) del rachide	
30	Tomografia computerizzata (tc) del rachide senza e con contrasto	
33	Tomografia computerizzata (tc) del bacino e articolazioni sacro-iliache	
34	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico	22
35	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	
36	Risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico	
37	Risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico, senza e con contrasto	
38	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna	18
39	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna, senza e con contrasto	
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	78
41	Ecocolordopplergrafia cardiaca	
42	Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici	
43	Ecografia dell' addome superiore	29
44	Ecografia dell' addome inferiore	29
45	Ecografia addome completo	27
46	Ecografia della mammella - bilaterale	154
47	Ecografia della mammella - monolaterale	
48	Ecografia ostetrica	
49	Ecografia ginecologica	19
50	Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrettuale, arteriosa o venosa	5
51	Colonscopia con endoscopio flessibile	82

52	Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso	
53	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile - endoscopia del colon discendente	
54	Esofagogastroduodenoscopia [egd] - endoscopia dell' intestino tenue	73
55	Esofagogastroduodenoscopia [egd] con biopsia - biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	54
56	Elettrocardiogramma	65
57	Elettrocardiogramma dinamico - dispositivi analogici (holter)	
58	Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile	
59	Altri test cardiovascolari da sforzo - test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo	
60	Esame audiometrico tonale	54
61	Spirometria semplice	99
62	Spirometria globale	110
63	Fotografia del fundus - per occhio	
64	Elettromiografia semplice [emg] - analisi qualitativa o quantitativa per muscolo	

I tempi di attesa di TAC e RM risentono della chiusura momentanea delle agende di prenotazione all'esterno per la grave carenza di organico: l'attività si concentra principalmente sulle prestazioni per gli interni e per il pronto soccorso.

B.4 Area dell'assistenza distrettuale - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa

Il 13 luglio 2021 è stato approvato il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR, articolato in 16 componenti, raggruppati in 6 Missioni con una durata di 6 anni, dal 2021 al 2026, per un ammontare totale di 672,5 miliardi di euro.

La Missione 6 Salute del PNRR, è articolata in due Componenti:

- Componente 1 “Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza territoriale; a sua volta distinta sui seguenti investimenti
 - 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona;
 - 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina;
 - 1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI);
 - 1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
 - 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici;
 - 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).
- Componente 2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”
 - 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature);
 - 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile.

Il 6 agosto 2021 con Decreto del Ministero dell'Economia e Finanza sono state assegnate le risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del PNRR alle singole amministrazioni con una ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione.

Il 20 gennaio 2022 con decreto del Ministero della Salute è stato definito il riparto tra le Regioni e le Province autonome delle risorse PNRR-PNC Missione 6 assegnando, tra l'altro, alla Regione Autonoma della Sardegna (Soggetto Attuatore) risorse pari ad euro 271.239.688,57 per finanziare gli interventi sopra citati.

Con DGR n. 12/16 del 07 aprile 2022, è stato approvato, da parte della Regione Autonoma della Sardegna, l'elenco degli interventi finanziati con le risorse del PNRR e PNC, di cui al Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022 – Missione 6 ed è stato definito che i singoli interventi fossero attuati dalla Direzione generale della Sanità, previa stipula di apposita convenzione con le Aziende interessate e, nel caso di interventi sovra aziendali, con l'Azienda regionale della salute (ARES), secondo le linee di indirizzo dettate dalla medesima Direzione generale.

la Regione Autonoma della Sardegna in qualità di Soggetto Attuatore, con provvedimento di delega amministrativa a firma del Presidente della Regione, trasmesso con nota prot. RAS n. 15268 del 01 luglio 2022 e sottoscritto nella medesima data dal Direttore Generale della ASL Oristano per accettazione della delega conferita, ha individuato l'Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 5 di Oristano quale Soggetto Attuatore Esterno per l'attuazione degli interventi ricadenti nella propria competenza territoriale di cui al Piano Operativo regionale, finanziati a valere sulle risorse PNRR e PNC.

Sono stati poi individuati da parte della ASL di Oristano i Responsabili Unici del Procedimento (RUP), avvalendosi del personale tecnico di ARES Sardegna mediante apposita convenzione stipulata tra le Aziende. La nostra azienda ha quindi approvato formalmente i cronoprogrammi procedurali e finanziari, relativi agli interventi assegnati alla ASL di Oristano, quale Soggetto Attuatore Esterno, debitamente sottoscritti dai RUP di riferimento.

Gran parte degli investimenti sono evidentemente rivolti al potenziamento dell'assistenza territoriale coerentemente con quanto contenuto nel Piano regionale dei servizi sanitari 2022-24 (DGR n. 9/22 del 24 marzo 2022) che ha delineato il nuovo modello organizzativo territoriale regionale.

Per la ASL di Oristano gli interventi finanziati sono di seguito sintetizzati:

Missione 6 – Componente 1

1.1 Case della Comunità

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
CASA DELLA COMUNITA' POLIAMBULATORIO DI ORISTANO	580.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' POLIAMBULATORIO DI SANTULUSSURGIU	535.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' POLIAMBULATORIO DI SAMUGHEO	800.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' OSPEDALE DELOGU DI GHILARZA	1.247.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' PRESSO EX SCUOLA ELEMENTARE COMUNE DI TRAMATZA	1.360.000,00 €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	4.522.000,00 €

1.2.2 Centrali operative territoriali COT

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE PRESSO IL POLIAMBULATORIO DI ORISTANO	118.820,00 €
CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE PRESSO OSPEDALE DELOGU DI GHILARZA	143.200,00 €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	262.020,00 €

1.3 Ospedali di Comunità

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
OSPEDALE DI COMUNITA' PRESSO P.O. DELOGU DI GHILARZA	1.862.000,00 €
OSPEDALE DI COMUNITA' PRESSO P.O. MASTINO DI BOSA	1.783.900,00 €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	3.645.900,00 €

Missione 6 Componente 2

1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiature sanitarie

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I livello ASL Oristano) - Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera - Sistema Telemonitoraggio - Infrastruttura di ICT di Networking, WIFI, Firewalling. Postazioni di Lavoro Fisse e Mobili	4.118.756,35 €

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO	RISORSE PNRR	CO-FINANZIAMENTO REGIONALE
TAC 128 STRATI - P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO	585.000,00 €	530.000,00 €	55.000,00 €
TAC 128 STRATI - PO DELOGU GHILARZA	585.000,00 €	530.000,00 €	55.000,00 €
RMN 1.5 TESLA - PO SAN MARTINO ORISTANO	1.014.000,00 €	914.000,00 €	100.000,00 €
TELECOMANDATO DIGITALE PER ESAMI DI PRONTO SOCCORSO - PO SAN MARTINO ORISTANO	330.000,00 €	305.000,00 €	25.000,00 €
CONE BEAM CT - PO SAN MARTINO ORISTANO	75.200,00 €	36.600,00 €	38.600,00 €
CONE BEAM CT - PO DELOGU GHILARZA	75.200,00 €	36.600,00 €	38.600,00 €
DENSITOMETRO OSSEO - PO MASTINO BOSA	50.800,00 €	48.800,00 €	2.000,00 €
DENSITOMETRO OSSEO - POLIAMBULATORIO ORISTANO	50.800,00 €	48.800,00 €	2.000,00 €
ECOTOMOGRAMMA MULTIDISCIPLINARE - PO SAN MARTINO ORISTANO	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAMMA MULTIDISCIPLINARE - PO DELOGU GHILARZA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAMMA MULTIDISCIPLINARE - PO MASTINO BOSA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAMMA MULTIDISCIPLINARE - PO SAN MARTINO ORISTANO	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	3.094.000,00 €	2.777.800,00 €	316.200,00 €

L'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT) nei contesti più prossimi alla comunità, quale snodo per il coordinamento degli interventi sanitari e socio sanitari e la continuità dell'assistenza, per favorire la vera presa in carico del paziente in relazione al diverso tipo di bisogno

Il PNRR si propone di attivare una Centrale Operativa Territoriale (COT) in ogni distretto o comunque ogni 100.000 residenti, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza per una presa in carico unitaria socio-sanitaria delle segnalazioni non urgenti di assistiti fragili a livello distrettuale mediante una valutazione multidimensionale. Si rafforza così la funzione di coordinamento e integrazione della rete dei servizi locali gestita dai distretti sanitari per garantire i LEA. L'accesso alle COT per l'utente sarà garantito a regime da una centrale telefonica remota col numero unico europeo 116117, a disposizione della popolazione per chiamate non urgenti per ottenere sia informazioni brevi sui servizi sanitari e sia il trasferimento di chiamata alla guardia medica o se necessario alla centrale operativa del 112. La COT riferisce la segnalazione pervenuta in tempo reale direttamente ai MMG, all'ADI o ai Servizi Sociali Comunali piuttosto che alle Case della Comunità più prossime all'utente per una immediata presa in carico. Anche le strutture territoriali di ricovero (RSA, Hospice, Strutture di Riabilitazione residenziale, Case Protette, Ospedali di Comunità) sono integrate con le COT che possiedono le informazioni circa la disponibilità di posti letto per facilitare e velocizzare il processo di ricovero in struttura, piuttosto che organizzare la dimissione a domicilio.

Per la Provincia di Oristano il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-24 prevede l'attivazione di 2 COT, anche grazie alle risorse nazionali e regionali dedicate (investimento 1.2 del PNRR missione 6 componente 1); una nel comune di Oristano e una nel comune di Ghilarza. È prevista inoltre una ulteriore COT nel comune di Ales (finanziamenti FESR).

Insieme agli operatori coinvolti è stato studiato un progetto di sviluppo delle COT, che dovrà essere realizzato in coerenza con le disposizioni per l'attivazione del numero unico europeo per le cure mediche non urgenti 116117, individuando le principali funzioni e le relazioni con i servizi aziendali e interaziendali coinvolti.

La Centrale operativa territoriale di Ghilarza sarà ubicata presso l'ospedale Delogu di Ghilarza nei locali della ex Cappella e alloggi dell'assistente religioso attualmente inutilizzati situati al piano terra. I lavori inizieranno nel 2023 e proseguiranno nell'anno con l'ultimazione dei lavori prevista per il mese di dicembre (termine ultimo marzo 2024). Le attrezzature saranno fornite nel 2024. L'intera operazione si concluderà con la chiusura delle operazioni e la piena funzionalità del servizio nell'anno 2024.

La Centrale operativa territoriale di Oristano sarà ubicata presso i locali del Poliambulatorio. Il piano di riorganizzazione consiste nella trasformazione del Poliambulatorio di Oristano in Casa della Comunità Hub e in Centrale Operativa Territoriale mediante la rimodulazione delle attività presenti che consentiranno l'attivazione di ulteriori servizi sanitari e socio sanitari e l'incremento dei servizi amministrativi di supporto, eseguendo l'intervento in piccoli lotti in modo da non interrompere le attività. I lavori inizieranno nel 2023 e proseguiranno durante l'anno, con l'ultimazione dei lavori prevista per dicembre 2023 (termine ultimo marzo 2024). Le attrezzature saranno fornite nel 2024. L'intera operazione si concluderà con la chiusura delle operazioni e la piena funzionalità del servizio nell'anno 2024.

Il potenziamento di forme di assistenza alternative al ricovero, in particolare delle cure domiciliari integrate e delle cure palliative in stretto raccordo con le programmazioni locali sociali e socio sanitarie dei PLUS

Nei tre Distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa sono operative le attività di cura domiciliare integrata (ADI), rivolte a persone di ogni età non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, tesa essenzialmente, attraverso trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana dei pazienti. Si sta cercando inoltre con difficoltà di potenziare le prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.

Altro ambito di sviluppo negli anni ha riguardato il potenziamento delle cure Palliative e delle Cure Domiciliari Integrate di 3° livello

Negli ultimi anni si è lavorato per potenziare e sviluppare le attività svolte dalla Rete delle Cure Palliative della ASL di Oristano rivolta a particolari pazienti fragili e alle loro famiglie e all'attivazione di un Hospice quale luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo extraospedaliero.

Le cure palliative sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici. La particolare fragilità dei pazienti e delle loro famiglie nelle varie fasi di tali malattie, richiede un approccio multidimensionale dell'assistenza che riguarda lo stato funzionale, psichico, sociale e in particolare la percezione del proprio stato di salute. Pertanto sono coinvolti in equipe diversi servizi: distrettuali (Assistenza MMG e PLS compresa la Continuità Assistenziale, Assistenza specialistica, Assistenza infermieristica, Assistenza protesica, Assistenza sociale, Assistenza spirituale, Volontariato); ospedalieri (ricoveri ordinari e DH) e residenziali (posti letto di Hospice, RSA).

Nel rispetto delle linee guida nazionali e regionali è stato definito in Azienda un modello di Rete delle Cure Palliative ove per rete aziendale si intende l'insieme delle prestazioni che garantiscono l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio e realizzazione di un percorso di cure palliative.

La Rete è composta da differenti modalità assistenziali

- ✓ cure Domiciliari,
- ✓ ambulatori delle cure palliative,
- ✓ il ricovero in Hospice o in RSA (con posti letto accreditati per pazienti terminali),
- ✓ il ricovero ospedaliero in regime ordinario o diurno.

L'inizio delle attività di Cure Domiciliari Palliative è avvenuto nel giugno 2015 nel Distretto di Oristano con la presa in carico del primo paziente e con la riunione della prima equipe di cure palliative. Si è poi proseguito con le attività anche nei Distretti di Ales-Terralba e Bosa-Ghilarza. L'equipe di Cure Palliative (organizzazione funzionale dei tre Distretti sociosanitari, nell'ambito della Unità Operativa Cure Domiciliari Integrate del Distretto sociosanitario), adeguatamente formata, si ispira al principio della presa in carico globale della persona portatrice di bisogni sociosanitari complessi e presuppone un passaggio dalla visione specialistica alla visione olistica della persona nelle sue diverse dimensioni e funzioni, per passare dal concetto di cura della malattia a quello del "prendersi cura", nel senso di farsi carico dell'assistito nella sua unitarietà e globalità.

L'altro elemento importante della rete è l'Hospice.

L'Hospice è un luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale il paziente viene accompagnato nelle ultime fasi della sua vita con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale affinché le viva con dignità nel modo meno traumatico e doloroso possibile. È inteso come una sorta di prolungamento e integrazione della propria dimora e include anche il sostegno psicologico e sociale delle persone che sono legate al paziente. Si può parlare dell'hospice come di un approccio sanitario che va oltre all'aspetto puramente medico della cura, intesa non tanto come finalizzata alla guarigione fisica ma letteralmente al "prendersi cura".

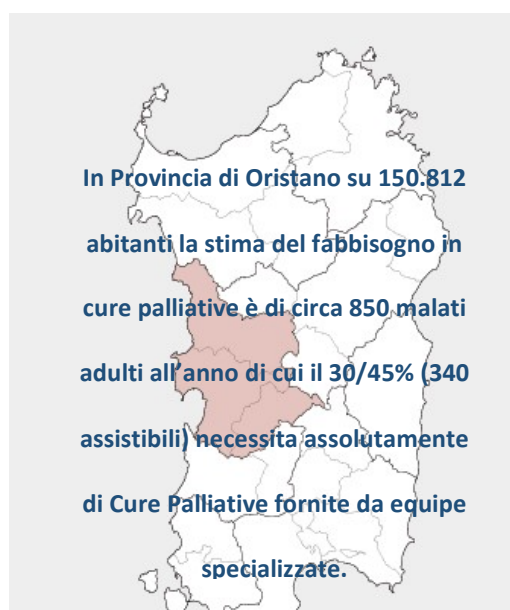
La struttura è stata realizzata dal Comune di Oristano nella città capoluogo con fondi comunali su un terreno di proprietà della ASL di Oristano. Per il funzionamento della struttura, che può ospitare 8 pazienti, è indispensabile prevedere una dotazione organica minima, nel rispetto degli standard organizzativi per

l'accreditamento, composta da 3 medici, 10 infermieri, 6 OSS, oltre alla presenza di altre figure necessarie al funzionamento del servizio che potrebbero essere garantite mediante l'impiego di progetti specifici dedicati.

In questi anni di emergenza legata alla pandemia le attività riferibili alle cure domiciliari e palliative, non si sono mai interrotte anche se hanno subito una drastica riduzione in termini di risorse umane dedicate e quindi di attività, fortunatamente quest'ultima in misura più contenuta.

L'erogazione delle Cure Palliative attraverso gli ambulatori è attiva nei presidi ospedalieri di Oristano, Bosa e Ghilarza e nei comuni di Ales e Terralba. Tuttavia l'attuale situazione di sofferenza nella dotazione organica del personale medico ha interrotto o depotenziato diverse attività della rete. Questa Direzione intende riprendere le attività interrotte innovando il progetto di costituzione delle Cure Palliative.

L' Azienda Asl 5 di Oristano, intende in quest'ottica ampliare e valorizzare l'esperienza sulle cure palliative, già presente da oltre 10 anni con l'istituzione dell'Hospice, definendo un modello Rete locale di Cure Palliative coerente con le leggi regionali, con le conferenze stato-regioni e con i modelli e standard indicati dai DM 71 e 77 del 2022. Tali normative sanciscono che ogni Azienda Sanitaria possa istituire la propria rete locale delle cure palliative e che sia strutturata all'interno dei servizi territoriali distrettuali ed ospedalieri con interazioni e azioni trasversali ai distretti e compenetrazioni ospedaliere, domiciliari, residenziali e attività di ricovero e cura in struttura (Hospice). L'unità operativa sarà inserita nel Dipartimento Coordinamento Distrettuale.



L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha recentemente quantificato in 560 malati adulti ogni 100.000 abitanti/anno il bisogno di cure palliative nella popolazione in Europa; di questi malati, circa il 60% sono affetti da patologie non oncologiche. L'OMS stima che il 30/45% di questi pazienti necessiti di cure palliative fornite da equipe specializzate.

(«Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course» 4/4/2014 67° Assebley of OMS)

Un organismo di coordinamento Aziendale composto dal Direttore della Unità Operativa e dal Coordinatore Infermieristico che sottendono al governo ed organizzazione dei diversi setting assistenziali in collaborazione con le COT di Ghilarza e Oristano, i PUA distrettuali, l'ADI e l'Assistenza Primaria

A **Domicilio** del paziente attraverso le UCP Dom (unità di cure palliative domiciliari) interessando l'ambito territoriale dei tre Distretti della ASL

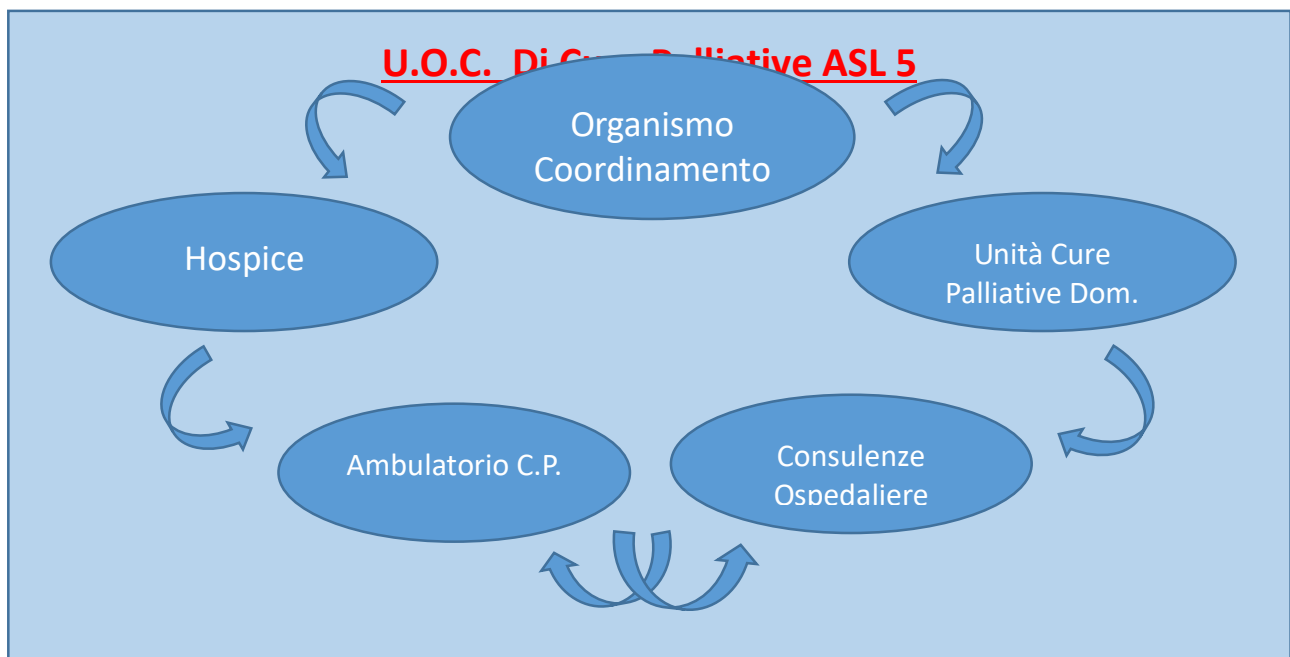
In **Ospedale** (attraverso le consulenze ad arruolamento nei reparti di degenza del San Martino di Oristano, Delogu di Ghilarza, Mastino di Bosa)

In **Hospice** luogo di ricovero e cura sito nel comune di Oristano

Nelle **Strutture residenziali** come la RSA di Milis, l'Ospedale di Comunità di Ghilarza e Bosa, e le altre strutture residenziali territoriali.

Nell'**Ambulatorio** di Cure Palliative

Il modello che si intende adottare è schematizzato dalla figura seguente attraverso la creazione della **Unità Operativa Complessa di Rete Locale di Cure Palliative** della ASL 5 Oristano:



La Governance della RLCP ai sensi della normativa vigente sarà composta a livello Aziendale da:

- un Coordinatore di rete (Direttore)
- uno o più Referenti delle singole strutture

Gli standard di personale sono quelli definiti dalle DGR emanate in materia, dalle CSR, e dal DM 71 e 77 del 2022.

L'esperienza maturata in questi due anni di pandemia ha evidenziato la necessità di rafforzare i servizi sul territorio, e in questo senso le cure domiciliari rappresentano un tassello importante che può migliorare il servizio offerto anche con l'ausilio della telemedicina. In raccordo con il Punto Unico di Accesso e a seguito della valutazione del caso, la UVT specializzata per le cure domiciliari e palliative, elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI) che, a seconda del bisogno di cura individuato dalla UVT, attiva il servizio di CDI-CPD. L'integrazione funzionale tra l'assistenza domiciliare con gli altri servizi assistenziali distrettuali avverrà, secondo il disegno del nuovo modello assistenziale, grazie al coordinamento e raccordo delle COT.

L'obiettivo entro il 2026, così come indicato anche nelle Raccomandazioni della Commissione Europea del 2019 e ribadito nel PNRR, è quello aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare portandolo al 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

È intendimento di questa Direzione ristrutturare le attività delle cure domiciliari e della rete più in generale, prevedendo la ricollocazione del personale necessario dedicato alle attività delle cure domiciliari e palliative per assicurare un incremento della presa in carico della popolazione soprattutto anziana.

L'avvio delle nuove Case della Comunità e il potenziamento di quelle esistenti quale luogo di prevenzione e promozione della salute per una risposta immediata ai bisogni di salute e ai bisogni di tipo sociale per la popolazione di riferimento

Il potenziamento del sistema di offerta territoriale prevede anche la ricollocazione delle risorse nelle Case della Comunità, concepite quale ambito nel quale il paziente sarà accolto e orientato nel giusto percorso assistenziale; al suo interno sarà infatti collocato, tra gli altri, la Centrale Operativa Territoriale (COT) e il punto unico di accesso (PUA). Tale modello organizzativo permetterà di perseguire il coordinamento e l'integrazione delle attività sanitarie e sociali, permetterà inoltre la creazione di un percorso di cura meno complesso per il paziente rispetto al passato, per via della presenza in loco di più specialisti (MMG/PLS, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali di varie branche, servizi di diagnostica, in alcuni casi medici ospedalieri, infermieri, terapisti della riabilitazione ecc.). Questo ambito potrà essere "sfruttato" per perseguire al meglio lo sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, quantomeno per le patologie croniche e quelle più frequenti quali quelle cardiovascolari, endocrinologiche, oncologiche e pneumologiche. Sarà inoltre sede dei servizi sociali per rafforzare la loro integrazione con i servizi sanitari assistenziali, e dei servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari.

L'art. 44.2 della LR 24/2020 individua tra gli obiettivi della Casa della Salute/Comunità i seguenti:

- appropriatezza delle prestazioni attraverso percorsi diagnostici-terapeutici e assistenziali, presa in carico globale e orientamento di pazienti e famiglie;
- riconoscibilità e accessibilità dei servizi;

- unitarietà e integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- semplificazione nell'accesso ai servizi integrati.

Al comma 3 lett. c) dispone inoltre che, tra le altre, le Case della Comunità svolgano funzioni di promozione del *“lavoro di equipe tra le varie figure professionali: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale, specialisti ambulatoriali, personale sanitario e socio-sanitario e tecnico-amministrativo, operatori sociali”*.

Nel PNRR sono stati stanziati 2 miliardi di euro per l'attivazione di 1288 Case della Comunità. Si può ipotizzare di indirizzare gli investimenti per lo più su interventi di tipo strutturale, all'acquisto di infrastrutture tecnologiche e arredi e nell'impiego di maggiori risorse umane; sarà infatti necessaria una rivisitazione del modello organizzativo più funzionale per consentire l'erogazione di tutte le attività previste rispetto al vecchio modello di erogazione dei servizi. Un duplice vantaggio per il cittadino, che troverà concentrati professionalità e prestazioni in un unico punto e potrà ricevere una risposta alle proprie esigenze non solo negli orari di apertura dell'ambulatorio del proprio medico di famiglia, ma in un arco temporale più esteso.

La ASL di Oristano ha già portato avanti negli anni un progetto di sviluppo delle attività tipiche di una Casa della Comunità, nella Casa della Salute attivata a Bosa. Tale progetto prevedeva la creazione di un ambulatorio integrato dove lavorano, fianco a fianco, medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, medici di continuità assistenziale (guardie mediche). Collocato al piano terra dell'Ospedale Mastino, ha lo scopo di realizzare una sorta di “filiera della salute” a cui il paziente può rivolgersi per le più diverse necessità, dalla visita generica all'esame specialistico. Il progetto prevede l'attivazione di un modello di integrazione ospedale-territorio teso a integrare fortemente i servizi sanitari del territorio e quelli ospedalieri, al fine di rispondere, in maniera ottimale e appropriata, alla domanda di salute dei cittadini.

Il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-24 prevede l'attivazione delle Case della Comunità nei seguenti comuni del territorio provinciale:

- Ales (spoke con fondi SNAI)
- Terralba (hub – finanziamento PAC).

Inoltre mediante i finanziamenti del PNRR (missione 6 componente 1 investimento 1.1) la Regione Sardegna intende attivare nella nostra provincia ulteriori 5 case della Comunità:

- Oristano
- Tramatza
- Samugheo
- Ghilarza
- Santulussurgiu

Nel progetto di sviluppo delle Case della Comunità della provincia di Oristano saranno individuati i Servizi minimi da garantire all'interno delle singole Case della Comunità in relazione al dimensionamento delle stesse. Sarà delineato altresì il modello organizzativo, all'interno della rete, del sistema integrato dei servizi da offrire, individuando compiti, responsabilità, relazioni cliniche e organizzative e percorsi per l'erogazione di un servizio efficiente e di qualità, nonché le interfacce con gli altri servizi aziendali e quindi con gli altri Dipartimenti.

Appare utile inoltre definire strumenti di monitoraggio in grado di stabilire se e in quale misura gli obiettivi primari saranno soddisfatti (obiettivi primari di: accoglienza, valutazione del bisogno e orientamento ai servizi; di assicurazione della continuità assistenziale per piccole urgenze ambulatoriali finalizzate alla riduzione degli accessi in pronto soccorso o i ricoveri impropri; garantire la gestione integrata delle patologie croniche a più elevata prevalenza quali diabete, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, insufficienza renale, patologie psichiatriche minori).

Le Case della Comunità di Santulussurgiu e Samugheo saranno ubicate nelle sedi dei Poliambulatori e la Casa della Comunità di Tramatzza sarà ubicata presso la scuola elementare del comune. La Casa della Comunità di Ghilarza (HUB) sarà allocata al piano terra del P.O. Delogu, tra la Radiologia e la Cappella, e sarà dotata oltre che della parte specialistica ambulatoriale, sita al primo piano, anche di altri servizi obbligatori previsti dal DM 71 e 70. I servizi raccomandati e facoltativi per i quali non è possibile identificare uno spazio nel presidio ospedaliero, sono già allocati presso il poliambulatorio di Ghilarza in via S. Lucia. Per quanto riguarda Oristano, come già accennato, il piano di riorganizzazione consiste nella trasformazione del Poliambulatorio di Oristano in Casa della Comunità (HUB) e in Centrale Operativa Territoriale.

I lavori inizieranno nel 2023 e proseguiranno negli anni 2024 e 2025, con l'ultimazione dei lavori prevista nel primo semestre dell'anno 2025 quando saranno fornite anche le attrezzature. Le operazioni dei singoli interventi si concluderanno con la piena funzionalità dei servizi nell'anno 2026.

La nascita degli Ospedali di Comunità per garantire risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale, principalmente dei soggetti anziani fragili utili anche per arginare i ricoveri ospedalieri inappropriati

Altro importante progetto di qualificazione dell'assistenza territoriale riguarda l'implementazione dell'assistenza intermedia attraverso gli Ospedali di Comunità. L'avvio di tale forma assistenziale presente nel disegno di riforma regionale (art. 45, comma 1 della LR 24/2020), è presente altresì nel PNRR mediante l'investimento di 1 miliardo di euro per la realizzazione di 381 Ospedali di Comunità entro il 2026 e per il quale è previsto un incremento strutturale delle dotazioni organiche.

Tale forma di assistenza territoriale, che rappresenta una struttura intermedia tra le Case della Comunità e gli ospedali, è finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il

rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti. Si riferisce a ricoveri temporanei che offrono risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale, principalmente dei soggetti anziani fragili. L'attivazione di tali strutture residenziali extraospedaliere ad elevata valenza sanitaria a gestione prevalentemente infermieristica, potrà favorire la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri e anticipare i tempi di dimissione dagli ospedali per acuti attraverso percorsi che facilitano la transizione dei pazienti dall'ospedale al domicilio. Notevole importanza per la riuscita del progetto è il ruolo di coordinamento che dovrà assumere la COT.

La consapevolezza della necessità di tali forme di assistenza è rafforzata dal verificarsi di una spesa storica per l'inserimento di pazienti in strutture sanitarie residenziali, oltre il tetto di spesa assegnato per gli inserimenti nelle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e nelle strutture residenziali di riabilitazione. Gli inserimenti nelle RSA inoltre da sempre hanno riguardato in misura notevole pazienti ad alta e altissima intensità assistenziale.

La LR 24/2020 sempre all'art. 45 prevede che le istituende Aziende socio-sanitarie locali debbano organizzare, "nell'ambito della programmazione e delle specifiche linee-guida regionali, uno o più ospedali di comunità, anche mediante la ristrutturazione della rete ospedaliera e la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti oppure attraverso l'utilizzo di idonee strutture extra- ospedaliere".

Per il territorio provinciale di Oristano il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-24 prevede l'attivazione di due Ospedali di Comunità a Bosa e a Ghilarza da finanziare con i fondi del PNRR (missione 6 componente 1 investimento 1.3). Tali Ospedali sono previsti anche nella Rete Ospedaliera adottata dalla Giunta Regionale (delibera n. 6/15 del 02.02.2016) e approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017.

In linea con la programmazione regionale il progetto aziendale prevede la realizzazione degli Ospedali di Comunità a Bosa e a Ghilarza, pur nella consapevolezza che la previsione di tale servizio anche nel Distretto di Oristano e nel Distretto di Ales Terralba si rivelerebbe altrettanto importante. Logisticamente i plessi di Bosa e Ghilarza si rivelano ottimali sia per la presenza dei servizi di diagnostica, sia per la presenza dei professionisti specialisti ambulatoriali e ospedalieri che potrebbero assicurare attività di consulenza, e infine sarà possibile una ottimizzazione dell'impiego del personale infermieristico che opera nei reparti.

Nel PO di Bosa è presente un'ampia e congrua disponibilità di locali siti nel secondo piano del Presidio, attualmente sede di ambulatori e studi medici. L'Ospedale di Comunità, inizialmente previsto nel piano primo del Presidio, andrà allocato nei corpi A e B del secondo piano, permettendo di creare un modulo di 20 posti letto in stanze di degenza di uno o al massimo due posti letto, già dotate di impianti dedicati come per esempio la rete di distribuzione dell'ossigeno.

Facilitano la realizzazione di un Ospedale di Comunità la presenza della dotazione strumentale clinica necessaria e prevista (ecografo, elettrocardiografo, emogasanalizzatore...), la disponibilità degli specialisti ambulatoriali presenti che potranno erogare prestazioni sui pazienti ricoverati, la presenza ed operatività h24 del servizio laboratorio analisi allocato allo stesso piano del Presidio Ospedaliero, la presenza dell'unità di Chirurgia con disponibilità dello specialista chirurgo tutte le mattine e pomeriggi 5 giorni su 7, la presenza del Servizio di Radiologia al piano terra operante h 12 in presenza e reperibilità notturna, la presenza della

postazione di Guardia Medica notturna e festiva (Continuità Assistenziale) allocata nel piano terra del Presidio e infine la presenza della postazione di 118.

I lavori inizieranno nel 2023 e proseguiranno negli anni 2024 e 2025 con l'ultimazione dei lavori e la consegna delle attrezzature prevista per il mese di marzo 2026. L'intera operazione si concluderà con la chiusura delle operazioni e la piena funzionalità del servizio nell'anno 2026.

L'ospedale di Comunità di Ghilarza verrà allocato nel PO Delogu al 2° piano. Anche in questo caso vi è un'ampia disponibilità dei locali e la realizzazione viene facilitata e supportata dalla presenza della dotazione strumentale clinica, la disponibilità degli Specialisti Ambulatoriali presenti ad erogare prestazioni sui pazienti ricoverati, la presenza ed operatività h24 del servizio di laboratorio Analisi, la presenza dell'unità di Chirurgia Day Surgery con disponibilità dello specialista chirurgo tutte le mattine 5 giorni su 7, la presenza del Servizio di Radiologia al piano terra operante h 12 in presenza e reperibilità notturna con teleconsulto, la presenza della postazione di Guardia Medica Notturna (Continuità Assistenziale) allocata nel piano terra del Presidio, la presenza dei medici di emergenza territoriale CET allocati al piano sottostante ed operanti h 24, 7 gg su 7, e la presenza della postazione del 118. Sarà necessaria una riorganizzazione fisica del piano, dove rimarranno siti al secondo piano il laboratorio analisi, già a servizio di tutto il P.O. e del territorio, e si sposterà solo la consegna referti prevista al piano terra nella futura casa di comunità.

I lavori inizieranno nel 2023 e proseguiranno negli anni 2024 e 2025 con la ultimazione dei lavori e la fornitura delle attrezzature prevista per marzo 2026. L'intera operazione si concluderà con la chiusura delle operazioni e la piena funzionalità del servizio nell'anno 2026

La riqualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale anche finalizzata alla riduzione delle liste d'attesa per garantire l'erogazione delle prestazioni in tempi adeguati alle necessità cliniche del paziente

L'art. 1 della legge di riforma sanitaria n. 24 del 11.09.2020 dispone che venga garantita la progressiva riduzione dei tempi di attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie. A tal proposito, la Regione Sardegna ha definito le principali linee di intervento in materia di gestione dei tempi e delle liste di attesa con il Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021, approvato con la deliberazione di Giunta regionale n. 62/24 del 04.12.2020 e redatto secondo quanto previsto dal Piano Nazionale del Governo delle Liste di attesa (PNGLA).

Già in precedenza, prima dell'avvento della pandemia da coronavirus, a seguito della delibera DGR 19/42 del 17/04/2018 "Linee di indirizzo per la gestione delle Liste di Attesa" e DGR 59/5 del 04/12/2018 "Liste d'attesa. Definizione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e degli ambiti territoriali", nella nostra Azienda sono state svolte una serie di azioni finalizzate alla ristrutturazione delle agende a CUP secondo le indicazioni contenute nelle suddette delibere.

Le agende sono state rimodulate con la distinzione tra primo e secondo accesso, con fasce orarie dedicate alle classi di priorità (esclusivamente per il primo accesso) e si è provveduto alla creazione di Agende per i controlli a gestione esclusiva (dove necessario).

Sulla base delle corrette indicazioni cliniche, le classi di priorità rappresentano un valido strumento per assegnare il corretto tempo di accesso alle prestazioni sanitarie.

Codice di priorità	Tempo massimo di attesa
U (Urgente)	Da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore
B (Breve)	Da eseguire entro 10 giorni
D (Differibile)	Da eseguire entro 30 giorni se prima visita specialistica
	Da eseguire entro 60 giorni se primo esame di diagnostica strumentale
P (Programmata)	Da eseguire entro 120 giorni

Gli accessi successivi, *follow up* e visite di controllo, le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva (*screening*), le prestazioni erogate nei consultori e in contesti assistenziali diversi, sono gestiti separatamente dai primi accessi,

La stratificazione delle agende, è stata accompagnata da incontri per la pianificazione con i Responsabili di Struttura o di Branca per la condivisione delle attività da svolgere e trovare la giusta soluzione per l'implementazione della nuova struttura che si doveva conciliare con la preesistente.

Nel contempo si è provveduto a formare/affiancare i Dirigenti Medici e il personale dedicato per l'utilizzo corretto delle procedure (CCA/E-prescription) affinché le visite di controllo (come previsto dai RAO e dal PNGLA) venissero prescritte e prenotate dallo stesso Specialista.

Si è lavorato pertanto nel presidiare i tre fronti sotto elencati utili ad un governo della domanda:

- utilizzo sistematico delle classi di priorità, sulla base delle corrette indicazioni cliniche;
- presenza del quesito diagnostico;
- corretta indicazione dei primi accessi e degli accessi successivi.

Sia sul fronte dell'offerta che su quello organizzativo ci si era pertanto prefissati l'obiettivo di migliorare l'attuale sistema aumentando il numero delle prestazioni offerte e prevedendo attività di recall.

Per la quantificazione delle prestazioni da offrire si era partiti dalla stima dei fabbisogni contenuta nella DGR 46/47, conciliandola con la disponibilità del personale dipendente e della medicina specialistica convenzionata ad effettuare prestazioni aggiuntive, così come emerso dal confronto con i Direttori dei Distretti Socio Sanitari e con la Direzione di Presidio, e alla possibilità di ricorrere a nuovi contratti. È ancora in corso la spendita dei fondi residui del progetto di Abbattimento liste d'attesa per il quale la DGR 46/47 del 2019 ha destinato fondi per il triennio 2019-2021 e che per l'area di Oristano ammontano a:

- Abbattimento liste d'attesa prestazioni extra ospedaliere € 1.391.383,00;

- Abbattimento liste d'attesa prestazioni ospedaliere € 203.487,00.
- Attività segreterie CUP e personale amministrativo € 173.965,00

Purtroppo le recenti vicende legate alla malattia da Coronavirus, con il conseguente arresto delle attività programmate e differite dal mese di marzo al mese di giugno 2020, ha allargato i tempi di attesa già critici per un numero considerevole di prestazioni. Dal mese di giugno 2020 infatti sono state eseguite le attività di recall per recuperare gli appuntamenti dei mesi da marzo a giugno e a tal proposito ci si è avvalsi delle risorse a disposizione del progetto "Abbattimento liste d'attesa" che ha permesso, per alcune branche, di lavorare al di fuori dell'orario di lavoro ordinario. Inoltre le attività di triage e di sanificazione degli ambienti per l'accesso in sicurezza dei pazienti hanno rallentato le attività con la conseguente necessità di ridurre il numero di prestazioni orarie nelle agende di prenotazione degli specialisti ambulatoriali e conseguentemente una riduzione delle prestazioni offerte dal pubblico. Nell'anno 2021, in via del tutto eccezionale e per far fronte a tale situazione contingente, si è chiesta la collaborazione del privato accreditato per la produzione di prestazioni su alcune branche per le quali il pubblico aveva forti criticità legate all'assenza di personale.

A meno che non si riesca a sopperire a tale situazione con la disponibilità di risorse che consentano l'assunzione di ulteriori figure di specialisti, il pubblico non sarà in grado di sostenere una tale situazione a maggior ragione se in presenza della malattia da Coronavirus. Pertanto lo sforzo di recuperare quella fetta di attività erogata dalle altre ASL o Aziende del territorio regionale, per riportarle nei territori di prossimità dei nostri residenti, e al contempo ridurre i tempi di attesa per le prestazioni critiche, diventa rilevante.

Sempre in tale ambito questa azienda ha implementato il Piano approvato con delibera del direttore generale n. 82 del 29.03.2022 di recupero delle liste d'attesa Covid-19 di cui all'art. 29 del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 126 del 13.10.2020. Legge 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1, comma 276. La disposizione normativa nazionale detta disposizioni urgenti in materia di liste di attesa con la finalità di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus Sars-Cov-2 e di ridurre le liste di attesa, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura. La Regione Sardegna con DGR 3/4 del 27.01.2022 ha aggiornato il proprio Piano operativo regionale di recupero delle liste di attesa Covid-19 distribuendo alle aziende regionali i fondi stanziati dalla legge di bilancio nazionale 2022 (Legge 234/2021), assegnando alla ASL di Oristano la somma di euro 924.494,62.

Quale criterio clinico prioritario per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, delle 72.491 prestazioni da recuperare (differenza nel volume di prestazioni erogate nel 2021 rispetto al 2019) è stato stimato che, con le risorse umane a disposizione, si sarebbero potute recuperate circa 2.788 prestazioni appartenenti prioritariamente alle branche di diagnostica per immagini, cardiologia, pneumologia, endocrinologia, angiologia, pediatria, psichiatria, oncologia. Tale scelta è stata fatta dando priorità alla riduzione delle liste d'attesa delle prestazioni afferenti alle patologie oncologiche e alle visite delle persone con cronicità che nel corso della pandemia non hanno effettuato i controlli programmati. Sono stati previsti 359.292 euro per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Anche per il prossimo triennio sul fronte della domanda si dovrà agire con azioni mirate all'utilizzo sistematico delle classi di priorità, sulla base delle corrette indicazioni cliniche; della corretta applicazione dei RAO sulla base del quesito diagnostico apposto, e sulla corretta individuazione e indicazione dei primi accessi e degli accessi successivi. Si dovranno pertanto riprendere e aggiornare le attività svolte in materia di ristrutturazione delle agende per classi di priorità e di formazione per l'applicazione dei RAO. Il modello RAO parte dall'assunto che i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, oggetto di monitoraggio, debbano essere differenziati e raggruppati in quattro classi di priorità (U, B, D, P), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui. Oltre al modello RAO relativo alle 43 prestazioni soggette a monitoraggio, approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 59/5 del 4.12.2018, si potrebbe fare riferimento anche al Manuale RAO dell'Agenas aggiornato al 2020.

Sul fronte dell'offerta si dovrà investire sull'assunzione di nuovi specialisti che possano, non in maniera estemporanea, dedicarsi all'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale e riportare i tempi di attesa all'interno dello standard regionale.

L'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e le azioni di sensibilizzazione al suo utilizzo contribuiranno inoltre efficacemente al processo di razionalizzazione della domanda e dell'offerta, incidendo sulla gestione delle liste di attesa e sulla diffusione controllata delle classi di priorità secondo il modello RAO.

La riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze per arginare l'elevata incidenza delle patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso, con l'implementazione di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la costruzione di reti interistituzionali

Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche deve operare per soddisfare l'esercizio delle funzioni attribuite in materia di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione e integrazione culturale, familiare, sociale e lavorativa dei pazienti con disagio mentale e affetti da dipendenze patologiche.

A tal fine nel Dipartimento è presente un complesso di servizi e strutture costituito da équipes multidisciplinari formate da psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri professionali e tutte quelle altre figure necessarie per affrontare la complessità dei problemi connessi alla malattia mentale e alle dipendenze patologiche.

È inoltre presente un'integrazione con i servizi sociali comunali e dei rapporti di collaborazione con le associazioni dei familiari, le associazioni di volontariato, le forze culturali e sociali del territorio.

Le azioni del Dipartimento e i progetti terapeutici e riabilitativi messi in campo hanno avuto la finalità di promuovere l'autonomia e la guarigione delle persone, cercando di limitare al minimo il periodo di "dipendenza" dal servizio.

Uno degli snodi importanti è rappresentato dall'intervento del MMG, che collaborando con le strutture dipartimentali favorirà l'intercettazione del bisogno di salute. Una volta favorita l'accessibilità alle cure e la presa in carico, sarà utile lavorare sulla personalizzazione del percorso di cura che sarà differente in rapporto ai bisogni e all'intensità assistenziale.

Oltre al consolidamento e sviluppo della rete di relazioni che ruotano intorno alla presa in carico del paziente con patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso, l'obiettivo per il prossimo triennio è quello di completare la riclassificazione e ricollocazione degli assistiti nel corretto setting assistenziale e conseguentemente intervenire su una più omogenea distribuzione dei servizi nel territorio. La presenza delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità permetterà di accogliere il paziente su nuovi setting assistenziali con il conseguente risultato di meglio intercettare e indirizzare pazienti e/o patologie che risultano inappropriatamente trattate in ambito ospedaliero e che potranno essere assistiti adeguatamente in strutture territoriali.

Le Case della Comunità potranno occuparsi pertanto di prendersi cura dei pazienti con sindromi cognitive-deficitarie, demenze in fase iniziale o non conclamate, patologie psichiatriche come l'autismo e le insufficienze mentali, pazienti cronici che necessitano di controlli specialistici complessi, pazienti cronici che necessitano di somministrazione di terapia quotidiana, pazienti con disturbi Alcool correlati che necessitano di essere presi in carico dal Centro Alcolologico polispecialistico. Gli Ospedali di Comunità invece si potranno occupare dei ricoveri ospedalieri "sociali" di pazienti fragili che necessitano di protezione nelle Strutture per carenze familiari relazionali o assistenziali, pazienti oncologici con problematiche psicologiche e/o psichiatriche, pazienti anziani privi di assistenza domiciliare, intossicazioni etiliche in fase acuta e cronica non associate a patologia psichiatrica ecc.

I pazienti invece con bisogni imprevisti in ambito di salute mentale non accederanno alle Case della Comunità come primo punto d'accesso ma saranno intercettati dalla rete ospedaliera, quali gli SPDC e i Pronto Soccorso i quali, dopo la messa in sicurezza del paziente, ne effettuano la presa in carico e l'invio alla struttura più appropriata.

Con l'istituzione sperimentale del Dipartimento di psicologia di cure primarie (DPCP), ai sensi della Legge regionale 24/2020 (art. 37, c. 2, lett. b) e successive modifiche e integrazioni, si potrà poi sperimentare un sistema di servizi per la tutela della salute mentale di livello base per la prevenzione e promozione della salute, presa in carico dei casi di lieve gravità, indirizzo ai servizi specialistici dei casi di media e grave entità. Tale livello di assistenza può trovare allocazione nelle Case della Comunità mentre i livelli più specializzati saranno erogati dal Dipartimento della Salute Mentale. Altro nodo della rete di fondamentale importanza è quello costituito dai servizi residenziali e semiresidenziali per la promozione e la tutela della salute mentale affidati al privato accreditato.

Le attività di collaborazione con i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e i Medici di continuità assistenziale risultano indispensabili per intercettare i bisogni di salute e indirizzarli nel corretto setting assistenziale. Anche l'ausilio della telemedicina potrà essere utile per una gestione integrata delle attività dei diversi professionisti coinvolti nel percorso di cura.

Risulta poi importante proseguire nel lavoro di integrazione tra servizi per garantire la continuità assistenziale nella transizione del minore verso l'età adulta.

Le attività di prevenzione in tale ambito presenti nei diversi Piani Regionali di Prevenzione, e da ultimo presenti nel PRP 2020-2025, presuppongono azioni mirate e condivise con diversi attori istituzionali quali ad esempio i Comuni e la Scuola, importanti interlocutori per il successo degli interventi di prevenzione.

B.5 Area dell'assistenza ospedaliera. Offerta di prestazioni e servizi

L'anno 2020 è stato segnato profondamente dall'emergenza SARS-CoV-2, che ha sottoposto il sistema sanitario a episodi di grande stress nell'affrontare momenti di emergenza spesso diversi. Durante la prima ondata epidemica sono state adottate forti azioni restrittive per contenere la diffusione del virus che hanno comportato una inevitabile contrazione dell'attività; con l'allentamento della diffusione del virus nella seconda metà dell'anno 2020, si è approntato il progressivo ripristino dei livelli essenziali di assistenza seguendo le disposizioni contenute nelle linee guida nazionali e regionali. La ripartenza è avvenuta facendo riferimento alle indicazioni sulla prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 e nel rispetto delle indicazioni per una corretta gestione degli eventuali casi sospetti, probabili o confermati Covid-19.

Negli stabilimenti ospedalieri sono state adottate le misure logistiche e organizzative tali da garantire, all'interno delle Unità Operative, il distanziamento sociale dei pazienti nelle aree di degenza, prevedendo un approccio progressivo nella riapertura delle attività programmate. È stata assicurata una attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio in relazione allo stato clinico del singolo paziente prima del ricovero programmato, ed è stata garantita la presenza di screening sistematici dei pazienti nei giorni immediatamente precedenti al ricovero (esecuzione del tampone diagnostico). Queste indispensabili misure di sicurezza, soprattutto nei primi mesi dell'anno, hanno comportato una riduzione e un rallentamento delle attività di ricovero per garantire un accesso in sicurezza ai pazienti per cui si programmava il ricovero e la sicurezza dei pazienti già ricoverati nel reparto.

Sul fronte della gestione dell'epidemia e della gestione dei pazienti positivi al Covid-19 sono stati creati i reparti nei tre presidi ospedalieri di Oristano, Bosa e Ghilarza che hanno operato nei momenti di necessità di forte carico assistenziale, ospitando i casi positivi al virus quando erano saturi i posti disponibili nelle altre strutture ospedaliere dell'isola e ospitando nel primo periodo della pandemia i casi sospetti di Coronavirus in attesa di diagnosi, andando a liberare l'area Obi del Pronto Soccorso. Il reparto Covid del San Martino di Oristano è divenuto operativo nel mese di ottobre; nel mese di novembre 2020, a seguito della seconda ondata epidemica, è stato necessario coinvolgere anche i presidi di Bosa e Ghilarza.

Nel mese di aprile 2020 anche il Laboratorio analisi del San Martino è divenuto operativo per la ricerca del virus SARS-CoV2 sui tamponi nasofaringei e per l'indagine sierologica dei soggetti potenzialmente portatori, ciò ha permesso di accelerare i tempi che intercorrevano tra il prelievo del campione e l'esito dell'analisi e di intervenire in maniera più rapida e mirata sui pazienti.

Dal mese di novembre 2020 inoltre era operativo il Covid Hotel a Oristano capace di ospitare con 40 camere a disposizione, persone positive al Coronavirus impossibilitate a isolarsi nella propria abitazione e pazienti in via di guarigione che non necessitavano più di cure ospedaliere. Nel corso del 2020 sono state attivate tre Usca (Unità speciali di continuità assistenziale), nei territori dei Distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa, che in tutto il territorio provinciale hanno avuto il compito di garantire la presa in carico e il monitoraggio dei parametri vitali dei pazienti affetti da Covid-19 in isolamento domiciliare, sia tramite assistenza a distanza, attraverso una costante sorveglianza sanitaria telefonica o direttamente a casa del soggetto positivo. Attualmente, con l'affievolirsi dell'emergenza è presente un'unica USCA per l'intera Provincia.

Nel corso dell'anno 2021 un notevole impulso positivo ha avuto la campagna vaccinale che ha raggiunto nella regione Sardegna un elevato numero di persone e che ha permesso di affrontare la quarta ondata della pandemia senza elevati numeri di ricoveri e di decessi.

In tutte le attività sopra descritte gli operatori coinvolti tra medici, infermieri e operatori socio sanitari sono stati necessariamente distolti dalle ordinarie attività dei reparti e servizi ospedalieri e dai servizi territoriali di provenienza, determinando una riduzione diffusa delle prestazioni erogate agli assistiti.

Dalle tabelle che seguono si può notare la notevole riduzione dell'attività di ricovero dell'anno 2020 rispetto all'anno precedente, dovuto appunto all'interruzione dell'attività programmata e alla riorganizzazione delle attività secondo standard adeguati di sicurezza. La produzione in valore assoluto dei ricoveri pubblici diminuisce nell'anno 2020 del 29% ma la riduzione maggiore ha riguardato i presidi periferici di Bosa e Ghilarza (-48% e -45%). Si registra inoltre una riduzione dei ricoveri della Casa di Cura privata accreditata Madonna del Rimedio di Oristano (-12%). La produzione diminuisce poi lievemente nell'anno 2021 rispetto all'anno 2020 (-7%), dovuta sostanzialmente alla marcata riduzione dell'attività dei presidi di Bosa e Ghilarza dove i reparti di medicina sono stati trasformati per alcuni mesi in reparti covid.

Dati di attività Assistenza Ospedaliera

Fonte: ABACO –file A

Presidio	2019			2020			2021			Diff % (2021- 2020)
	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	
San Martino Oristano	10.507	2.286	8.221	7.978	1.577	6.401	8.264	1.487	6.777	4%
Mastino Bosa	1.465	344	1.121	767	75	692	382	0	382	-50%
Delogu Ghilarza	1.380	405	975	753	147	606	189	20	169	-75%
Presidi Pubblici ASSL Oristano	13.352	3.035	10.317	9.498	1.799	7.699	8.835	1.507	7.328	-7%
Casa di Cura Oristano	3.819	2.281	1.538	3.361	1.743	1.618	3.311	1.173	2.138	-1%
TOTALE ASSL Oristano	17.171	5.316	11.855	12.859	3.542	9.317	12.146	2.680	9.466	-6%

La riduzione dell'attività si registra soprattutto nel biennio 2019-2020 e soprattutto nelle discipline chirurgiche dove l'attività programmata rappresenta una buona parte dell'attività di ricovero ordinario. Le nuove misure organizzative legate alla logistica, che prevedono misure di isolamento dei casi dubbi o di ricoverati in urgenza in attesa di tampone, e i tempi di attesa dell'esito dei tamponi per permettere il ricovero in elezione dei pazienti, hanno comportato una contrazione dell'attività. A dimostrazione di ciò si evidenziano le riduzioni nei tassi di occupazione rispetto al periodo pre-pandemia.

Anche altri indicatori dimostrano che i ricoveri ospedalieri sono stati influenzati da una attenta valutazione di opportunità che, come già detto bilanciavano le necessità cliniche del paziente rispetto al rischio di diffusione del virus. Gli indicatori mostrano infatti un miglioramento dei parametri di appropriatezza e una drastica riduzione della gran parte dei ricoveri evitabili.

Dalla tabella che segue, che illustra i principali indicatori legati all'attività ospedaliera del San Martino messi a confronto tra l'anno 2019 – 2020 e 2021, si può osservare quanto la pandemia abbia influenzato la modalità di ricorso al ricovero ospedaliero. La riduzione del tasso di occupazione dei posti letto ha riguardato comunque tutti gli stabilimenti del presidio pubblico. Si segnala inoltre una diffusa riduzione dei ricoveri evitabili e dei ricoveri inappropriati, mentre aumenta la degenza media che passa dal 7,15 nel 2019 al 7,71 nel 2021 nel PO San Martino (la media nazionale del 2019 è pari a 7,04 mentre la media regionale nello stesso anno è pari a 7,02). La percentuale dei Drg LEA in ricovero ordinario non appropriati (ARI LEA 2009 – Accordi Stato regioni) del PO San Martino si riduce nel 2021 (8,2%) rispetto all'anno 2019 (10%). Rimangono alte le percentuali di dimissione da reparti chirurgici con DRG medici pari al 49 e 46,5% nel PO San Martino negli anni 2019 e 2021, rispetto ad una media nazionale pari a 26,6% e regionale di 33,88% nel 2019. La percentuale dei ricoveri medici di tipo diagnostico sono invece inferiori (11,7% nel 2019 e 12,4% nel 2021 nel PO San Martino) rispetto alla media nazionale pari a 35,25% e regionale pari a 24,41% del 2019.

Tendono invece ad un forte peggioramento gli indicatori monitorati dal Piano Nazionale Esiti.

Indicatori Ricovero Ospedaliero San Martino - Oristano anni 2019-2020-2021 (fonte: ABACO)

Presidio	Voce	2019	2020	2021	Delta (2021-2020)	Delta %
San Martino - Oristano	Occupazione PL DH	143,02%	146,10%	138,80%	-7,30%	-5,00%
	Occupazione PL RO	79,38%	61,90%	64,30%	2,40%	3,88%
	RO - Turn Over	1,86	4,14	3,77	-0,37	-8,94%
	RO - Indice di rotazione	40,5	33,68	34,49	0,81	2,40%
	RO - Degenza media	7,15	7,73	7,71	-0,02	-0,26%
	RO - Giorni DegMediaPreoperatoria		2,00	2,38	0,38	19,00%
	Peso Medio RO	1,39	1,08	1,17	0,09	8,33%
	Peso Medio DH	1,2	0,89	1,02	0,13	14,61%
	Dimessi vivi 0-2 giorni (RO) (<i>riduzione ricoveri evitabili</i>)	1.448	1.083	1.084	1,00	0,09%
	% DRG dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	49,30%	48,30%	46,50%	-1,80%	-3,73%
	% ricoveri urgenti brevi (<i>riduzione ricoveri evitabili</i>)	5,40%	5,90%	5,00%	-0,90%	-15,25%
	% ricoveri DH medici con finalità diagnostica (<i>riduzione ricoveri evitabili</i>)	11,70%	13,80%	12,40%	-1,40%	-10,14%
	% DRG LEA (all. B.P.S.) non appropriati	10,00%	8,40%	8,20%	-0,20%	-2,38%
	% DRG Chirurgici in DH	42,10%	32,9%	32,5%	0,4%	1,23%

INDICATORI PIANO NAZIONALE ESITI P.O. SAN MARTINO - ORISTANO

		2016			2017			2018	2019	2020	2021
		(fonte PNE)			(fonte PNE)			fonte: 360-3M	fonte: 360-3M	fonte: 360-3M	fonte: 360-3M
AREA CLINICA	INDICATORE	N	% ADJ	% Italia	tasso grezzo	% ADJ	% Italia	tasso grezzo	tasso grezzo	tasso grezzo	tasso grezzo
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	142	90,97	72,71	93,33	87,75	75,61	94,93	93,33	70,91	66,29
GRAVIDANZA E PARTO	% parti con taglio cesareo	621	22,21	24,52	27	23,57	23,36	21,19	27	24	21
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	202	64,51	57,8	73,02	80,67	64,74	79,92	73,02	52,26	29,59
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	217	65,74	44,8	44,90	59,55	46,27	47,83	44,90	31,72	28,77

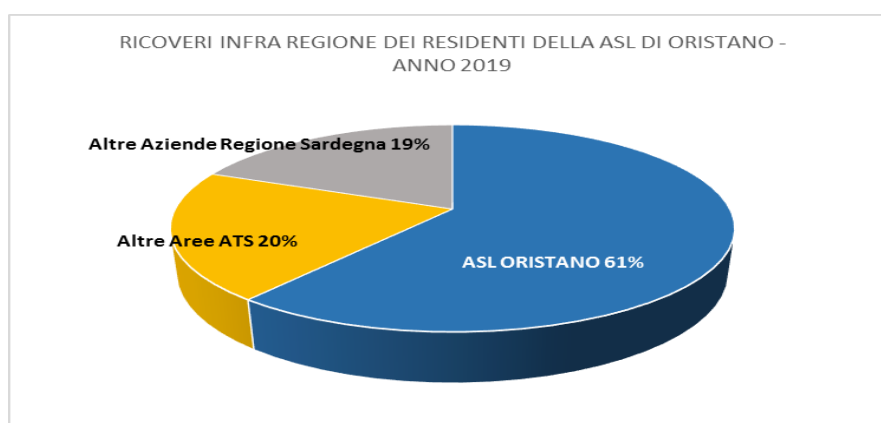
La gestione dei pazienti Covid da parte del personale ospedaliero soprattutto nel 2020 è stata un'altra determinante nella riduzione del numero dei ricoveri. Infatti gli operatori coinvolti tra medici, infermieri e operatori socio sanitari sono stati necessariamente distolti dalle ordinarie attività dei reparti di provenienza.

Di seguito si rappresentano i ricoveri per residenti negli anni 2019, 2020 e 2021 prodotti dai nostri stabilimenti ospedalieri pubblici e dal privato accreditato e dalle altre ASL o Aziende del territorio regionale, quale indicatore della domanda sanitaria ospedaliera del nostro territorio e della capacità del sistema sanitario provinciale di farvi fronte.

Ricoveri infra regione dei Residenti della ASL 5 anni 2019-2020 e 2021

Fonte: ABACO file A (2019-2020-2021)

Ricoveri Residenti ASL5	Dimessi 2019	Valore 2019	Dimessi 2020	Valore 2020	Dimessi 2021	Valore 2021
ASL Oristano	14.493	40.994.367	10.645	32.723.548	9.927	33.239.787,28
Altre ASL ex ATS	4.825	14.736.304	4.110	12.872.436	4.983	16.094.966,30
Mobilità Passiva infra Regione	4.508	16.013.601	3.633	14.404.005	4.281	16.188.381,04
Totale Ricoveri Residenti ASL5	23.826	71.774.272	18.388	59.999.989	19.191	65.523.134,62



Prima dell'evento pandemico quasi il 40% dei residenti nella provincia di Oristano si rivolgeva a strutture ospedaliere di altre ASL o Aziende del Sistema Sanitario Regionale. Tale fenomeno è peggiorato nel 2021 (48%) e non potrà migliorare data l'attuale situazione legata alla carenza di personale sanitario. Gli eventi trascorsi hanno rafforzato la convinzione che sia necessario intervenire con azioni di potenziamento sia della dotazione organica di alcune specialità in particolare Pronto soccorso, Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Emodinamica, Radiologia, che del sistema più in generale, anche mediante il rafforzamento della rete dell'assistenza territoriale.

Una maggiore considerazione da parte dei cittadini sul proprio stato di salute e la carenza nel mercato del lavoro di personale medico e sanitario più in generale creano nell'utente una percezione della qualità dell'assistenza in costante peggioramento; la domanda di prestazioni aumenta e l'offerta da parte del sistema sanitario non è più adeguata sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Tra le altre criticità che caratterizzano l'assistenza ospedaliera in ambito regionale, si riscontra il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione spesso dovuto ad una scarsa rete assistenziale territoriale povera di strutture o ad una inadeguata presenza di posti letto per la gestione delle post acuzie. Ne consegue che spesso l'attività relativa alla gestione delle acuzie sia inappropriata o inefficiente. Insieme all'attivazione dei

posti letto per post acuti, anche l'attivazione degli Ospedali di Comunità saranno un valido strumento per liberare i posti letto per acuti occupati inappropriatamente.

Le informazioni fornite dai tassi di ospedalizzazione delle patologie legate al diabete, all'asma e all'insufficienza cardiaca contribuiscono a dare indicazioni sul ricorso inappropriato all'ospedale per la cura di patologie croniche che dovrebbero essere prese in carico dal territorio. Valori bassi del tasso di ospedalizzazione sono da intendere quali segnali di una corretta presa in carico del paziente a tutti i livelli soprattutto a livello territoriale. Nella tabella che segue sono riportati alcuni tassi di ospedalizzazione che possono dare l'indicazione sulla accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali. I dati nazionali e regionali relativi all'anno 2019 sono estratti dal Rapporto SDO del 2019, pubblicato dal Ministero della Salute; per lo stesso anno abbiamo calcolato il dato riferito alla provincia di Oristano. I dati regionali per la quasi totalità dei casi presentano valori più elevati rispetto al dato nazionale mentre il dato della provincia di Oristano mostra valori quasi sempre inferiori alla media nazionale e sempre al di sotto della media regionale.

Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali

Ann o		Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato (per 100.000 abitanti)	Tasso di ospedalizzazione e per insufficienza cardiaca (per 100.000 abitanti)(età >=18 anni)	Tasso di ospedalizzazione e per insufficienza cardiaca (per 100.000 abitanti)(età >=65 anni)	Tasso di ospedalizzazione e per asma nell'adulto (per 100.000 abitanti)	Tasso di ospedalizzazione e per malattie polmonari croniche ostruttive (per 100.000 abitanti)	Tasso di ospedalizzazione e per influenza nell'anziano (per 100.000 abitanti)	Tasso di ospedalizzazione e std per patologie correlate all'alcool (per 100.000 abitanti)
2019	Italia	10,22	301,12	994,67	5,04	48,74	12,4	24,36
2019	Sardegna	17,96	249,26	802,85	5,95	61,48	17,2	35,63

Fonte: Rapporto SDO 2019 Ministero della Salute

2019	Oristano	13,25	187,67	575,64	1,07	32,24	2,38	30,61
-------------	-----------------	--------------	---------------	---------------	-------------	--------------	-------------	--------------

Fonte: elaborazioni su file A

Il confronto tra gli anni 2019-21 del numero di accessi al Pronto Soccorso non mostra differenze per quanto attiene ai codici rossi e gialli, ma possiamo notare come in epoca pre-pandemia fossero più elevati gli accessi per i codici verdi e bianchi. Anche in questo caso gli accessi inappropriati all'ospedale si riducono.

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2019	DEA - PS San Martino	PS Delogu	PS Mastino	PS pediatrico	PS ginecologico	Totale
Codice Nero: decesso - il paziente non è rianimabile	10	0	1	0	0	11
Codice Rosso: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	513	1	41	2	1	558
Codice Giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	7.969	285	790	332	282	9.658
Codice Verde: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	15.721	1.883	3.908	3.384	852	25.748
Codice Bianco: non critico, pazienti non urgenti	2.696	823	481	71	162	4.233
Totale	26.909	2.992	5.221	3.789	1.297	40.208

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2020	DEA - PS San Martino	PS Delogu	PS Mastino	PS pediatrico	PS ginecologico	Totale
Codice Nero: decesso - il paziente non è rianimabile	3	0	0	0	0	3
Codice Rosso: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	404	0	25	2	1	432
Codice Giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	6.160	0	500	184	177	7.021
Codice Verde: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	10.318	0	2.531	1.516	740	15.105
Codice Bianco: non critico, pazienti non urgenti	1.208	0	208	28	64	1.508
Totale	18.093	0	3.264	1.730	982	24.069

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2021	DEA - PS San Martino	PS Delogu	PS Mastino	PS pediatrico	PS ginecologico	Totale
Codice Nero: decesso - il paziente non è rianimabile	5	0	0	0	0	5
Codice Rosso: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	615	3	12	5	1	636
Codice Giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	8.453	70	527	214	178	9.442
Codice Verde: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	9.737	1.175	2.598	1.541	756	15.807
Codice Bianco: non critico, pazienti non urgenti	968	598	179	40	59	1.844
Totale	19.778	1.846	3.316	1.800	994	27.734

Anche sul fronte dell'assistenza ospedaliera occorre ridisegnare il modello organizzativo anche in funzione del nuovo ruolo che deve assumere il Presidio Ospedaliero di Oristano nella rete di Emergenza (DEA di I livello) e in linea con quanto stabilito nella Rete Ospedaliera adottata dalla Giunta Regionale (delibera n. 6/15 del 02.02.2016) e approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017. Sarà infatti necessario garantire le attività riferite alle specialità di oculistica, otorinolaringoiatria, neurologia, malattie endocrine e diabetologia, pneumologia. La pronta reperibilità H24 dovrà essere sempre assicurata sia per il servizio di endoscopia che per il servizio di emodinamica.

Al fine di ottimizzare il percorso diagnostico terapeutico delle patologie cerebrovascolari si vuole sottolineare la necessità e l'importanza della realizzazione del nuovo servizio di Stroke Unit (SU) che questa Azienda intende attivare presso il Presidio San Martino di Oristano. La SU è un'area assistenziale dedicata alle malattie cerebrovascolari acute dove ricoverare i malati con ictus, onde poterli sottoporre tempestivamente ad un protocollo diagnostico completo e alla terapia più adeguata al tipo di ictus. I malati vengono sottoposti ad un monitoraggio dei parametri vitali ed iniziano il più precocemente possibile un programma di riabilitazione personalizzato alle necessità individuali. Il programma diagnostico-terapeutico-riabilitativo deve essere svolto da un'équipe multiprofessionale composta da neurologi, cardiologi, infermieri, fisioterapisti e terapisti della riabilitazione specializzati nella cura dell'ictus. Sarà dunque necessario costituire una rete tra le varie unità operative per garantire un intervento rapido e definire accessi preferenziali soprattutto ai servizi di diagnostica. Utile pertanto a tale scopo sarà definire i protocolli, congiuntamente alle unità operative ospedaliere coinvolte (pronto soccorso, medicina interna, cardiologia con il servizio di emodinamica, neuroriabilitazione, servizi della diagnostica), e ai servizi territoriali che garantiranno la continuità delle terapie riabilitative intraprese nel presidio ospedaliero. Anche sul versante della lungodegenza (cod 60) e del recupero e riabilitazione funzionale (cod 56) è necessario potersi dotare di un congruo numero di posti letto, per assicurare una adeguata assistenza al paziente nel suo percorso di cura e per garantire dei giusti livelli di appropriatezza nella gestione della acuzie.

Si riprenderanno poi le azioni rivolte alla specializzazione dei presidi periferici su attività a minore complessità (medio-bassa intensità di cura e le attività programmate di day hospital, day surgery, day service, week hospital), ma di più ampia utilità per la popolazione locale in termini di risposta ai bisogni assistenziali del territorio, mira alla conduzione di un governo dell'offerta più efficiente ma anche più efficace in termini di qualità delle prestazioni erogate. Come già avvenuto in passato, quando le risorse umane presenti in servizio lo consentivano, si potrà riproporre appieno l'erogazione delle prestazioni e l'organizzazione delle attività in una logica di ospedale di rete ove tutti gli ospedali aziendali si trasformano in strutture flessibili che garantiscono prestazioni sia con l'utilizzo di risorse dedicate stabilmente sia con risorse disponibili nella rete aziendale, ciò soprattutto per le attività di area chirurgica, organizzate secondo il vero modello dipartimentale, in alternativa al vecchio modello divisionale.

Si proseguirà altresì ad improntare l'attività in termini di appropriatezza, sia prevedendo uno sviluppo maggiore dei ricoveri diurni, soprattutto di tipo chirurgico, che proponendo una conversione di un numero maggiore di ricoveri in DH verso forme ambulatoriali. Nonostante il buon risultato ottenuto negli anni, sarà difficile aumentare la deospedalizzazione in quanto la nostra provincia è povera di strutture residenziali

territoriali ed è scarsa la dotazione di posti letto per post acuti che potrebbero essere incrementati con l'implementazione della nuova rete ospedaliera.

Risulta inoltre indispensabile assicurare la continuità assistenziale e la definizione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione in un'ottica di integrazione ospedale territorio mediante l'integrazione tra Dipartimenti Aziendali e Distretti Socio Sanitari. A tale scopo, iniziando dai presidi di Bosa e di Ghilarza, sarà utile provvedere a creare una forte integrazione tra attività ospedaliera e attività territoriale dislocando logisticamente le Case della Comunità nello stesso plesso in modo tale da garantire la collaborazione tra professionisti, finalizzata al miglioramento qualitativo del servizio, e ridurre al minimo il disagio per l'utente nel suo percorso di cura.

Altro intervento previsto nel triennio riguarda l'istituzione degli Ospedali di Comunità per i quali il Piano Regionale dei Servizi Sanitari 2022-24 prevede l'attivazione a Bosa e a Ghilarza (fondi del PNRR missione 6 componente 1 investimento 1.3). Tali Ospedali previsti all'interno dei presidi ospedalieri, sono previsti anche nella Rete Ospedaliera adottata dalla Giunta Regionale (delibera n. 6/15 del 02.02.2016) e approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017. Logisticamente i plessi ospedalieri di Bosa e Ghilarza si rivelano ottimali sia per la presenza dei servizi di diagnostica, sia per la presenza dei professionisti specialisti ambulatoriali e ospedalieri che potrebbero assicurare attività di consulenza, e infine sarà possibile una ottimizzazione dell'impiego del personale infermieristico che opera nei reparti.

Altro problema che si è rivelato in questi ultimi due anni di pandemia è stato quello della riduzione dell'attività interventistica resa ancora più critica per la riduzione dell'organico del personale medico anestesista. Saranno quindi perseguiti obiettivi per una graduale ripresa dell'attività di ricovero e degli interventi in elezione rispetto al periodo pre pandemia. Per supportare la realizzazione di tale obiettivo, con la già citata delibera del direttore generale n. 82 del 29.03.2022 di adozione del Piano di recupero delle liste d'attesa Covid-19 di cui all'art. 29 del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104, sono stati stanziati 293.759 euro per il recupero delle prestazioni ospedaliere. Quale criterio clinico prioritario si è adottato, in linea con i dettati delle linee guida ministeriali, quello riferito agli interventi legati alle patologie oncologiche e alle patologie maggiori. Attraverso il piano di recupero delle prestazioni di ricovero, con le risorse umane a disposizione, è stato deciso di recuperare circa 150 interventi appartenenti prioritariamente alla classi di complessità 1 (Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti) e solo in subordine, qualora soddisfatto il recupero di tali interventi, alla classe 2 (Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo); naturalmente riferiti a quegli interventi per i quali risultano ad oggi liste d'attesa superiori rispetto agli standard dettati dal DM 8/7/2010 n. 135 e ss.mm.ii. Nel solo presidio San Martino di Oristano la differenza nel numero di interventi eseguiti nel 2021 rispetto all'anno 2019 è pari a circa 840. Purtroppo la carenza di personale medico, soprattutto di anestesisti, rendono difficile la realizzazione di tale progetto.

Sul fronte dell'innovazione tecnologica, come già accennato, saranno previsti interventi rivolti anche all'assistenza ospedaliera finanziati dalla Missione 6 Salute del PNRR.

Missione 6 Componente 2

1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiature sanitarie

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I livello ASL Oristano) - Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera - Sistema Telemonitoraggio - Infrastruttura di ICT di Networking, WIFI, Firewalling. Postazioni di Lavoro Fisse e Mobili	4.118.756,35 €

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO	RISORSE PNRR	CO-FINANZIAMENTO REGIONALE
TAC 128 STRATI - P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO	585.000,00 €	530.000,00 €	55.000,00 €
TAC 128 STRATI - PO DELOGU GHILARZA	585.000,00 €	530.000,00 €	55.000,00 €
RMN 1.5 TESLA - PO SAN MARTINO ORISTANO	1.014.000,00 €	914.000,00 €	100.000,00 €
TELECOMANDATO DIGITALE PER ESAMI DI PRONTO SOCCORSO - PO SAN MARTINO ORISTANO	330.000,00 €	305.000,00 €	25.000,00 €
CONE BEAM CT - PO SAN MARTINO ORISTANO	75.200,00 €	36.600,00 €	38.600,00 €
CONE BEAM CT - PO DELOGU GHILARZA	75.200,00 €	36.600,00 €	38.600,00 €
DENSITOMETRO OSSEO - PO MASTINO BOSA	50.800,00 €	48.800,00 €	2.000,00 €
DENSITOMETRO OSSEO - POLIAMBULATORIO ORISTANO	50.800,00 €	48.800,00 €	2.000,00 €
ECOTOMOGRAMFO MULTIDISCIPLINARE - PO SAN MARTINO ORISTANO	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAMFO MULTIDISCIPLINARE - PO DELOGU GHILARZA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAMFO MULTIDISCIPLINARE - PO MASTINO BOSA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAMFO MULTIDISCIPLINARE - PO SAN MARTINO ORISTANO	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	3.094.000,00 €	2.777.800,00 €	316.200,00 €

B.7 Obiettivi strategici trasversali

La costruzione del nuovo modello organizzativo della nascente ASL di Oristano, nel rispetto degli indirizzi regionali e a seguito dell'adozione dell'atto aziendale, nonché la costruzione di modelli di raccordo con le strutture dell'Azienda regionale della salute (ARES) che svolge, per conto di tutte le aziende sanitarie pubbliche regionali, le funzioni di cui all'art. 3 comma 3 della LR 24/2020

La Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020, di riforma del Sistema Sanitario della Regione Sardegna, ha disposto che mediante scorporo della Azienda per la Tutela della Salute siano costituite l'Azienda Regionale della Salute Ares e n. 8 Aziende Socio Sanitarie Locali ASL, tra cui l'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 5 di Oristano. Con Delibera della G.R. n. 46/28 del 25.11.2021 è stata costituita l'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) n.5 di Oristano a far data dal 01.01.2022 ed è stata individuata la sua sede legale nella via Carducci 35 di Oristano.

Nel rispetto dell'art.9 della citata LR n. 24 del 2020 la ASL assicurerà, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Sempre l'art. 9 rimanda all'atto aziendale la disciplina dell'organizzazione e il suo funzionamento.

L'atto Aziendale sarà adottato entro sessanta giorni dall'emanazione degli indirizzi approvati dalla Giunta regionale e conterrà l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda, individuando in particolare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale e le competenze dei relativi responsabili. Il modello organizzativo sarà dipartimentale con precisi compiti e responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto socio-sanitario.

Sarà necessario definire con precisione e disciplinare i giusti raccordi soprattutto con l'Azienda regionale della salute (ARES) che ha un ruolo di supporto alla produzione dei servizi sanitari e socio-sanitari delle ASL, prevedendo la centralizzazione di diverse funzioni quali ad esempio quella di Centrale di Committenza per l'acquisto di beni e servizi sanitari e non sanitari, la gestione della committenza inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati, la gestione delle procedure di selezione e concorso del personale e la correlata gestione delle competenze economiche e della situazione contributiva e previdenziale, nonché la gestione degli aspetti economici e giuridici del personale convenzionato, così come declinati nell'art.3 comma 3 della LR 24/2020.

La ASL avendo una propria personalità giuridica pubblica e una autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione, dovrà nell'immediato dotarsi di un proprio bilancio, ricostituire il proprio patrimonio e la propria dotazione organica. Successivamente alla nomina del Direttore Generale, sono stati nominati i Direttori Amministrativo e Sanitario e il Collegio Sindacale e sarà poi nominato il Collegio di Direzione. L'anno 2023 pertanto sarà dedicato alla costituzione dei Dipartimenti con i loro organi e alla definizione dei Regolamenti di organizzazione interni all'Azienda.

Lo sviluppo di progetti per l'utilizzo della telemedicina, l'ammodernamento delle tecnologie e la tenuta di un efficace sistema informativo anche nel rispetto dei progetti contenuti nel PNRR missione 6 salute, quali strumenti a supporto di una medicina in rete

Per la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione non si può più prescindere dallo sviluppo di modelli in rete dove i diversi soggetti, che in maniera trasversale intervengono sulla cura del paziente, operano appunto in stretta connessione. Alla luce di tali nuovi modelli è necessario rivedere anche gli strumenti che possono supportare tale organizzazione e consentire la collaborazione di diverse figure professionali nel percorso di cura del paziente. A supporto di tali esigenze interviene il progresso tecnologico che ha permesso di sviluppare una sanità digitale sempre più avanzata.

E' oggi possibile superare gli ostacoli della distanza e compresenza dei diversi professionisti nello studio di un caso clinico con la Telemedicina (teleradiologia, teleconsulto, televisita, teleassistenza domiciliare, telecardiologia, telepatologia, telerabilitazione, ecc.) il cui utilizzo è raccomandato dalla Conferenza Stato Regioni del 17.12.2020. Può essere importante il suo impiego per il monitoraggio a distanza di alcuni parametri dei pazienti affetti da patologie croniche e per gestire la continuità delle cure a distanza. Sicuramente sarà necessario intervenire per disciplinare al meglio queste nuove forme di assistenza anche nel caso di pazienti con pluripatologie ove è necessario l'intervento di più professionisti, comportando pertanto una rivisitazione dei protocolli e nelle procedure attualmente adottati.

Anche il Piano Nazionale della Corricità suggerisce l'impiego delle tecnologie della sanità digitale e lo sviluppo di modelli di assistenza. Inoltre la missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede ingenti investimenti nell'intervento legato alla "costruzione di reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria". Per questo si rimanda al paragrafo B6.

L'avviato progetto del fascicolo sanitario elettronico è un altro tassello che, rendendo disponibili le informazioni di salute dell'assistito, può insieme alla cartella clinica elettronica ricostruire la storia clinica del paziente e agevolare il più ampio progetto di sviluppo della sanità digitale.

Il FSE infatti contiene, in formato digitale, gran parte delle informazioni di tipo sanitario e sociosanitario riguardanti l'assistito che permettono e facilitano l'integrazione tra i diversi professionisti sanitari nel dare assistenza al paziente. Avviato il progetto è ora necessario mantenere un buon livello di diffusione e utilizzo ma anche proseguire nella sua continua alimentazione con tutti i dati e documenti digitali che possono riguardare l'assistito.

Il citato Accordo Stato-Regioni, del 17 dicembre 2020, contenente le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", individua i seguenti elementi e standard necessari per poter erogare prestazioni sanitarie a distanza:

- rete di collegamento sempre disponibile tra medici e pazienti;

- portale web dedicato, a cui i medici accedono con il proprio account per gestire i pazienti assegnati;
- accesso alla pagina web da computer o tablet o smartphone per i sanitari;
- login per i pazienti semplice che devono poter accedere con un loro account con verifica dell'identità;
- compatibilità con il GDPR per il trattamento dei dati personali;
- la persona si connette alla rete internet con gli strumenti digitali che ha a disposizione (computer, tablet, smartphone);
- certificazione dell'hardware e/o del software, come dispositivo medico, idonea alla tipologia di prestazione che si intende effettuare in telemedicina.

E' disposto inoltre che tutti i trasferimenti di voce, video, immagini, files devono essere crittografati e devono rispettare le vigenti normative di privacy e sicurezza.

Tra i progetti avviati in questo anno 2022 nella Asl di Oristano e che potrà essere esteso e perfezionato nel corso di questo triennio si ricorda quello della telegestione nella diagnosi per immagini in condizioni d'urgenza. Tale procedura permette di effettuare la diagnosi di un esame radiologico a distanza, grazie all'utilizzo di un sistema di telegestione che permette di abbattere la distanza fisica fra il paziente e il medico radiologo e consente di avere un referto sicuro e attendibile in tempo reale. Il modello è quello dell'*hub and spoke*; un ospedale di riferimento, nel quale opera il radiologo, collegato in tempo reale per la teleriferazione d'urgenza con gli altri stabilimenti ospedalieri del territorio che, nel nostro caso, si declina nel rapporto fra gli ospedali di Oristano con Ghilarza e Bosa. Altri ambiti di applicazione della teleradiologia, codificati nella procedura, sono il teleconsulto e la teleconsulenza. Il primo permette a più medici, fisicamente distanti, di comunicare tra loro attraverso un network informatico per definire la diagnosi di un caso e programmare la terapia. La seconda è invece una prestazione professionale richiesta da un medico per avere un parere qualificato su un caso di particolare rilevanza o di difficile diagnosi. Quello della telegestione nella diagnostica per immagini è il primo passo compiuto verso la telemedicina: la procedura recentemente approvata farà da apripista ad altri ambiti, come la cardiologia o la diabetologia, nei quali l'utilizzo delle nuove tecnologie potrà rivelarsi altrettanto prezioso.

Parte III - La Programmazione economica-patrimoniale

Per la trattazione del presente paragrafo si rimanda agli allegati 3-4-5-6-7-8-9