

Allegato 2

ASL ORISTANO
Programma Sanitario Annuale 2023

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
D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria.....	8
Parte II - La Programmazione sanitaria annuale	9
A.1 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica – Gli obiettivi programmatici	9
A.2 Area dell'assistenza distrettuale - Gli obiettivi programmatici	16
A.3 Area dell'assistenza ospedaliera - Gli obiettivi programmatici	32
A.4 Obiettivi strategici trasversali	35

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.

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.

L'azienda promuove e garantisce la partecipazione alla propria attività dei cittadini e delle loro associazioni nel rispetto delle norme vigenti, ricercando il coordinamento con il sistema degli Enti Locali per accentuare l'efficacia degli interventi, particolarmente nel campo dei servizi socio-sanitari.

L'azione dell'azienda si ispira a criteri di efficacia-appropriatezza, di efficienza, di equità, di professionalità, in una logica di miglioramento continuo ed in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. È vincolata al principio della trasparenza ed in tal senso rende visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati.

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

Per la trattazione della seguente sezione si rimanda all'analogo paragrafo del Programma Sanitario Triennale 2023-25

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.

Parte II - La Programmazione sanitaria annuale

A.1 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica – Gli obiettivi programmatici

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.

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 e le azioni di sorveglianza sanitaria attiva in relazione all'evoluzione epidemiologica della diffusione della positività al virus SARS-CoV-2 mediante inchieste epidemiologiche sulle segnalazioni pervenute al servizio di Igiene Pubblica di nuovi casi di infezione.

Di seguito si illustra la programmazione delle singole azioni/attività per l'anno 2023 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 nell'anno sono le seguenti:

- monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani nei reparti ospedalieri (adesione al progetto dell'OMS “Save Lives Clean your hands”)
- attività di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza nei tre presidi ospedalieri
- 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 Unità Operative su eventi avvenuti nei 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 prossimo anno 2023 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 rivolta a diversi target (adolescenti, giovani e loro famiglie, donne in gravidanza, over

65 stranieri).

Nell'anno 2023 si intende inoltre adottare un sistema regionale di monitoraggio relativo al fenomeno della dipendenza e diffondere modelli di intervento e azioni raccomandate e sostenibili.

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.

Sempre nel 2023 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" a partire dall'anno 2023.

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.

Alcuni tra gli obiettivi del 2023 in tale ambito saranno rivolti all'adozione di un documento regionale delle "Buone pratiche" su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni e ristrutturazioni di edifici e organizzare i relativi interventi di formazione specifica e alla partecipazione alla realizzazione di una rete regionale integrata ambiente salute costituita da operatori del Servizio Sanitario Nazionale e del Sistema nazionale a rete per la protezione dell'ambiente.

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 Mirato 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.

Per i PMP di tutti i comparti le attività in cui ci si concentrerà nell'anno 2023 saranno quelle riferite alla formazione, sensibilizzazione e alla divulgazione delle buone pratiche; nello specifico saranno assicurate le attività di:

- Formazione delle figure aziendali della prevenzione delle imprese;
- Assistenza alle imprese anche mediante lo "Sportello informativo per la sicurezza" costituito nel Servizio Spresal della ASL;
- Vigilanza mediante schede di autovalutazione in relazione alla all'applicazione delle buone pratiche.

A.2 Area dell'assistenza distrettuale - Gli obiettivi programmatici

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 €
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 €

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 garantita 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.

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.

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.

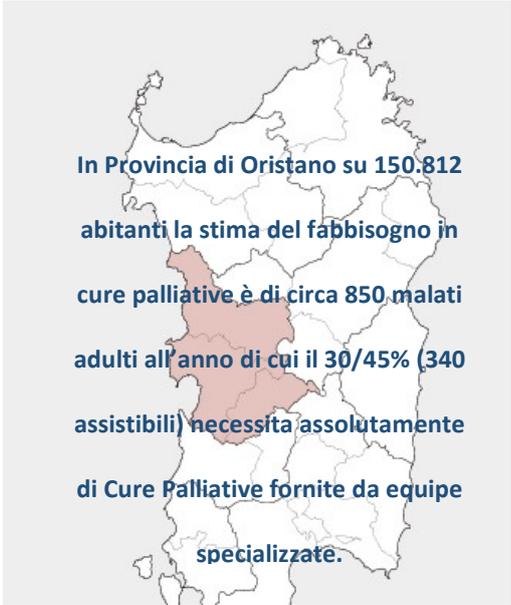
L’Hospice è un luogo d’accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale il paziente viene accompagnato nelle ultime fasi della sua vita con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale affinché le viva con dignità nel modo meno traumatico e doloroso possibile. È inteso come una sorta di prolungamento 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.



In Provincia di Oristano su 150.812 abitanti la stima del fabbisogno in cure palliative è di circa 850 malati adulti all'anno di cui il 30/45% (340 assistibili) necessita assolutamente di Cure Palliative fornite da equipe specializzate.

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° Asseby 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

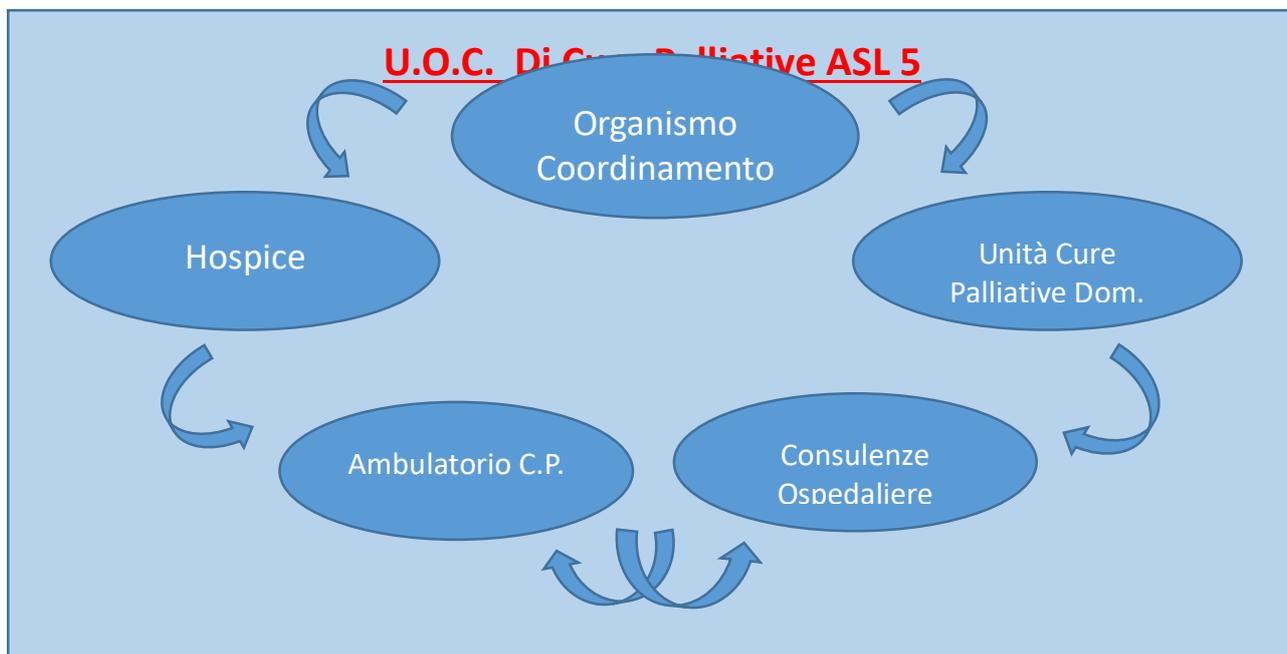
In **Ospedale** (attraverso le consulenze ad arruolamento nei reparti di degenza del San Martino di Oristano, Delogu di Ghilarza, Mastino di Bosa)

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 a partire dall'anno 2023.

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, sevizi 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
- Tramatzza
- 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. Per l'anno 2023 è previsto l'inizio dei lavori in tutte le strutture sopra descritte.

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.

Per l'anno 2023 è previsto l'inizio dei lavori.

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.

Per l'anno 2023 è previsto l'inizio dei lavori.

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 recuperare 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.

A.3 Area dell'assistenza ospedaliera - Gli obiettivi programmatici

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, fisiatristi 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 BOSCA	50.800,00 €	48.800,00 €	2.000,00 €
DENSITOMETRO OSSEO - POLIAMBULATORIO ORISTANO	50.800,00 €	48.800,00 €	2.000,00 €
ECOTOMOGRFO MULTIDISCIPLINARE - PO SAN MARTINO ORISTANO	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRFO MULTIDISCIPLINARE - PO DELOGU GHILARZA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRFO MULTIDISCIPLINARE - PO MASTINO BOSCA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRFO 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 €

A.4 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 del prossimo anno 2023 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

telerefertazione 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.