

**ASL ORISTANO**  
**Programma Sanitario Annuale 2023**

## Sommario

<b>Parte I - Il contesto di riferimento</b> .....	3
A. Elementi identificativi dell'azienda sanitaria .....	3
B. Missione e visione dell'Azienda Sanitaria .....	4
C. Contesto territoriale e demografico.....	7
D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria.....	7
<b>Parte II - La Programmazione sanitaria annuale</b> .....	8
A.1 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica – Gli obiettivi programmatici .....	8
A.2 Area dell'assistenza distrettuale - Gli obiettivi programmatici .....	15
A.3 Area dell'assistenza ospedaliera - Gli obiettivi programmatici .....	40

## 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. 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.asl5oristano.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.

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.

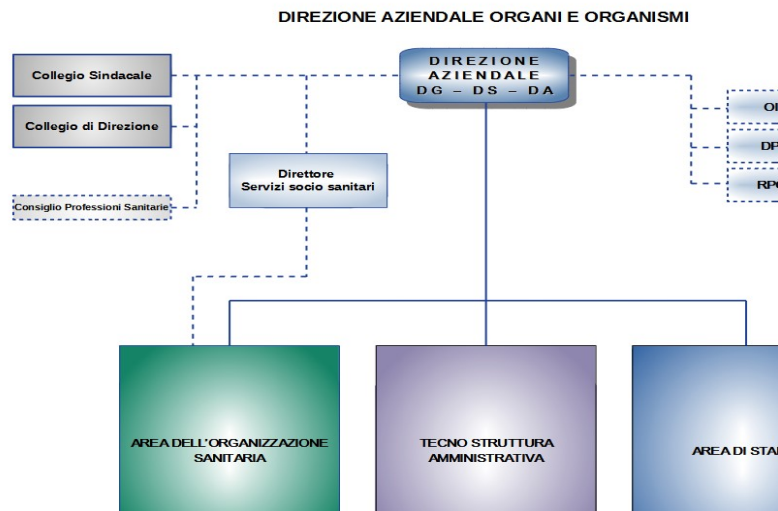
### C. Contesto territoriale e demografico

Per la trattazione della seguente sezione si rimanda all'analogo paragrafo del Programma Sanitario Triennale 2024-26

### 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, con delibera del direttore generale n. 463 del 5.12.2022 si è dotata dell'Atto Aziendale che ne definisce la struttura organizzativa.

Di seguito è esemplificato l'organigramma della ASL 5 con gli organi, gli organismi e le tre macro-aree organizzative nell'ambito delle quali si esplicitano le funzioni istituzionali, in costante interconnessione tra loro, ossia l'area del governo strategico, l'area di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie e l'area delle attività amministrative e tecniche di supporto alla produzione sanitaria.



Il modello di organizzazione adottato è quello dipartimentale, attraverso il quale si intende perseguire, per quanto più possibile, l'aggregazione di compiti, processi e percorsi al fine di razionalizzare le risorse, di realizzare economie di apprendimento o di esperienza, di scala e di gestione e di migliorare la qualità delle prestazioni in coesione multi-professionale.

## Parte II - La Programmazione sanitaria annuale

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

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

Il Dipartimento svolge la propria attività di promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro, della sicurezza alimentare e del benessere animale secondo piani pluriennali di intervento nazionali e regionali contenenti obiettivi e target di riferimento già definiti. Le attività dell'anno 2024 rispetteranno il target annuale contenuto nei suddetti piani per ogni ambito.

Per quanto attiene alla sanità animale in particolare, saranno svolte le attività facenti capo ai piani attuativi in materia di: Tubercolosi bovina, Leucosi Bovina, Brucellosi bovina e ovi-caprina, Scrapie, BSE, Peste Suina Africana e Peste Suina Classica, Blue tongue e malattia emorragica epizootica, Anemia Infettiva degli Equidi, Salmonellosi aviaria, Influenza aviaria, malattie delle api (varroa ed Aethina), Arbovirosi (West Nile ed altri virus), controlli nel settore acquacoltura, macellazioni uso famiglia, controlli della campagna venatoria cinghiali, manifestazioni popolari equestri, Controlli sul sistema di identificazione e registrazione degli operatori, degli stabilimenti e degli animali (cosiddetto sistema I&R di cui al D.lgs 134/2022 e DM 07.03.2023), gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche.

Anche le attività riferibili all'igiene degli alimenti di origine animale rispetteranno i piani nazionali e regionali dettati per l'anno 2024. Altro intervento che si prevede per l'anno 2024 si riferirà all'attuazione a livello Aziendale della Decisione CE (UE) 2020/1729, attraverso la pianificazione ed attuazione di un certo numero di campionamenti di matrici organiche di animali e di carni di origine suina, bovina e pollame da carne ai fini del monitoraggio sulla resistenza agli antimicrobici dei batteri zoonotici e commensali.

Tale attività verrà dettagliata in fase di elaborazione e stesura finale del Piano Annuale di Attività dell'unità operativa S.I.A.O.A concordata preventivamente con l'Istituto Zooprofilattico di Sassari per gli aspetti logistici connessi all'inoltro dei campioni e al Centro Nazionale di Referenza dell'IZS del Lazio e Toscana.

Gli obiettivi sulla Prevenzione saranno improntati quindi nello sviluppo del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 su diversi ambiti.

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.

Di seguito si illustra la programmazione delle singole azioni/attività per l'anno 2024 funzionali al conseguimento a livello Aziendale degli obiettivi di Prevenzione e Promozione della Salute definiti nel Piano Regionale di Prevenzione 2022-2025.

#### **PP01: Scuole che promuovono salute**

Per l'anno 2024 si prevede l'attuazione dell'obiettivo strategico MO1OS07 "Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e competenze di tutti componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzati e rafforzando la collaborazione con la comunità locale" attraverso la realizzazione di un progetto di educazione alimentare destinato alle scuole d'infanzia e primarie che coinvolga insegnanti, alunni e le loro famiglie, con un approccio didattico/formativo e attraverso laboratori pratici, orientato alla prevenzione di comportamenti errati, educando alla consapevolezza di una alimentazione sana e sostenibile.

Gli interventi da inserire nell'Offerta Formativa delle scuole saranno tutte equity-oriented e atte a migliorare l'empowerment, le life skill e l'health literacy delle studentesse e degli studenti su alcune aree tematiche specifiche di salute tra cui:

- alimentazione, compresi gli aspetti legati alla sicurezza alimentare e alle indicazioni nutrizionali, alle intolleranze alimentari, e ai benefici legati all'uso del sale iodato
- attività fisica - dipendenze da sostanze d'abuso e altre dipendenze comportamentali

- incidentalità correlata all'ambiente domestico
- mobilità sostenibile e sicurezza stradale
- correlazioni tra ambiente e salute
- consapevolezza dell'uso di prodotti chimici
- competenze in materia di sicurezza e salute nei futuri lavoratori
- benessere mentale, bullismo, cyberbullismo
- sessualità/affettività - malattie infettive, comprese quelle sessualmente trasmesse, e antimicrobico-resistenza (AMR), vaccinazioni.

## **PP02: Comunità Attive**

L'attività prevista per questo Programma Predefinito prevede il rilancio e diffusione dell'iniziativa "Gruppi di cammino- Promozione dell'attività fisica e del benessere nella comunità" diretta a promuovere e contrastare la sedentarietà e la scorretta alimentazione nella popolazione adulta e negli anziani, come riportato nella nota dell'Assessorato dell'Igiene e dell'Assistenza sociale n°17425 del 04/07/2023.

Gli obiettivi di attività indicati in tale ambito prevedono la promozione e il supporto per l'organizzazione di "Gruppi di cammino" nel 20% dei comuni della ASL5 entro l'anno 2023 e del 50% entro il 2025

## **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 del SerD prevede, laddove possibile, il proseguo delle attività in collaborazione con enti ed associazioni pubbliche e private di confronto, sensibilizzazione, informazione e consulenza sia in forma individuale che in gruppi-classe nelle scuole.

## **PP05: Sicurezza negli ambienti di vita**

Il PP05 si articola in tre azioni. L'azione 1/3, dal titolo: Prevenzione degli incidenti domestici in età pediatrica e degli incidenti stradali. Le principali attività previste per questa azione sono la formazione degli operatori sanitari e sociosanitari, la programmazione e organizzazione di eventi di comunicazione e informazione e la collaborazione alla stesura di documenti regionali di pratiche raccomandate. Tale attività sarà sviluppata in un contesto di sviluppo e consolidamento dei processi intersettoriali tra il sistema sanitario e soggetti esterni al sistema sanitario con l'obiettivo di promuovere la cultura della sicurezza in ambito stradale, anche mediante linee di indirizzo condivise e pianificazione di specifiche attività.

Azione 2/3 Tale azione si focalizza sulla promozione e adozione di Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS), nei quali l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) contribuisce alla valutazione ambientale strategica (VAS).  
Azione 3/3 Questa azione, dal titolo Prevenzione degli incidenti domestici negli anziani, includono l'istruzione e la preparazione del personale sanitario e sociosanitario, la pianificazione e la gestione di eventi mirati alla comunicazione e all'informazione, nonché la contribuzione alla collaborazione nella formulazione di documenti regionali che stabiliscono le migliori pratiche consigliate.

Nell'anno 2024 verranno progettate le attività di formazione e informazione previste, nel rispetto degli accordi intersettoriali.

**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.**

Nel 2022 per ognuno degli 8 PMP è stato elaborato un documento di buone pratiche e una scheda di autovalutazione aziendale. Sono stati, inoltre, tenuti i seminari di avvio dei vari PMP con la presentazione delle buone pratiche e delle schede di autovalutazione aziendale che le imprese dovranno compilare e restituire allo SPreSAL della ASL territorialmente competente. Nel 2023 saranno tenuti dei corsi per le figure della prevenzione delle imprese. Nel 2024, parallelamente alla vigilanza, verrà effettuata una valutazione dei risultati.

Sempre nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, è previsto che il Servizio SPRESAL, entro l'anno, provveda alla realizzazione di un corso di formazione per "formatori in materia di sicurezza sul lavoro" per gli insegnanti che si occupano della gestione dell'alternanza scuola lavoro (convenzione del 17.12.2018 per il "sostegno a programmi di promozione della salute con sviluppo delle competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro nel contesto scolastico" tra la ASL di Oristano (avvalendosi del servizio Spresal) e l'Istituto scolastico IIS "G.A. Pischredda di Bosa ,l'istituto scolastico IPSAA e IPSSAR Don D. Meloni di Oristano e l'Istituto scolastico IIS "I. Mossa di Oristano).

Nel corso del 2024 lo Spresal, oltre alle consuete attività di vigilanza e controllo, prevede di realizzare le attività sanitarie, le visite mediche previste per legge, in particolare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto, il controllo di almeno il 50% delle cartelle sanitarie e di rischio delle aziende visitate in occasione di vigilanza e controllo. Prevede poi di realizzare l'esame delle schede di autovalutazione aziendale ricevute dalle imprese/aziende e l'ispezione di un campione di imprese coinvolte nel Piano Mirato di Prevenzione. Sarà avviata l'analisi dei dati di malattia professionale comunicate al servizio nel corso del 2022-2023, con rilevazione del numero di comunicazioni pervenute al servizio, il tipo di patologia e la fonte della segnalazione. Si prevede si sviluppare il controllo del rischio chimico avviando dei percorsi di formazione specifica per gli operatori Spresal addetti alla vigilanza in merito alla corretta applicazione degli

adempimenti previsti nei regolamenti “REACH” e “CLP. Si prevede inoltre di realizzare i seguenti eventi formativi e di aggiornamento per gli operatori SPRESAL:

- “Le attività di polizia giudiziaria del Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro”,
- “La riforma Cartabia e gli effetti sui reati in materia di sicurezza sul lavoro”,
- “Direttiva macchine e nuovo regolamento macchine”
- “La legge 215/2021”

#### **PP09: Ambiente, Clima e salute**

L'attività da svolgere nel 2024 sarà la seguente:

- *azione trasversale comunicazione*: interventi di informazione e sensibilizzazione relativi alla riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, con particolare attenzione ai rischi correlati alle ondate di calore ed ai prolungati periodi di siccità, e alle misure necessarie per la riduzione dell'esposizione ai rischi per la salute della popolazione correlati a tali eventi.
- *azione trasversale formazione*: formazione per gli operatori sanitari e dell'ARPAS su ambiente, clima e salute e su comunicazione del rischio.
- *azione equity*: comunicazione rivolta alla popolazione residente nei Comuni delle aree prioritarie a rischio radon (di cui all'art. 11 del D.Lgs. 101/2020), con priorità per quelli più deprivati.

#### **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 sono le seguenti:

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

## **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.

## **Programma P12 “Promozione della salute materno infantile e riproduttiva”**

Rispetto a tale programma nel 2023 sono state contattate le famiglie dei bambini nati nell'anno. Oltre alle informazioni sull'allattamento, prevenzione degli incidenti domestici e automobilistici, sulle vaccinazioni, sulla prevenzione della morte in culla sono stati inviati a tutti i relativi opuscoli informativi.

I contatti al 2° anno di vita si faranno nel 2024.

I dati inseriti nelle 2 schede per il 2022: gravidanza (assunzione acido folico, consumo di alcool, fumo e droghe in gravidanza, immunità per la rosolia, vaccinazioni in gravidanza, età d'inizio della gravidanza) e neonato (periodo dell'allattamento esclusivo al seno, incidenti domestici, posizione nel sonno utilizzo di strumenti audiovisivi e vaccinazioni) saranno percentualizzati all'inizio del 2024.

Nel 2024 ci sarà il completamento della formazione sulla promozione e sostegno dell'allattamento al seno.

## **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 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.

Il **Servizio di Medicina Legale** si propone nell'anno 2024 l'avvio di un Servizio di Psicopatologia Forense, che garantisce ogni intervento richiesto dal Tribunale (Procura, GIP, Tribunale Ordinario, Assise, Appello, Sorveglianza, Civile) sotto forma di consulenza tecnica o perizia, oppure affiancamento al Magistrato o ad altre figure da lui indicate, negli accertamenti di legge.

Si pone inoltre, come modello di intervento integrato, l'obiettivo di:

- coordinare ulteriori interventi utili per la riabilitazione delle persone vittime di violenza o eventi traumatici con orientamento medico-legale, assistenziale e sociale attraverso una rete di collaborazione con altre entità e dipartimenti della Salute Pubblica.
- coordinare ogni richiesta di intervento assistenziale proposto dall'autorità giudiziaria, garantendo piena e pronta disponibilità ad ogni istanza del Tribunale e predisponendo un protocollo terapeutico specifico, in collaborazione con le altre strutture del Dipartimento.
- salvaguardare, in stretta collaborazione con le strutture terapeutiche territoriali, i soggetti infermi di mente, autori di reato, sottoposti a procedimento penale, attraverso la proposta al Magistrato competente di specifici e mirati progetti terapeutici e fornire assistenza psichiatrica, su loro richiesta, alle vittime di reato.
- partecipare, in collaborazione con i CSM territoriali di competenza, alla dimissione dei pazienti ricoverati nelle REMS ed al loro inserimento nella rete terapeutica e sociale territoriale.

Per quanto concerne l'ambito della Vittimologia in Psichiatria clinica e forense, il suddetto Servizio si occupa di:

- prevenzione, valutazione, cura e formazione degli aspetti vittimologici psichiatrici, psichiatrico-forensi, psicoeducativi e sociali, programmando un intervento a livello multidisciplinare degli aspetti biologici, psicologici, psichiatrici, sociologici, giuridici e politici della vittima.
- valutazione delle conseguenze psicologiche e psichiatriche degli eventi traumatici, attraverso dei colloqui clinici con proposta di modalità di intervento, che può essere sia farmacologica (per sintomi severi) sia psicoterapeutica, in modo da favorire il superamento del trauma e facilitare il percorso personale di riabilitazione ed inserimento sociale.
- supporto per disforia di genere.
- supporto a tutto tondo per autori di reato con patologia psichiatrica, sia a livello medico che sociale.
- costruzione rete territoriale con associazioni, comuni ecc che si occupano dei temi su citati.

## 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 progetto di riforma sanitaria regionale 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 €
<b>TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO</b>	<b>4.522.000,00 €</b>

### 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 €
<b>TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO</b>	<b>262.020,00 €</b>



### 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 €
<b>TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO</b>	<b>3.645.900,00 €</b>

## 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 €	- €
<b>TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO</b>	<b>3.094.000,00 €</b>	<b>2.777.800,00 €</b>	<b>316.200,00 €</b>

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

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

Per la Provincia di Oristano è prevista 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. I lavori sono iniziati nel 2023 e proseguiranno nell'anno con l'ultimazione dei lavori prevista per il mese di dicembre (termine ultimo marzo 2024). Le attrezzature saranno fornite nel 2024. L'intera operazione si concluderà con la chiusura delle operazioni e la piena funzionalità del servizio nell'anno 2024.

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

***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"*.

Si è ipotizzato di indirizzare gli investimenti del PNRR 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.

È prevista l'attivazione delle Case della Comunità nei seguenti comuni del territorio provinciale:

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

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

- Oristano
- Tramatza
- Samugheo
- Ghilarza
- Santulussurgiu

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

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

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

quanto riguarda Oristano, come già accennato, il piano di riorganizzazione consiste nella trasformazione del Poliambulatorio di Oristano in Casa della Comunità (HUB) e in Centrale Operativa Territoriale.

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

### ***L'istituzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità quale professionista del territorio dedicato alla guida del cittadino nella promozione e gestione della salute in collaborazione con gli altri professionisti***

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista responsabile dei processi infermieristici, ai sensi del DM 739/94 e delle leggi 42/1999 e 251/2000, in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area di riferimento, garantisce una risposta capillare ed immediata ai bisogni sanitari di prossimità dei cittadini in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.

Figura già presente nel documento "Health 21" elaborato nel 1998 dalla sede europea dell'Organizzazione mondiale della Sanità ove viene considerata, insieme ai Medici che lavorano in ambito comunitario, "il perno della rete dei servizi", viene introdotta in Italia con il Decreto Legge n. 34/2020, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77, con l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, promuovendo una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Con la Deliberazione RAS n. 57/14 del 18.11.2020<sup>1</sup> di adozione<sup>2</sup>, del Piano di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale e di recepimento delle "Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77", viene introdotta la figura dell'Infermiere di famiglia o di comunità in Sardegna. In tale documento, ove si delineano orientamenti organizzativi e formativi, la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità sono "ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio".

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, fa riferimento alla figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità affermando che: "per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, ovvero professionisti che abbiano come setting privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro".

---

<sup>1</sup> "Recepimento dei piani di riorganizzazione della rete territoriale e ospedaliera in emergenza Covid-19, ai sensi dell'art. 1 e 2 Decreto Legge 19 maggio 2020, n.34, nel Programma operativo regionale adottato ai sensi dell'art. 18, comma 1, Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18"

<sup>2</sup> ai sensi dell'art. 1 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34

Il DM 77 del 23/05/2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, nel confermare l'importanza della figura ne definisce lo standard nella misura di 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Precisa, inoltre, che tale standard sia da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

L'ambito di riferimento dell'infermiere di famiglia o di comunità prevede l'assegnazione di quote di assistiti secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio che si allinei il più possibile con l'attuale assetto dei Distretti Socio Sanitari, Case della Comunità, e che possa ottimizzare gli aspetti logistici dell'assistenza domiciliare (trasferimenti, tempi di percorrenza, itinerari logici, mezzi di trasporto, tempo lavoro).

Tale figura afferisce al distretto sanitario e si inserisce nell'organizzazione territoriale aziendale, all'interno delle Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità e Unità di Continuità Assistenziale per divenire punto riferimento per la popolazione assistita finalizzato ad incrementare la presa in carico e la gestione proattiva dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbilità, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali. Tutto ciò in risposta ai bisogni di salute che si stanno delineando nel nostro territorio in virtù dei cambiamenti sociodemografici: incremento di persone con almeno una patologia cronica o di condizioni di co-morbilità in particolare in soggetti over settantacinquenni, progressiva semplificazione della dimensione e composizione delle famiglie con una sempre più crescente fetta della popolazione over sessantacinquenni che vivono sole.

Tali caratteristiche richiedono un modello assistenziale orientato verso un'offerta territoriale, sostanzialmente differente da quello centrato sull'ospedale, e che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona. L'assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per l'attività di prevenzione e promozione della salute e di percorsi di presa in carico delle persone affette da cronicità per rispondere alle esigenze dettate dal Piano Nazionale della Cronicità e dal Piano Nazionale della Prevenzione.

Il modello proposto persegue la finalità di mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita del singolo e della famiglia, responsabilizzare sugli stili di vita, coinvolgendoli attivamente nella promozione e gestione della propria condizione di salute (self-care).

L'IFoC, attraverso la formazione specialistica acquisisce e sviluppa conoscenze e competenze per:

- La promozione di stile di vita sani, educazione sanitaria nel singolo (anche sano), nella famiglia e nella comunità.
- La sensibilizzazione all'importanza della diagnosi precoce e arruolamento agli screening proposti sul territorio.
- La presa in carico, approccio proattivo e modelli per la gestione delle cronicità e dei bisogni assistenziali complessi dell'anziano anche con strumenti di e-Health telemedicina, teleassistenza e cultura digitale.
- L'insieme delle attività e interventi finalizzate a contenere e controllare gli esiti complessi di una patologia con l'obiettivo di limitare la comparsa di recidive, complicanze o di invalidità. Riprogettare il percorso assistenziale per il paziente cronico.
- L'aiuto, l'educazione terapeutica, il sostegno al caregiver

- La rilevazione dei bisogni nelle cure palliative.
- I bisogni di salute del neonato, lattante e nella prima infanzia nei primi mille giorni di vita.
- La promozione dell'allattamento materno e di un'adeguata alimentazione.
- Lo sviluppo psicofisico e lo sviluppo delle capacità motorie, cognitive, manuali e relazionali.
- La presa in carico delle persone con disagio psichico, psicologico e comportamenti di dipendenza
- La garanzia della continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, grazie alla Centrale Operativa Territoriale (COT), in sinergia con le organizzazioni, i MMG e gli altri professionisti.

Tutto ciò avviene in sinergia e in stretta collaborazione con il MMG, gli Specialisti, le Unità di Valutazione Multidimensionale dei Distretti, i professionisti dei servizi socioassistenziali, le associazioni di volontariato e quanti possono essere coinvolti nel percorso assistenziale del paziente.

Il progetto sperimentale che questa azienda ha progettato nel 2023 e che si svilupperà nell'anno 2024, rappresenta l'avvio di un modello che prevede la presenza di tale figura in tutto il territorio con l'individuazione capillare e messa in rete di un team di Infermieri di famiglia e di comunità.

L'Azienda intende valorizzare le risorse aziendali che, in ragione di servizio e/o formazione specifica, già possiedono un core di competenze affini. E poiché in relazione alla natura ed alla complessità del ruolo degli IFoC la formazione è centrale e imprescindibile, è in corso la formazione di n. 25 professionisti attraverso un progetto formativo di n. 104 ore.

Inoltre nell'anno in corso è in atto un progetto formativo aziendale, concomitante rispetto al progetto formativo regionale, rivolto agli infermieri di comunità e realizzato dal Servizio delle Professioni Sanitarie insieme alle UOU di Diabetologia, Cardiologia e Nefrologia; il progetto si propone di formare il personale che lavorerà nel territorio, nella gestione dell'assistenza della malattia cronica e al monitoraggio costante dell'andamento della malattia.

Il Progetto dell'UO di Diabetologia nello specifico, prevede una formazione e un affiancamento degli infermieri di comunità da parte degli infermieri della struttura, per acquisire conoscenze e competenze sulle nuove tecniche per il monitoraggio della glicemia, la somministrazione dell'insulina, dei nuovi farmaci e uso di device, l'educazione alimentare, la prevenzione delle complicanze e l'istruzione della persona con diabete ed i suoi familiari. Il tutto finalizzato ad accrescere la consapevolezza del ruolo professionale specifico nel sistema integrato di cure territoriali.

Il progetto formativo aziendale si svolgerà in più edizioni entro il 2023, fino a coinvolgere tutti gli infermieri di comunità aziendali.

Entro l'anno 2023 è prevista l'attivazione della figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità nell'ambito di riferimento di Busachi e Laconi, previa condivisione del modello con gli attori coinvolti e la definizione di percorsi assistenziali condivisi che possano garantire le prestazioni appropriate con efficacia, efficienza e sicurezza per assistiti e operatori.

Nel corso dell'anno 2024 la figura sarà implementata su tutto il territorio aziendale.

Nell'alta Marmilla sarà attivata inoltre una convenzione con l'Unione dei Comuni che attiverà apposito Progetto PNRR per l'implementazione della figura de quo.

***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 sempre elevata spesa storica per l'inserimento di pazienti in strutture sanitarie residenziali, (RSA e 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 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 è stata prevista l'attivazione di due Ospedali di Comunità uno a Bosa e uno a Ghilarza da finanziare con i fondi del PNRR (missione 6 componente 1 investimento 1.3), Ospedali 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 possono assicurare attività di consulenza, e per la possibile ottimizzazione dell'impiego del personale infermieristico che opera nei reparti.



Nel PO di Bosa è presente un'ampia e congrua disponibilità di locali che permettono di creare un modulo di 20 posti letto in stanze di degenza di uno o al massimo due posti letto, già dotate di impianti dedicati come per esempio la rete di distribuzione dell'ossigeno.

Facilitano la realizzazione di un Ospedale di Comunità la presenza della dotazione strumentale clinica necessaria e prevista (ecografo, elettrocardiografo, emogasanalizzatore...), la disponibilità degli specialisti ambulatoriali presenti che potranno erogare prestazioni sui pazienti ricoverati, la presenza ed operatività h24 del servizio laboratorio analisi allocato allo stesso piano del Presidio Ospedaliero, la presenza dell'unità di Chirurgia con disponibilità dello specialista chirurgo tutte le mattine e pomeriggi 5 giorni su 7, la presenza del Servizio di Radiologia al piano terra operante h 12 in presenza e reperibilità notturna, la presenza della postazione di Guardia Medica notturna e festiva (Continuità Assistenziale) allocata nel piano terra del Presidio e infine la presenza della postazione di 118.

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

L'ospedale di Comunità di Ghilarza è attivo dal 18 febbraio 2023.

### ***La prima esperienza dell'Ospedale di Comunità di Ghilarza: la casistica, le criticità riscontrate e i propositi di miglioramento***

L'Ospedale di Comunità di Ghilarza è allocato nel PO Delogu ove vi è un'ampia disponibilità di locali; la sua realizzazione è stata facilitata e supportata dalla presenza di dotazioni strumentali cliniche, dalla presenza degli Specialisti Ambulatoriali e del servizio di laboratorio Analisi. Sono inoltre presenti lo specialista chirurgo tutte le mattine 5 giorni su 7, il Servizio di Radiologia operante h 12 in presenza e in reperibilità notturna con teleconsulto, la Guardia Medica Notturna (Continuità Assistenziale), i medici di emergenza territoriale CET operanti h 24, 7 gg su 7, e la postazione del 118.

I pazienti accettati dal 18 febbraio al 30 settembre del 2023 sono stati 124 (53 donne e 71 uomini), di questi i dimessi sono stati 113 con una degenza media di 15,4 giorni.

L'età media dei pazienti è di 76 anni e la provenienza non è solo provinciale (94 pazienti della provincia di Oristano) ma anche di altre realtà regionali quali Sassari (12 pazienti), Nuoro (17 pazienti) e Cagliari (1 paziente). La modalità di dimissione più frequente ha riguardato il domicilio del paziente (48 persone), la dimissione in strutture residenziali (in RSA 11 pazienti, in Comunità Integrata 18, in Comunità Alloggio 3, in Hospice 3). I deceduti son stati 15.

Nella maggior parte dei casi le strutture invianti sono reparti ospedalieri (75 pazienti di cui oltre il 50% provengono da reparti di medicina interna); 49 casi invece provengono dal territorio.

Le Principali problematiche motivo di ricovero sono state:

- Postumi di malattie acute in pazienti con disturbo neurocognitivo (demenza) con necessità di inserimento in struttura (RSA/comunità integrata e posto letto non disponibile nell'immediato), posizionamento PEG, adeguamento abitazione
- Prosecuzione terapia ospedaliera (antibiotica, idratazione...) dopo malattia acuta:
  - o Polmonite
  - o Insufficienza renale acuta da disidratazione
- Sindromi da allettamento complicate da lesioni da decubito, spesso infette con necessità di medicazioni frequenti e terapia antibiotica
- Supporto alimentare in malnutrizione da cause diverse:
  - o Disturbi cognitivi
  - o Malattie neoplastiche
- Problemi sociali: mancanza di supporto familiare dopo malattia acuta e conseguente necessità di organizzare il supporto o trovare collocazione in altra struttura territoriale
- Fratture non operabili (femore, vertebre) con conseguente allettamento e necessità di supporto
- Postumi di chirurgia addominale (educazione alla colostomia, monitoraggio clinico, medicazione)
- 1 paziente con Spondilodiscite, con necessità di terapia antibiotica endovenosa a lungo termine
- 1 paziente con endocardite infettiva e necessità di terapia antibiotica
- 1 paziente con emorragia sub-aracnoidea (paziente con trisomia 21)
- Insufficienza respiratoria acuta su cronica in fase di stabilizzazione post evento acuto
- 2 paziente con osteomielite
- Ulcere croniche infette con necessità di antibioticoterapia ospedaliera
- Diabete mellito scompensato con necessità di monitoraggio clinico e adeguamento della terapia antidiabetica
- Recenti infarti del miocardio con necessità di stabilizzazione clinica.

I pazienti provenienti dal domicilio erano spesso pazienti appena dimessi dai reparti ospedalieri, in situazioni ancora non stabili o comunque non gestibili a domicilio. I principali problemi riscontrati in questi casi erano:

- Malnutrizione
- Disidratazione
- Ipomobilità con allettamento
- Disturbi comportamentali non gestibili per peggioramento del problema cognitivo
- Ulcere da pressione non gestibili a domicilio
- Abitazione non adeguata all'accogliimento del paziente (per motivi strutturali o di supporto)

Inoltre, dal domicilio, vengono richiesti accessi per:

- Emotrasfusioni
- Terapia marziale
- Terapia infusione non praticabile a domicilio

In questi casi sarebbe auspicabile poter gestire il paziente in modalità diurna, quindi con il solo accesso giornaliero ma in più giornate, senza necessità di pernottamento.

Le principali criticità riscontrate in questi primi mesi di attività hanno riguardato l'applicazione della procedura di arruolamento, gestione e dimissione del paziente; spesso le condizioni (non sempre stabili) dei pazienti all'ingresso nella struttura non erano consone alla permanenza in un ospedale di Comunità, a prevalente gestione infermieristica. Si è inoltre presentata la difficoltà a far effettuare le visite specialistiche nel poliambulatorio, mentre nessuna difficoltà si è avuta nei rapporti con i reparti ospedalieri. Si è invece riscontrata la difficoltà nel riproporre i pazienti in peggioramento ai reparti ospedalieri di provenienza.

Altra criticità si è riscontrata sul fronte dell'assenza di un sistema informativo sanitario ad hoc per la raccolta dei dati e degli indicatori (flussi informativi) utili a comprendere il funzionamento dell'Ospedale di Comunità e consentire una adeguata classificazione dei ricoveri sulla base del carico assistenziale e il consumo di risorse. Ne consegue anche la mancata regolarizzazione da parte della regione delle tariffe per i ricoveri che superano i 30 giorni.

Infine dal punto di vista della dotazione di figure professionali utili e complementari alla cura e assistenza dei pazienti si è rilevata critica la mancanza della figura del fisioterapista, con conseguente ridotta possibilità di rieducare dal punto di vista motorio i pazienti, riducendo le sequele dell'allettamento e dell'immobilità, nonché di accettare pazienti che hanno primariamente necessità di FKT (pazienti con recente ictus cerebrale, pazienti ortopedici, pazienti che sono dovuti rimanere allettati a lungo per malattie acute). Inoltre l'assenza di tale figura impedisce di prendere in considerazione richieste che hanno quale principale obiettivo la riabilitazione. Sarebbe inoltre utile la figura del logopedista, non necessariamente dedicato, in quanto frequenti sono i casi di disfagia.

Nell'anno 2023 un gruppo di lavoro multidisciplinare ha predisposto una procedura per l'arruolamento, la gestione e la dimissione del paziente che deve accedere all'Ospedale di Comunità, contenente anche le specifiche per la dimissione protetta dai presidi ospedalieri e il supporto specialistico in caso di bisogno con consulenze da parte dei dirigenti medici dei reparti invianti. La procedura conteneva inoltre le specifiche per la dimissione a casa del paziente o in altra struttura residenziale o semiresidenziale.

Ad agosto di quest'anno inoltre è stato allestito il protocollo di ingresso dei pazienti per i medici di medicina generale.

Alla luce delle criticità emerse da questa prima esperienza si ritiene che obiettivo per il 2024 possa essere un aggiornamento o rivisitazione della procedura.

Sempre entro il 2024 i propositi sono quelli di rimediare all'assenza delle figure professionali mancanti da dedicare, seppur in modo non esclusivo, all'Ospedale di Comunità (fisiatra, neurologo, pneumologo, fisioterapista, terapeuta della riabilitazione).

***Migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e promuovere a suo supporto la diffusione di strumenti e tecnologie ICT***

Il miglioramento delle condizioni sociali e sanitarie e l'aumento della sopravvivenza determinano un progressivo invecchiamento della popolazione comportando un incremento delle malattie ad andamento cronico, come evidenziato nel presente documento, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo.

Per i pazienti affetti da patologie croniche, non potendo essere destinatari di interventi volti alla guarigione, sono necessarie azioni finalizzate al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per tali pazienti, nel lungo termine è inoltre necessario garantire la continuità assistenziale anche, quando se ne ravvede la necessità, richiedendo servizi residenziali e territoriali, con una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

In prima battuta, ai fini della salvaguardia della salute e della sostenibilità del sistema, non si può non sottolineare il valore imprescindibile della prevenzione, verso cui si sono indirizzati in particolare i Piani Nazionali e Regionali di Prevenzione. Come già evidenziato nella sezione dedicata all'area della prevenzione, questa Azienda ha dato ampia attenzione e impulso nello sviluppare e sostenere tutti i progetti presenti nei diversi Piani di Prevenzione, quale preconditione per la difesa e il controllo della salute dei cittadini.

Come ribadito dal Piano Nazionale della Cronicità, per la valorizzazione di modelli innovativi nella gestione della cronicità i tre ambiti prioritari di intervento sono: la presa in carico del paziente e la costituzione di PDTA sulla cronicità, la telemedicina e l'assistenza domiciliare integrata (ADI).

Al fine di sviluppare il primo ambito di intervento per il 2024 si pensa di proseguire con lo sviluppo e la raccolta/aggiornamento dei PDTA aziendali soprattutto per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (Diabete, malattie croniche renali, cardiovascolari e respiratorie). Per i PDTA aziendali già in uso saranno necessarie delle attività di aggiornamento rispetto ai nuovi modelli organizzativi che si vanno a delineare quali la presenza delle COT, degli infermieri di comunità, delle case della comunità e degli ospedali di comunità.

Le patologie croniche, per rilevanza epidemiologica, gravità, invalidità e peso assistenziale ed economico, scontano una difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure, una aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione e un aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza con peggioramento della qualità di vita e aumento della mortalità. Il paziente è solitamente una persona anziana, spesso affetta da più patologie croniche contemporaneamente; la presenza di pluripatologie richiede pertanto l'intervento di diverse figure professionali.

Pertanto, in assenza di PDTA si può correre il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche. I pazienti coinvolti inoltre ricevono

prescrizioni per trattamenti farmacologici multipli, spesso di lunga durata e somministrati con schemi terapeutici complessi e di difficile gestione; una presa in carico globale può ridurre la compliance, aumentare il rischio di prescrizioni inappropriate e di interazioni farmacologiche e reazioni avverse.

Nei PDTA dovranno essere inoltre presenti dei sistemi di valutazione del percorso assistenziale che tenga in considerazione, oltre i classici indicatori clinici, la sommatoria degli esiti intermedi che si concretizzano lungo tutto il percorso di vita del paziente, letti attraverso indicatori che considerano anche dimensioni diverse da quella clinica (ad esempio quella sociosanitaria).

Sarà poi necessario rafforzare la prevenzione primaria, la diagnosi precoce, l'educazione e l'empowerment del paziente, nonché la prevenzione delle complicanze che spesso sono responsabili del peggioramento della qualità di vita della persona. Per fare ciò saranno messi in campo ulteriori progetti di sviluppo dell'assistenza sul territorio quali per esempio l'attivazione degli infermieri di comunità e l'apertura delle Case della Comunità, quali punti di accesso unitario ai servizi sanitari ove ritrovare i responsabili del percorso clinico, in diretta relazione con i medici di medicina generale.

Il secondo ambito di intervento è quello della valorizzazione dei modelli innovativi per la gestione della cronicità: la telemedicina che permetterà lo sviluppo di modelli di cura in rete e l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza grazie all'uso di tecnologie ICT. Questi strumenti contribuiranno alla costruzione di ambienti di condivisione tra i diversi attori (ospedalieri e territoriali) con lo scopo di migliorare la qualità delle cure.

Tra i progetti avviati nella Asl di Oristano si ricorda quello della telegestione nella diagnosi per immagini in condizioni d'urgenza, definita grazie all'apporto di diversi professionisti. La procedura viene utilizzata per esami d'urgenza che non richiedono la somministrazione del mezzo di contrasto, in condizioni di estrema sicurezza per il paziente, come previsto dalla normativa nazionale. Il tecnico sanitario di radiologia medica, presente nel luogo dell'esame, lo esegue ed invia in tempo reale le immagini, attraverso il sistema RIS-PACS, al radiologo, che a distanza effettua la telediagnosi e rinvia il referto al mittente.

Il vantaggio è duplice: per il paziente, che può ricevere una diagnosi sicura in tempi estremamente rapidi senza dover essere trasferito, e ciò significa guadagnare minuti preziosi in situazioni d'urgenza; per il sistema sanitario, che può mettere in rete le proprie risorse professionali ottimizzandone la disponibilità, per garantire gli stessi livelli di assistenza a tutti i pazienti, anche a quelli più lontani dalle strutture ospedaliere maggiori.

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 per i quali si provvederà ad attivare specifici progetti nel 2024. Altri ambiti di applicazione della teleradiologia, 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. Questi strumenti si potranno rivelare utili nella gestione del paziente cronico ricoverato presso l'Ospeale di Comunità.

Altro ambito in cui la telemedicina è utilizzata in questa azienda è quello cardiologico per il quale dal 25 maggio scorso è attivo un ambulatorio infermieristico per il monitoraggio dei valori da remoto nei pazienti portatori di dispositivi impiantabili.

È stato inoltre redatto un progetto dettagliato per la richiesta di prestazioni di Cardiocirurgia e Chirurgia Vascolare in teleconsulto per la gestione del processo di cura del paziente affetto da sindromi aortiche acute per le quali la rapidità della diagnosi e l'identificazione precoce della strategia terapeutica produce una significativa riduzione delle prognosi sfavorevoli. Il progetto redatto dai direttori delle UUOO di Cardiologia, Pronto Soccorso e Rianimazione del PO San Martino, prevede un collegamento mediante appunto la telemedicina con i reparti di Cardiocirurgia e di Chirurgia Vascolare del Brotzu di Cagliari e delle Cliniche di Sassari che sono dotate di guardia attiva 7 gg su 7 e h.24.

Altro progetto in corso di attivazione è quello della *TELEDIALISI*: quasi tutti i pazienti dializzati sono candidabili alla video dialisi peritoneale. Nelle prime due settimane, cioè quando il paziente torna a casa dopo il periodo di addestramento ospedaliero alla dialisi peritoneale e la conseguente valutazione positiva da parte dell'equipe sanitaria, si posiziona a domicilio il totem fornito di videocamera e collegabile con WF o rete internet al centro Dialisi per cui, da remoto e in tempo reale, si può valutare la correttezza delle manovre della procedura di attacco e stacco del trattamento dialitico peritoneale. Il personale medico e infermieristico può effettuare un teleconsulto con il paziente: verificare la corretta esecuzione della metodica domiciliare sotto attento monitoraggio del centro di riferimento. In questo modo si riducono gli errori che il paziente potrebbe commettere soprattutto le prime volte che pratica la dialisi domiciliare evitando anche più gravi conseguenze come la peritonite batterica che comporterebbe ricovero ospedaliero e terapie specifiche. Inoltre si possono gestire interventi di primo soccorso in tempo reale evitando, ove possibile, l'accesso in ospedale e consentendo la riduzione degli spostamenti dei pazienti che spesso sono anziani non autosufficienti con più problematiche di comorbidità.

Nel corso del 2024 si prevede lo sviluppo di tale attività in seguito all'acquisizione di un terzo totem in aggiunta ai due già presenti.

***Migliorare la presa in carico del paziente oncologico nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e assicurare l'accoglienza e l'orientamento del paziente attraverso il C.A.S.***

Una diagnosi di cancro ha pesanti conseguenze sulla vita di chi ne è colpito, ma anche su quella della sua famiglia e dei suoi cari (*Piano Oncologico Nazionale 2023-2027*).

Per prevenire e curare questa malattia, come per le altre malattie croniche, è necessario prevedere una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico. Occorre inoltre mantenere alta l'attenzione alla centralità del malato e ridurre o eliminare le disuguaglianze nell'accesso agli interventi di prevenzione e cura.

Come ribadito dal Piano Oncologico Nazionale 2023-2027, documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro, circa il 50% delle morti per tumore e il 40% dei nuovi casi di tumore sono potenzialmente prevenibili in quanto causate da fattori di rischio modificabili.

Per questo motivo è necessario proseguire nell'impegno profuso da questa Azienda a favore della prevenzione, mettendo in campo tutte le azioni previste dal Piano Nazionale e Regionale di Prevenzione 2020-2025. Deve quindi proseguire l'impegno verso gli interventi intersettoriali finalizzati a contrastare i determinanti primari dei tumori (fumo, alimentazione non salutare, inattività fisica, consumo dannoso e rischioso di alcol, agenti infettivi oncogeni, oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro), nonché a identificare precocemente i soggetti in condizioni di rischio aumentato.

Altra importante battaglia portata avanti negli anni da questa Azienda ha riguardato l'individuazione precoce e la diagnosi precoce di tumori e/o delle lesioni pretumorali, mediante lo sviluppo dei programmi di screening oncologico per le neoplasie per le quali c'è evidenza di efficacia (cervice uterina, mammella, colon retto). I programmi di screening oncologico, rivolti alle persone appartenenti alle fasce di età considerate a maggior rischio sono offerti quali Livelli essenziali di assistenza (LEA) e riportati tra le azioni fondamentali dei Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione.

Nel primo semestre di quest'anno questa azienda ha ottenuto un significativo miglioramento dei risultati in termini di copertura in tutti gli screening oncologici, in coerenza con il target regionale proposto. Di seguito i risultati raggiunti:

Periodo	popolazione target	Inviti	% estensione (inviti sul target)	aderenti agli inviti	% adesioni (presenze sugli inviti)	% copertura (presenze sul target)	% copertura (obiettivo annuo)
Screening Mammografico I sem 2022	12.561	6.834	54,41%	2.158	31,6%	17,18%	25%
Screening Mammografico I sem 2023	12.604	5.540	43,95%	2.780	50,2%	22,06%	30%
Screening Cervicale I sem 2022	13.905	8.146	58,58%	2.486	30,5%	17,88%	30%
Screening Cervicale I sem 2023	13.699	9.502	69,36%	3.675	38,7%	26,83%	35%
Screening Colon Retto I sem 2022	24.777	7.440	30,03%	2.988	40,2%	12,06%	15%
Screening Colon Retto I sem 2023	24.868	10.029	40,33%	4.103	40,9%	16,50%	15%

Nel caso dei programmi organizzati di screening oncologici, la strutturazione dell'offerta nel territorio come proposta dal PNRR con la presenza delle Case della Comunità, contribuirà a facilitare l'accesso dei cittadini ai test di primo livello, con conseguente incremento della compliance alla proposta di screening. Ricordiamo inoltre che sarà questo il luogo ove sarà agevolata e potenziata l'integrazione degli interventi di prevenzione

primaria e secondaria, favorendo l'appropriatezza e la tempestività di presa in carico dei soggetti al momento dell'accesso consentendo un uso integrato di competenze e di risorse professionali.

La presa in carico complessiva delle persone positive allo screening, in ragione della complessità e della natura delle problematiche che questo paziente si trova ad affrontare e della intensità e durata della malattia, dovrà avvenire attraverso l'organizzazione e la gestione di percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari e integrati tra i servizi territoriali, strutture ospedaliere e cure primarie. Tutto ciò al fine di garantire equità, continuità e omogeneità di accesso agli interventi e alle prestazioni sanitarie lungo le diverse fasi della malattia, interessando in maniera coordinata le diverse strutture e attività presenti nel territorio (Distretti, Case di Comunità, Comuni, Scuole, Associazioni dei cittadini e dei pazienti, Terzo Settore, etc.) e negli ospedali.

La formalizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) è quindi necessaria e opportuna per garantire la presa in carico globale del paziente oncologico e assicurare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

I PDTA sono costruiti tenendo conto di tutte le fasi del percorso del paziente, dalla presa in carico complessiva, alla continuità terapeutica relativa a tutto il percorso di malattia (dalla fase iniziale a quella terminale), mediante multiprofessionalità e multidisciplinarietà dell'approccio diagnostico-terapeutico assistenziale; i percorsi saranno corredati quindi da dichiarati indicatori di struttura, di processo e di esito, rilevabili e valutati annualmente. Il PDTA rappresenta quindi la miglior sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere nel contesto di una determinata situazione organizzativa e di risorse a livello locale.

I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per le malattie oncologiche dovranno cominciare ancora prima della diagnosi. Infatti, già al momento del sospetto diagnostico inizia una rincorsa agli accertamenti necessari con conseguenti problematiche sia organizzative che economiche per il paziente.

Per questo motivo l'attivazione dei Centri di Accoglienza e Servizi (C.A.S.) a livello aziendale saranno un valido strumento per permettere la presa in carico già in fase di fondato sospetto di neoplasia da parte del MMG, di altro specialista o in seguito a percorsi di screening o intraospedalieri. Una volta avviato il percorso da parte del C.A.S., anche mediante l'adozione di specifici PDTA locali, sarà possibile attivare in modalità agevolata la gestione del percorso di presa in carico e di follow-up.

Rispetto ai quattro tumori più diffusi, cosiddetti "*big killer*" (tumore al polmone, mammella, colon retto e prostata), questa Azienda nei primi mesi di quest'anno ha lavorato alla redazione del PDTA per il trattamento dei tumori alla mammella mediante la costituzione di un gruppo di lavoro supportato da un consulente esterno. Il progetto, che si concluderà nell'anno, permetterà di avere un PDTA calato sulla realtà aziendale con previsione dell'attivazione a regime nel 2024.

Altro fronte su cui si sta lavorando è quello della redazione del PDTA per la presa in carico del paziente affetto da carcinoma al colon retto. Anche in questo caso i professionisti interessati stanno predisponendo un percorso personalizzato da perfezionare e attivare nel 2024.



Sul fronte della presa in carico e orientamento del paziente sarà prezioso l'intervento del Centro di Accoglienza e Servizi (C.A.S.) di recente istituzione che è disegnato secondo un modello di rete non solo interna all'azienda ma anche con gli altri C.A.S. regionali.

Il Centro accoglierà il paziente con sospetto o prima diagnosi di patologia oncologica, informandolo in merito alle modalità di accesso e lo supporterà lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico; dalla presa in carico, alla prenotazione di prestazioni preliminari alla diagnosi fino alla cura, alle dimissioni e al controllo del decorso della malattia, senza peraltro trascurare il supporto psicologico sia per il paziente che per i familiari.

Per permettere un adeguato sviluppo delle attività del CAS è prevista l'attivazione di una struttura semplice all'interno della SC Oncologia-Ematologia, che sarà dotata di un dirigente medico oncologo, che avrà la responsabilità della struttura, un infermiere e un amministrativo dedicati. Gli operatori coinvolti mediante opportuna attività formativa in collaborazione con il personale del CAS di Nuoro già attivo, potranno partecipare anche ad eventi formativi fuori Regione.

I primi passi per consentire l'operatività del CAS hanno riguardato l'individuazione di slot di prestazioni necessarie al percorso di cura del paziente oncologico sia all'interno del Presidio Aziendale San Martino che presso le altre strutture pubbliche e private convenzionate, in modo da consentire ai pazienti un'agevole stadiazione. Questa fase si sta rivelando di difficile attuazione a causa delle carenze nell'organico del personale ospedaliero e a causa del fatto che non sono ancora in essere dei protocolli di intesa con le strutture convenzionate. Fra le altre strutture pubbliche, grande disponibilità è stata dimostrata dalla Medicina Nucleare del P.O. Brotzu.

Il percorso tipo del paziente è il seguente:

- accesso diretto del paziente al CAS con impegnativa di prima visita oncologica (oppure destinazione del paziente dall'agenda CUP al CAS al momento della prenotazione della prima visita se il paziente si rivolge al CUP);
- prenotazione della prima visita oncologica con il medico del CAS;
- prenotazione e richiesta degli esami ad opera del personale tecnico/amministrativo del CAS;
- recupero dei referti degli stessi esami;
- visita oncologica di fine percorso;
- proposta alla struttura di destinazione appropriata (Chirurgia/Oncologia/ Radioterapia) o al Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) di pertinenza, se indicato;
- qualora il/la paziente siano destinati in prima istanza all'Oncologia per chemioterapia, gli operatori del CAS lo inseriranno in lista d'attesa, richiederanno essi stessi gli esami di routine e lo accompagneranno all'interno del DH. Azioni equivalenti verranno poste in essere per l'accesso a strutture diverse dalla Oncologia.

In questa prima fase il CAS si sta occupando dei pazienti con nuova diagnosi di neoplasia maligna della mammella e del colon-retto.

Per l'anno 2024 si cercherà di sviluppare le attività del CAS includendo progressivamente i pazienti con nuova diagnosi di altre neoplasie maligne e si lavorerà all'aumento di slot di prestazioni in modo da commisurare le risorse alla richiesta di prestazioni.

***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.

Un 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.

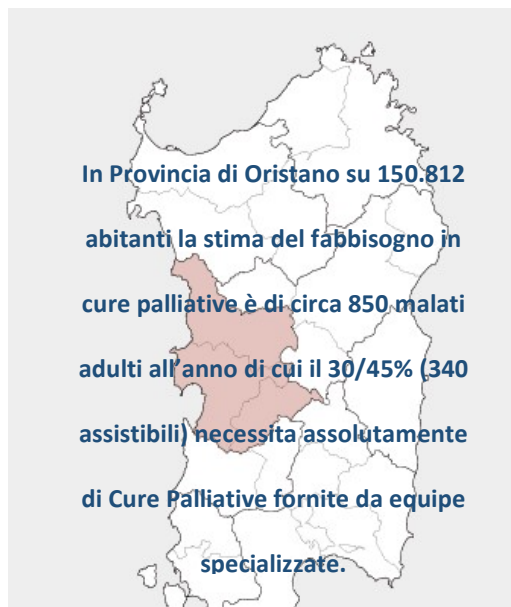
Nel periodo di emergenza legata alla pandemia le attività riferibili alle cure domiciliari e palliative, non si sono mai interrotte anche se hanno subito una drastica riduzione in termini di risorse umane dedicate e quindi di attività, problemi che non accennano a risolversi a causa della ancora marcata carenza di personale medico soprattutto anestesista.

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 già nella precedente programmazione si era proposta di riprendere le attività interrotte innovando il progetto di costituzione delle Cure Palliative. Purtroppo l'assenza di disponibilità di medici anestesisti e palliativisti che prendano servizio presso la nostra ASL ne ha impedito l'avvio; il progetto sarà riproposto quindi in questo prossimo triennio. Si è però proceduto a formalizzare nell'Atto Aziendale l'istituzione, all'interno del Dipartimento delle Attività Territoriali, della SC Rete Locale delle Cure Palliative.

L'Asl di Oristano, intende in quest'ottica ampliare e valorizzare l'esperienza sulle cure palliative che era presente in passato e che è oggi presente grazie all'esperienza portata avanti in questi anni dall'Hospice. Il progetto prevede la definizione di un modello di 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'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 necessita di cure palliative fornite da equipe specializzate.

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

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

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

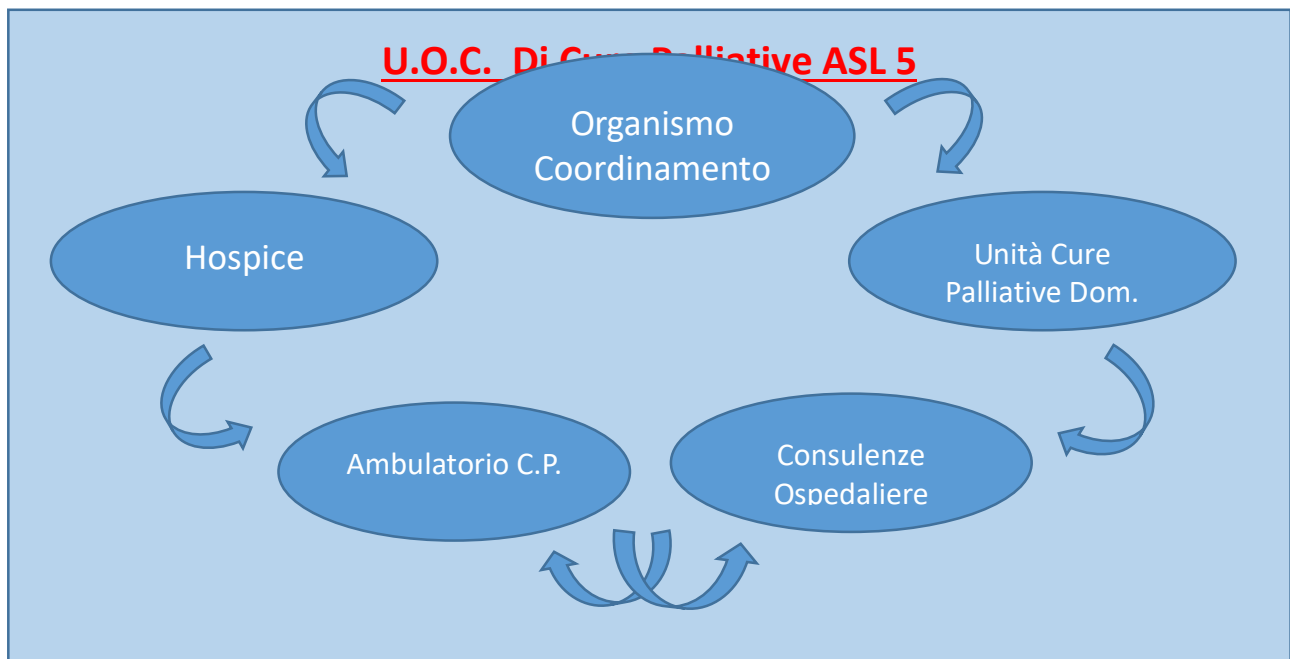
In **Ospedale** (attraverso le consulenze ad arruolamento nei reparti di degenza del San Martino di Oristano, Delogu di Ghilarza, Mastino di Bosa)

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

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

Nell'**Ambulatorio** di Cure Palliative

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



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

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

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

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

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

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

***Gli ambulatori straordinari di comunità territoriali (Ascot), un progetto pilota varato dalla Asl di Oristano per assicurare l'assistenza sanitaria di base ai cittadini della provincia privi di medico di famiglia***

Il fenomeno del sempre crescente numero di sedi carenti di assistenza primaria a livello regionali ha lasciato una parte della popolazione regionale e quindi provinciale senza medico di medicina generale. E' per questo motivo che questa Azienda ha voluto affrontare e risolvere il problema mediante la sperimentazione dei cosiddetti "Ambulatori straordinari di comunità territoriali" (Ascot), dedicati esclusivamente ai cittadini senza assistenza sanitaria di base residenti nell'ambito territoriale di riferimento. La sperimentazione, prima in Sardegna, è stata condivisa con i sindacati e l'Assessorato regionale della sanità che ha riproposto il modello nelle altre province della Sardegna. La necessità della loro istituzione è legata principalmente al pensionamento di medici di base senza che sia stato possibile una loro sostituzione con incarichi definitivi o provvisori.

Negli Ascot sono erogate tutte le prestazioni che vengono di consueto effettuate dai medici di famiglia: prescrizioni mediche, visite urgenti e non urgenti, rinnovo di piani terapeutici, raccolta dei fabbisogni domiciliari (inserimento in ADI, attività domiciliari programmate, prestazioni integrative programmate), certificati di malattia e ogni altro compito riconosciuto dagli Accordi Collettivi Nazionali.

Il primo bando è stato pubblicato l'8 marzo 2023 e sono stati ammessi a partecipare i medici di famiglia e quelli di continuità assistenziale (guardia medica) in servizio presso la Asl 5, con priorità in graduatoria, ed in subordine i medici dipendenti del servizio sanitario e successivamente tutti quelli iscritti all'albo professionale. Il numero degli Ascot si è rivelato purtroppo flessibile, in quanto ai primi centri attivati è stato necessario aggiungerne ulteriori, tra cui nel mese di ottobre quello del capoluogo. Gli orari di apertura di ciascun ambulatorio sono stati parametrati sul numero dei cittadini privi di assistenza sanitaria presenti nello specifico ambito territoriale e rimodulati a seconda delle esigenze. Le prime sedi sono state dieci alle quali hanno fatto riferimento tutti i cittadini senza medico di famiglia residenti nei comuni dello stesso ambito. Si è arrivati a dover attivare 24 ambulatori distribuiti in maniera omogenea in base alle necessità con un rapporto di 1 slot da 5 ore ogni 300 cittadini circa, ottenendo così una capillarità dell'assistenza.

***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).

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
<b>U (Urgente)</b>	Da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore
<b>B (Breve)</b>	Da eseguire entro 10 giorni
<b>D (Differibile)</b>	Da eseguire entro 30 giorni se prima visita specialistica
	Da eseguire entro 60 giorni se primo esame di diagnostica strumentale
<b>P (Programmata)</b>	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,

Negli anni si è lavorato 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.

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. 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 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.

Considerato che il problema della carenza di personale soprattutto medico che opera nel pubblico permane ancora, si dovrà proseguire con il ricorso a progetti di recupero delle liste d'attesa finanziati; sarà invece indispensabile intervenire nella riorganizzazione delle agende di prenotazione con intervalli tra pazienti e criteri di triage per l'ingresso quantomeno uguali a quelli del 2019.

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

Sul fronte dell'assistenza ospedaliera nel 2023 sono state poste le basi per lo sviluppo del modello organizzativo delineato nell'atto aziendale. Sono state attivate alcune strutture quali quella della Senologia, della Emodinamica e della Neurologia e sono stati avviati i concorsi per il conferimento degli incarichi di direttore di struttura che nella gran parte dei casi erano provvisori. Nel 2024 si pensa di portare a termine l'attività di conferimento degli incarichi di direttore di struttura per tutte le strutture sanitarie ospedaliere e si implementerà l'attività delle nuove strutture; si proseguirà inoltre con il reclutamento di nuovo personale attraverso il Piano delle assunzioni allegato al presente documento, e si inizieranno a porre in essere politiche volte a valorizzare le professionalità e il know how del personale già presente in Azienda con il supporto della nuova struttura aziendale della Qualità e Formazione Permanente.

#### ***L'implementazione delle nuove strutture all'interno della rete ospedaliera aziendale e l'attivazione dei Dipartimenti Ospedalieri***

L'organizzazione della rete ospedaliera aziendale si sviluppa secondo il modello dipartimentale che grazie all'integrazione fisica, organizzativa e clinica consente di elevare l'efficienza e la qualità dei risultati.

Nel corso del triennio 2024-2026 si procederà con l'attivazione progressiva dei Dipartimenti previsti dall'Atto Aziendale:

- Dipartimento Cure Chirurgiche
- Dipartimento Cure Mediche
- Dipartimento Emergenza e Urgenza
- Dipartimento dei Servizi

e con l'attivazione di alcune nuove strutture e lo sviluppo delle attività delle strutture di nuova istituzione.

Le novità in corso rispetto alle nuove strutture attive o in corso di attivazione riguardano le seguenti Unità Operative.

La S.S.D. di **Senologia** quale nuova struttura che intende dare risposta ad una disciplina medico-chirurgica di rilevanza che va a colmare una lacuna del centro Sardegna, dove attualmente non esistono centri di riferimento.

La SSD di **Emodinamica** o cardiologia interventistica che riveste un ruolo di grande importanza nel Dipartimento di Emergenza Urgenza e che completa il percorso del paziente cardiopatico preso in carico dall'Utic, per essere poi trattato sul livello interventistico nella stessa Emodinamica.

Con la nascita della nuova struttura di **Neurologia** si pongono le basi per una prossima realizzazione servizio di Stroke Unit (SU) al fine di ottimizzare il percorso diagnostico terapeutico delle patologie cerebrovascolari.



La SU è un'area assistenziale dedicata alle malattie cerebrovascolari acute dove ricoverare i malati con ictus, onde poterli sottoporre tempestivamente ad un protocollo diagnostico completo e alla terapia più adeguata al tipo di ictus. I malati vengono sottoposti ad un monitoraggio dei parametri vitali ed iniziano il più precocemente possibile un programma di riabilitazione personalizzato alle necessità individuali. Il programma diagnostico-terapeutico-riabilitativo deve essere svolto da un'équipe multiprofessionale composta da neurologi, cardiologi, infermieri, fisioterapisti e terapisti della riabilitazione specializzati nella cura dell'ictus.

Di prossima istituzione sarà poi la nuova la struttura di **Riabilitazione day hospital e ambulatoriale specialistico**. La nuova rete riabilitativa aziendale intende superare le barriere tra ospedale e territorio andando a costituire un sistema che integri servizi ospedalieri, territoriali e il privato, nell'ottica di un nuovo modello gestionale integrato dei servizi riabilitativi provinciali. Il fine ultimo sarà quello di migliorare il percorso ospedale territorio in termini di continuità e di presa in carico riabilitativa, rendendolo omogeneo nelle diverse aree del territorio.

La rete riabilitativa così ridisegnata si articolerà nella S.C. "Medicina Riabilitativa e Neuroriabilitazione ospedale-territorio" (SC MRN) già attiva e nella SSD "Riabilitazione day hospital e ambulatoriale specialistico" (SSD RDHA) di prossima istituzione.

Nell'anno 2014 le strutture MRN e RDHA, entrambe attive, lavoreranno per rispondere ai bisogni di riabilitazione degli utenti della provincia e per fare questo avranno in capo la gestione degli ambienti e dei professionisti della riabilitazione della ASL di Oristano, annullando quindi il confine strutturale tra servizi ospedalieri e del territorio. La SC MRN, avrà quindi il compito di coordinare gli ambulatori distrettuali di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa.

L'istituzione della S.C **Week Surgery P.O. "Delogu" Ghilarza "Mastino" Bosa** avrà il compito di definire la sua azione chirurgica programmabile, su un livello di media e bassa intensità chirurgica distribuendo la propria attività sui due Stabilimenti ospedalieri territoriali di Bosa e Ghilarza. Risponderà quindi all'esigenza da un lato di permettere un maggiore sviluppo dell'attività chirurgica in elezione presso il P.O. San Martino, in particolare per le patologie oncologiche e su altre patologie di alta intensità e dall'altro di ridurre le liste d'attesa per patologie di media e bassa intensità, le quali rappresentano la percentuale più alta dei bisogni chirurgici aziendali. L'offerta chirurgica si completerà con una attività di day surgery multidisciplinare su entrambi gli stabilimenti ospedalieri, con l'obiettivo, anche in questo caso, di concentrare sull' Hub Ospedaliero di primo livello, il trattamento e gli interventi su patologie di alta intensità. La creazione della Week Surgery assume inoltre una indiscutibile rilevanza strategica anche in termini di presidio sanitario per un territorio vasto e di dimensioni demografiche con alto indice di vecchiaia. A regime la struttura sarà dotata di almeno 16 posti letto dislocati sui due stabilimenti e Bosa e Ghilarza, di cui 10 in ordinari e 6 in day surgery/one day surgery. Con l'assunzione di medici specialisti nell'anno 2024 si prevede di attivare quantomeno un servizio di **Otorinolaringoiatria** in attesa di avere una dotazione organica sufficiente per attivare la SSD dotata di 4 posti letto. La struttura si propone di potenziare e completare l'offerta sanitaria del P.O. San Martino quale hub di primo livello, collocata nel Dipartimento di Cure Chirurgiche.

***Le soluzioni organizzative all'interno del Pronto Soccorso per consentire il miglioramento della qualità delle cure, la riduzione del sovraffollamento dei pazienti e una maggiore appropriatezza dei ricoveri***

Altro problema da affrontare nel 2024 sarà quello della gestione dei percorsi del Pronto Soccorso per alleggerire i carichi di sovraffollamento, anche dato l'esiguo numero di medici strutturati che operano in questo servizio.

Sul fronte degli accessi sono stati approntati una serie di indicatori per il monitoraggio degli ingressi in termini di appropriatezza; sono tenuti costantemente sotto controllo ad esempio i ricoveri medici brevi o a rischio di inappropriata, la coerenza dei codici colore nel triage in ingresso e in uscita o la proporzione dei ricoveri derivanti da codici verdi e gialli, che dovranno essere mantenuti entro certi range di tolleranza. Sul fronte organizzativo saranno implementati due progetti. Il primo riguarda la stesura di un protocollo tra le strutture del Pronto Soccorso e della Medicina Interna affinché quest'ultima possa garantire le consulenze al P.S. per determinate casistiche; questa collaborazione ridurrà il tasso di ospedalizzazione soprattutto del reparto di Medicina che presenta anch'esso gravi carenze nella dotazione di personale medico. Altro progetto da sviluppare nel 2024 sarà quello della riapertura dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI). L'OBI ha il fine di definire nel minor tempo possibile una strategia terapeutica ed individuare il trattamento assistenziale più idoneo in un arco temporale di permanenza presso tale unità ben definito: da un minimo di 6 ore ad un massimo di 30. La riapertura dell'OBI, che nel periodo emergenziale era stato sospeso e che attualmente non è attivo per carenza di personale medico, compatibilmente con le risorse di personale a disposizione, garantirà anch'esso una maggiore appropriatezza nei ricoveri ospedalieri.

***Migliorare la sicurezza dei pazienti e la sicurezza delle cure, anche promuovendo la diffusione della cultura della gestione del Rischio Clinico***

Il Ministero della Salute ha sviluppato un sistema di allerta (Raccomandazioni) per quelle condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore, con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo ad alcune procedure potenzialmente pericolose, fornendo strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema.

L'Azienda, grazie alla Struttura Qualità e Formazione Permanente cercherà di migliorare le azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività sanitarie. Nel 2023 si è ricostruita la rete aziendale dei referenti per il Rischio Clinico all'interno di tutte le Unità Operative e sono stati messi a disposizione dall'assessorato regionale specifici percorsi formativi diretti appunto ai referenti e facilitatori del rischio clinico. Nell'anno 2024 si proseguirà e si affinerà l'utilizzo di avanzate tecniche e metodiche proattive e reattive del rischio clinico (*audit* clinici e/o organizzativi, valutazione preventiva dei rischi-FMEA, segnalazioni di quasi eventi, near miss, eventi avversi, segnalazione di eventi sentinella, violenza su operatore, check list di sala operatoria).

Le Direzioni di Presidio proseguiranno inoltre nelle attività di prevenzione e sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), nella sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico, nella sorveglianza delle

antibiotico-resistenze anche attraverso studi di Prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso degli antibiotici negli ospedali.

**L'innovazione tecnologica e gli investimenti previsti per l'assistenza ospedaliera finanziati dalla Missione 6 Salute del PNRR**

Di seguito si illustrano gli interventi programmati relativamente alla 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 €
ECOTOMOGRFAO MULTIDISCIPLINARE - PO SAN MARTINO ORISTANO	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRFAO MULTIDISCIPLINARE - PO DELOGU GHILARZA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRFAO MULTIDISCIPLINARE - PO MASTINO BOSA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRFAO MULTIDISCIPLINARE - PO SAN MARTINO ORISTANO	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
<b>TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO</b>	<b>3.094.000,00 €</b>	<b>2.777.800,00 €</b>	<b>316.200,00 €</b>