

Allegato 1

**ASL ORISTANO**  
**Programma Sanitario Triennale 2026-2028**

## 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
C.1 Il contesto epidemiologico .....	11
C.2 Il territorio e la distribuzione delle strutture .....	17
D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria .....	21
<b>Parte II - La Programmazione sanitaria triennale</b> .....	24
A. Indirizzi strategici aziendali .....	24
B.1 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica. Offerta di prestazioni e servizi .....	24
B.2 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa .....	34
B.3 Area dell'assistenza distrettuale. Offerta di prestazioni e servizi .....	41
B.4 Area dell'assistenza distrettuale - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa .....	58
B.5 Area dell'assistenza ospedaliera. Offerta di prestazioni e servizi .....	84
B.6 Area dell'assistenza ospedaliera - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa .....	92
C) L'innovazione tecnologica e gli investimenti per l'assistenza ospedaliera e territoriale .....	103
<b>Parte III - La Programmazione economica-patrimoniale</b> .....	109

## 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.

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. Con le Delibere del Direttore Generale n. 463 del 5.12.2022 e n. 26 del 24.01.2023 è stato adottato l'Atto Aziendale della ASL di Oristano.

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](http://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

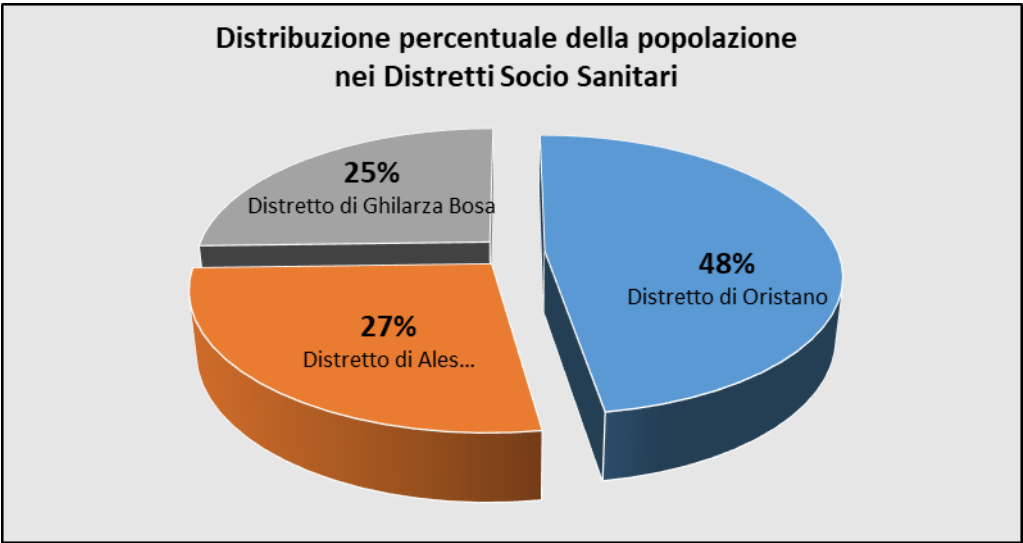
L'ambito territoriale della ASL di Oristano coincide con la attuale Provincia di Oristano, fatta eccezione per il Comune di Genoni, e comprende 88 Comuni con una estensione di 3.040 Km<sup>2</sup> e una popolazione residente all'01.01.2024 di 149.822 abitanti per una densità abitativa di 49,3 abitanti. 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.

Di seguito l'elenco dei comuni con popolazione al 01.01.2024.

Distretto Oristano		Distretto Ales Terralba		Distretto Ghilarza Bosa	
Comune	Pop.	Comune	Pop.	Comune	Pop.
Allai	349	Albagiara	229	Abbasanta	2.562
Baratili San Pietro	1.203	Ales	1.250	Aidomaggiore	386
Bauladu	613	Arborea	3.723	Ardauli	760
Cabras	8.821	Assolo	328	Bidoni	122
Milis	1.394	Asuni	299	Bonarcado	1.539
Narbolia	1.639	Baradili	80	Boroneddu	157
Nurachi	1.660	Baressa	553	Bosa	7.400
Ollastra	1.106	Curcuris	302	Busachi	1.131
Oristano	30.273	Genoni	744	Cuglieri	2.441
Palmas Arborea	1.501	Gonnoscodina	427	Flussio	397
Riola Sardo	2.016	Gonnosnò	676	Fordongianus	815
Samugheo	2.709	Gonnostramatza	796	Ghilarza	4.126
Santa Giusta	4.602	Laconi	1.646	Magomadas	604
San Vero Milis	2.412	Marrubiu	4.550	Modolo	175
Siamaggiore	865	Masullas	1.007	Montresta	443
Siamanna	753	Mogorella	403	Neoneli	607
Siapiccia	349	Mogoro	3.847	Norbello	1.129
Simaxis	2.107	Morgongiori	645	Nughedu Santa Vittoria	424
Solarussa	2.250	Nureci	309	Paulilatino	2.102
Tramatza	918	Pau	270	Sagama	188
Villanova Truschedu	297	Pompu	221	Santu Lussurgiu	2.198
Villaurbana	1.446	Ruinas	586	Scano di Montiferro	1.388
Zeddiani	1.124	San Nicolò d'Arcidano	2.456	Sedilo	1.932
Zerfaliu	984	Senis	386	Seneghe	1.623
		Simala	294	Sennariolo	153
		Sini	501	Soddi	121
		Siris	228	Sorradile	336
		Terralba	9.649	Suni	979
		Uras	2.670	Tadasuni	126
		Usellus	692	Tinnura	248
		Villa Sant'Antonio	328	Tresnuraghes	1.008
		Villa Verde	268	Ula Tirso	448
<b>TOTALE</b>	<b>71.391</b>	<b>TOTALE</b>	<b>40.363</b>	<b>TOTALE</b>	<b>38.068</b>

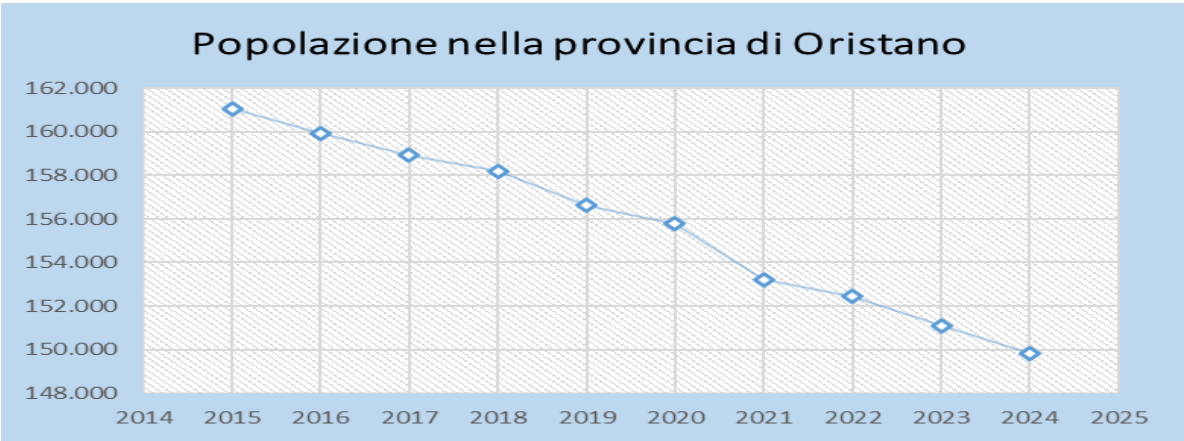
Fonte dati: Demo ISTAT popolazione all'01.01.2024 (dati aggiornati al mese di novembre 2024)

La distribuzione della popolazione nel territorio provinciale è la seguente:



Distribuzione della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2024

La comparazione dei dati demografici degli ultimi due anni (2023-2024) evidenzia una diminuzione della popolazione residente di 1.267 individui.



Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2015-2024

Indicatore	Oristano	Sardegna	Italia
Totale popolazione	149.822	1.569.832	58.989.749
Popolazione 0-14 anni	13.833	158.243	7.184.837
Popolazione 15-64 anni	91.853	990.754	37.446.984
Popolazione 65 anni e più	44.136	420.835	14.357.928
Indice di invecchiamento	29,42%	26,81%	24,34%
Indice di vecchiaia	318,32%	265,94%	199,84%

Fonte dati: Demo ISTAT popolazione all'01.01.2024 (dati del mese di novembre 2024)



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

L'indice di invecchiamento<sup>1</sup> risulta al di sopra del valore regionale e nazionale denotando una maggiore incidenza degli ultra-sessantacinquenni rispetto alla popolazione residente. La popolazione anziana totale risulta pari a 44.136 unità (29,42% sul totale).

L'indice di vecchiaia<sup>2</sup> risulta molto alto sia rispetto al dato regionale ma soprattutto rispetto al dato nazionale; si registrano 318 anziani ogni 100 giovani.

Lo Studio di Sorveglianza Passi, (dati nazionali anni 2022-2023), sul tema delle patologie croniche ha rilevato che la condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'età (coinvolge il 7% degli adulti con meno di 34 anni, il 13% fra i 35-49enni e il 28% delle persone fra 50 e 69 anni). Inoltre, la cronicità coinvolge di più le persone con status socioeconomico più svantaggiato, con molte difficoltà economiche (29%) o bassa istruzione (35% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare).

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

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

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

Il tasso di occupazione della popolazione tra i 20 e i 64 anni registrano nella provincia di Oristano, nell'anno 2024, valori più bassi rispetto alla media nazionale e prossimi alla media regionale.

Anno	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Media Nazionale</b>	63	63,5	61,9	62,7	64,8	66,3	67,1
<b>Sardegna</b>	56,1	57,3	55,2	57	58,6	59,9	61,7
<b>Oristano</b>	56,6	54,2	56	54	54,2	59,7	62,1

tasso di occupazione 20-64 anni. Periodo 2018-2024

Rapporto BES: il BES dei Territori

Il dato relativo alla percentuale di persone tra i 15 e i 29 anni che non lavorano né sono inseriti in un percorso di istruzione o formazione della provincia di Oristano, presenta valori alti rispetto alla media nazionale; nel 2024 si registra un trend in riduzione con valori prossimi alla media regionale.

<sup>1</sup> (Rapporto percentuale tra la popolazione anziana ( $\geq 65$  anni) e il totale della popolazione, moltiplicato per 100)

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

Anno	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Media Nazionale</b>	23,2	22,1	23,7	23,1	19	16,1	15,2
<b>Sardegna</b>	27,6	27,9	26,2	23,6	21,4	19,6	17,8
<b>Oristano</b>	21,6	30,1	28,8	25,8	22,7	17,8	18,1

% di giovani di 15-29 anni che non lavorano né studiano (NEET)

*Rapporto BES: il BES dei Territori*

La percentuale di 25-64 enni che hanno completato la scuola secondaria di II grado a livello provinciale si dimostra bassa sia rispetto al dato nazionale che regionale ma in incremento nell'ultimo quinquennio.

Anno	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Media Nazionale</b>	61,8	62,2	62,6	62,7	63	65,5	66,7
<b>Sardegna</b>	51,6	54,2	54,1	54,2	54,6	55	56,8
<b>Oristano</b>	48,9	50,2	46,1	47,2	48,2	48,5	51,7

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

*Rapporto BES: il BES dei Territori*

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

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

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

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

## C.1 Il contesto epidemiologico

I dati sui decessi per causa riferiti all'anno 2022 sono rappresentati in termini di valori percentuali rispetto alla mortalità totale dell'anno di riferimento (peso percentuale), per ogni singolo gruppo di cause di morte.

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

«Le statistiche sulle cause di morte costituiscono la principale fonte statistica per definire lo stato di salute di una popolazione e per rispondere alle esigenze di programmazione sanitaria di un paese.» [istat.it]

Nella provincia di Oristano i dati non si discostano in maniera sostanziale da quelli nazionali e regionali, con i due gruppi di patologie che maggiormente incidono nella salute delle persone: le malattie del sistema circolatorio con il 24,96% dei casi rispetto al totale delle cause di morte ed i tumori con il 24,49%. Insieme i due gruppi di patologie sono responsabili di circa il 49,45% di tutti i decessi.

La nuova causa di morte che riguarda il Covid-19 è stata introdotta nel 2020; questa per il 2022 ha una percentuale di mortalità pari al 6,62% nella provincia, in discesa rispetto all'anno precedente, leggermente inferiore al dato regionale e nazionale.

Percentuali rispetto al totale	2021			2022		
Descrizione	Oristano	Sardegna	Italia	Oristano	Sardegna	Italia
Malattie del sistema circolatorio	27,53%	27,24%	30,78%	24,96%	25,92%	30,85%
Tumori	28,92%	28,06%	24,71%	24,49%	25,45%	24,18%
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	5,80%	4,70%	3,61%	7,51%	5,26%	4,19%
Malattie del sistema respiratorio	5,31%	5,97%	6,41%	6,73%	6,36%	7,02%
Covid-19	4,66%	5,16%	9,04%	6,62%	7,71%	7,15%
Disturbi psichici e comportamentali	5,56%	5,27%	3,57%	5,78%	5,67%	3,88%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4,71%	4,62%	4,65%	5,47%	4,40%	4,68%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	4,51%	5,19%	4,48%	4,20%	4,84%	4,58%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,71%	4,54%	3,60%	4,10%	4,83%	3,82%
Malattie dell'apparato digerente	3,13%	4,07%	3,34%	3,99%	3,58%	3,35%
Malattie dell'apparato genitourinario	1,54%	1,79%	2,14%	2,10%	1,91%	2,31%
Malattie infettive e parassitarie	1,64%	1,79%	2,07%	2,05%	2,16%	2,34%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,94%	0,62%	0,54%	0,79%	0,69%	0,56%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,55%	0,47%	0,56%	0,63%	0,73%	0,57%
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	0,20%	0,27%	0,18%	0,37%	0,21%	0,18%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0,25%	0,17%	0,22%	0,21%	0,20%	0,23%
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,05%	0,07%	0,09%	n.d.	0,09%	0,09%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0,00%	0,00%	0,00%	n.d.	0,00%	0,00%

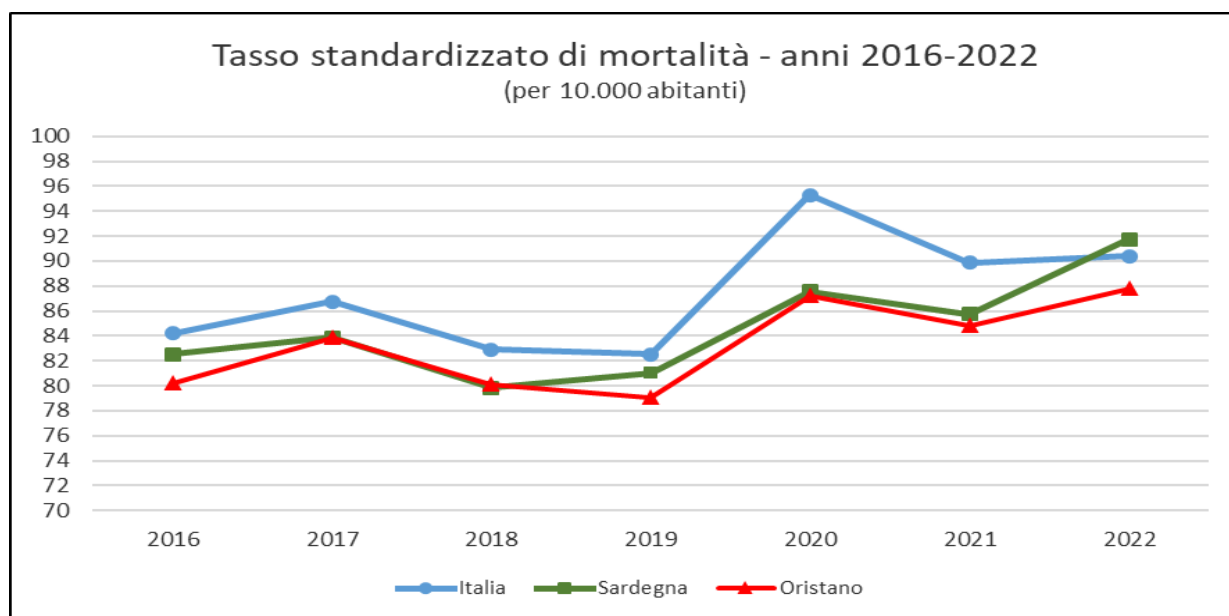
Cause di morte: Istat 2021-2022

I dati dei decessi per le malattie del sistema circolatorio della provincia di Oristano si attestano su valori inferiori al dato nazionale e pressochè equivalenti al dato regionale (24,96% Oristano e 25,92% Regione Sardegna). I dati dei decessi per le malattie del sistema circolatorio della provincia di Oristano si attestano su valori inferiori al dato nazionale e pressochè equivalenti al dato regionale (24,96% Oristano e 25,92% Regione Sardegna). Nel 2022 il 23,4% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema circolatorio sono da attribuire alle malattie cerebrovascolari, il 29,5% ad altre malattie del cuore, il 27,4% ad altre malattie del sistema circolatorio e il 19,8% alle malattie ischemiche del cuore con il 74,1% delle cause di morte di tale gruppo di malattie da attribuire all'infarto del miocardio acuto.

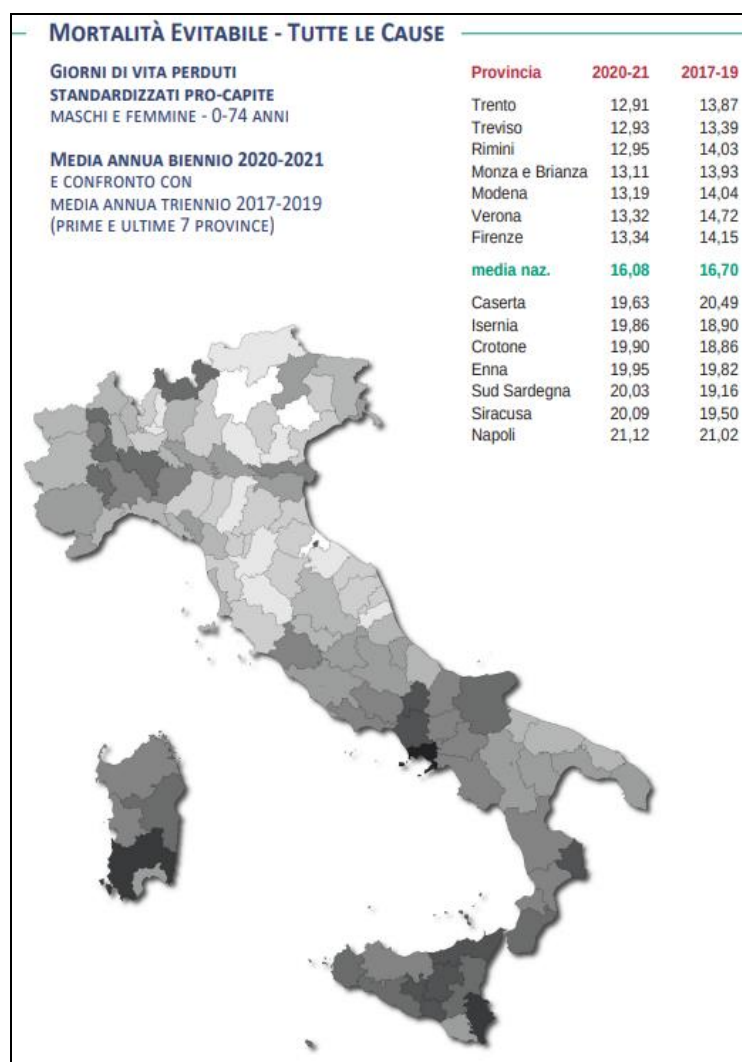
I dati dei decessi per tumore nella provincia di Oristano (24,49%) sono equivalenti nel 2022 rispetto al dato nazionale (24,18%) e inferiori rispetto al dato regionale (25,45%). Nel 2022 il 14,5% delle cause di morte appartenenti al gruppo dei tumori maligni sono da attribuire ai tumori maligni di trachea, dei bronchi e dei polmoni, il 12,0% ai tumori maligni del colon, del retto e dell'ano, il 14,7% agli altri tumori maligni e il 9,3% ai tumori maligni del seno.

Per quanto riguarda la mortalità delle malattie del sistema respiratorio, questa nel 2022 nella provincia di Oristano si attesta su valori pari a 6,73% inferiore rispetto al dato nazionale (7,02%) e sovrapponibile al dato regionale (6,36%). Nel 2022 il 56,3% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema respiratorio sono da attribuire alle malattie croniche delle basse vie respiratorie, seguito da altre malattie del sistema respiratorio (24,2%) e polmonite (19,5%).

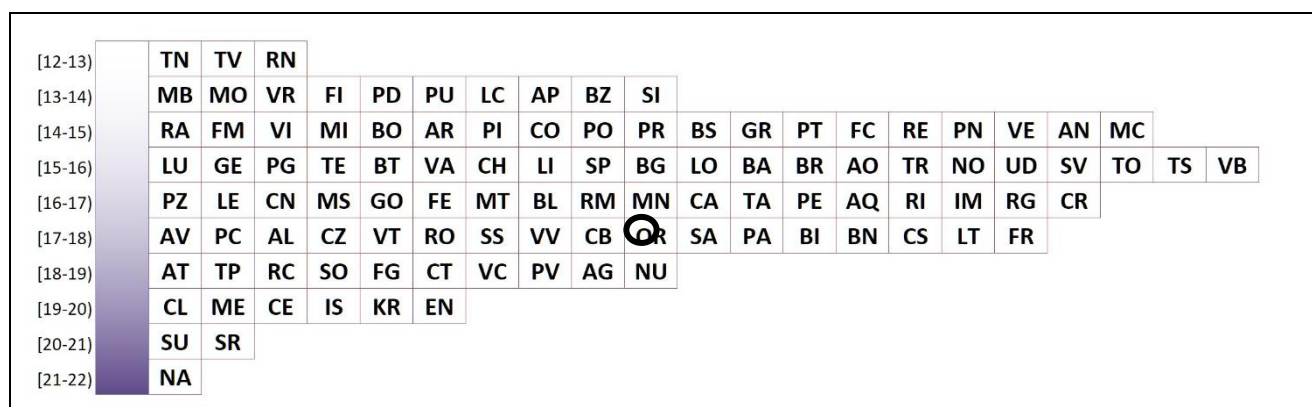
Il dato sulla mortalità totale (di seguito rappresentato dal tasso standardizzato) negli ultimi sette anni nella provincia di Oristano, mostra una tendenza in diminuzione (fatta eccezione per il periodo interessato dalla pandemia) e sempre inferiore al dato nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità consente di confrontare i livelli di mortalità rispetto ad altre realtà, controllando l'effetto delle differenze di struttura per età delle popolazioni.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2016-2022



MEV(i) ed. 2024



Giorni perduti std pro-capite per mortalità evitabile per provincia - biennio 2020-2021

MEV(i) ed. 2024

L'indicatore sopra rappresentato mostra i giorni perduti standard pro capite per mortalità evitabile per singola provincia italiana nel biennio 2020-2021. In quasi tre quarti delle province si rileva un valore che varia tra i 14 e i 18 giorni, ove si colloca anche la Provincia di Oristano, a fronte di una media nazionale di 16 giorni; la

consueta classifica MEV(i) stilata per il complesso dei generi, vede Trento, Treviso, Rimini su valori inferiori ai 13 giorni perduti per mortalità evitabile contro gli oltre 20 registrati nei territori del Sud Sardegna e del Siracusano fino agli oltre 21 rilevati nella provincia di Napoli.

L'analisi della mortalità evitabile aiuta a contrastare i decessi prematuri dovuti a cause di morte prevenibili e trattabili. La mortalità prevenibile è evitabile tramite interventi di prevenzione primaria (stili di vita, alimentazione, ecc.) cioè prima dell'insorgenza di malattie o infortuni, per ridurre l'incidenza. La mortalità trattabile è evitabile tramite diagnosi tempestive e cure efficaci, cioè dopo l'insorgenza di malattie, per ridurre la mortalità.

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

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

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

Lo studio di sorveglianza PASSI rileva che il 18% delle persone fra 18 e 69 anni intervistate per la sorveglianza PASSI tra il 2022 e il 2023 ha riferito che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi. La stessa percentuale del 18% si rileva nello studio PASSI del biennio 2021-2022.

Le patologie croniche più frequentemente riferite fra i 18 e i 69 anni sono le malattie respiratorie croniche (6%), le malattie cardiovascolari e il diabete (5%) e i tumori (4%); le malattie croniche del fegato, l'insufficienza renale e l'ictus (1%) sono le meno frequenti. Percentuali che non si discostano tanto da quelle rilevate nel periodo 2021-2022.

Dal grafico che segue si può notare come la variabilità regionale della cronicità non descrive un chiaro gradiente geografico, perché si registrano prevalenze più elevate della media nazionale in alcune Regioni del Sud come in Sardegna (26%), ma anche del Nord come in Valle d'Aosta (23%) e nel Friuli Venezia Giulia (21%) e o del Centro, come nelle Marche (20%) e il Lazio (19%). Analogamente accade per la policronicità.

Una migliore comprensione della cronicità e della policronicità, nelle sue differenze geografiche, per genere ed età, andrebbe cercata nella lettura integrata di questi dati con i dati di mortalità, complessiva e prematura, per queste stesse cause, e con i dati che esprimono la capacità dei territori di fare prevenzione o prendersi

cura dei pazienti dopo una diagnosi di patologia cronica, come quelli desumibili dalle prestazioni ambulatoriali e dalla farmaceutica, o dalle schede di dimissione ospedaliera.

Indicatori - PASSI 2022-2023			
	Persone libere da patologie croniche *	Persone con almeno 1 patologia cronica *	Persone con 2 o più patologie croniche (comorbidità) *
Abruzzo	83.7	16.3	4.2
Basilicata	84.6	15.4	4.3
Calabria	81.6	18.5	6.2
Campania	82.6	17.5	3.8
Emilia Romagna	81.0	19.0	4.8
Friuli Venezia Giulia	78.8	21.2	4.2
Lazio	80.3	19.7	5.1
Liguria	81.2	18.8	4.2
Lombardia			
Marche	79.5	20.5	4.1
Molise	83.4	16.6	5.0
Piemonte	81.3	18.7	4.1
Provincia di Bolzano	81.5	18.5	2.8
Provincia di Trento	82.1	17.9	2.9
Puglia	87.3	12.7	2.4
Sardegna	74.0	26.1	6.1
Sicilia	81.8	18.2	4.5
Toscana	84.0	16.0	3.0
Umbria	83.8	16.3	3.0
Valle d'Aosta	76.9	23.1	6.7
Veneto	80.9	19.1	3.8
<b>Italia</b>	<b>81.8</b>	<b>18.2</b>	<b>4.2</b>

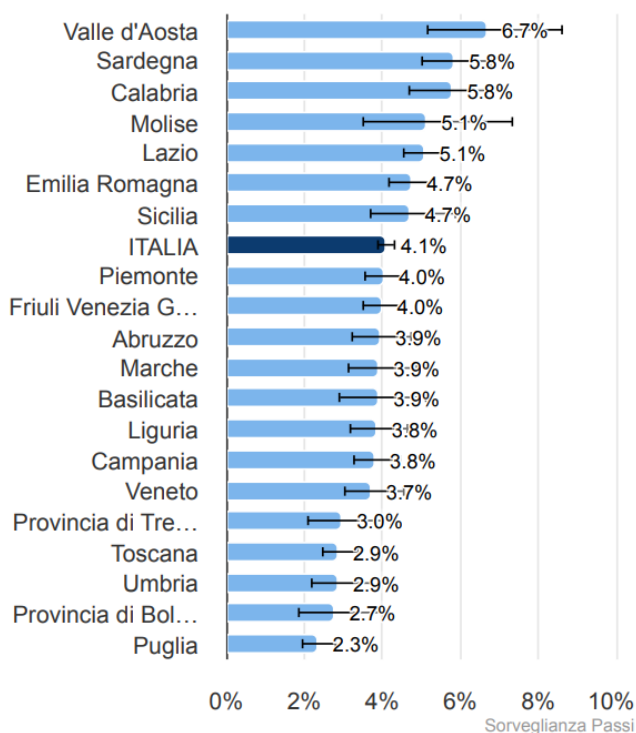
■ peggiore del valore nazionale
 ■ simile al valore nazionale
 ■ migliore del valore nazionale

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

**Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)  
per regione di residenza**  
Passi 2022-2023



**Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)  
per regione di residenza**  
Passi 2022-2023



Studio di Sorveglianza PASSI 2022-2023

L'invecchiamento della popolazione, l'alta prevalenza di alcune patologie come quelle cardiovascolari, tumorali o della malattia diabetica con le relative complicanze fanno prevedere per il prossimo futuro un aumento della domanda sanitaria.

E' pertanto indispensabile agire sul fronte della prevenzione primaria delle malattie, del governo e del riorientamento della domanda e della razionalizzazione dell'offerta di servizi in termini di appropriatezza. Si dovrà quindi qualificare la domanda in rapporto a bisogni reali e documentati da evidenza di efficacia e di sostenibilità sul piano economico, con importanti azioni di sensibilizzazione e promozione dell'appropriatezza prescrittiva, non solo per ciò che concerne l'uso dei farmaci, ma anche per limitare il ricorso, quando non opportunamente giustificato, alle prestazioni specialistiche soprattutto diagnostico-strumentali.



## C.2 Il territorio e la distribuzione delle strutture

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

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

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. Sono presenti tre Presidi Ospedalieri Pubblici (P.O. San Martino di Oristano, P.O. Mastino di Bosa e P.O. Delogu di Ghilarza) e una Casa di Cura Privata Accreditata (Casa di Cura Madonna delImedio di Oristano). Le diverse strutture operative sono aggregate in una organizzazione di tipo Dipartimentale.

I tre Distretti sono fortemente differenziati quanto a tipologia dell'offerta di servizi sanitari e a presenza di strutture sanitarie pubbliche a diretta gestione aziendale o private accreditate.

Le caratteristiche della struttura orografica e viaria rappresentano elemento di forte limitazione nella possibilità di fruizione da parte della popolazione residente dei servizi offerti; le strade principali sono infatti posizionate in senso longitudinale rispetto all'estensione della Provincia, su un asse che collega i due centri sanitari principali di Cagliari e Sassari che costituiscono, in modo rilevante, poli di attrazione anche per prestazioni a non elevato tasso di specializzazione. I percorsi viari trasversali sono poco sviluppati e spesso

tortuosi, non funzionali alle esigenze di rapido e comodo collegamento anche in rapporto alla relativa inadeguatezza dei servizi di trasporto pubblico.

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

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

		COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE
Distretto di Oristano			9 punti di guardia medica (+2 nel periodo estivo)	
			40 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2024)	
			3 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2024)	
	Oristano		1 Presidio Ospedaliero PO San Martino	1 Casa di Cura Madonna del Rimedio (attività di degenza e specialistica ambulatoriale)
			1 Centro di Salute Mentale	1 Centro polispecialistico
			1 Poliambulatorio	3 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
			1 Ambulatorio Igiene Pubblica	2 Laboratori analisi
			1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Studio di Radiologia
			1 Punto di soccorso avanzato 118	1 Studio di Cardiologia
			1 SER.D	1 Centro Diurno Integrato (Assistenza Psichiatrica semiresidenziale)
			1 Pres. Pneumotisiologico	
			1 Consultorio	
			1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
			1 Centro FKT	
			1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
			1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza	
			1 Hospice Residenziale e Ambulatoriale	
			1 Servizio di Farmacia territoriale	
			1 Centrale Operativa Territoriale	
			1 Centro Dialisi	
			1 Centro per i disturbi cognitivi e demenze Territorio	
	Samugheo		1 Poliambulatorio	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
			1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
			1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Cabras		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	Simaxis		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	Nurachi		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	Palmas Arborea		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Milis		1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Struttura Residenziale – Assistenza agli Anziani
	Tramatza		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
	Siamanna		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Santa Giusta			1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica

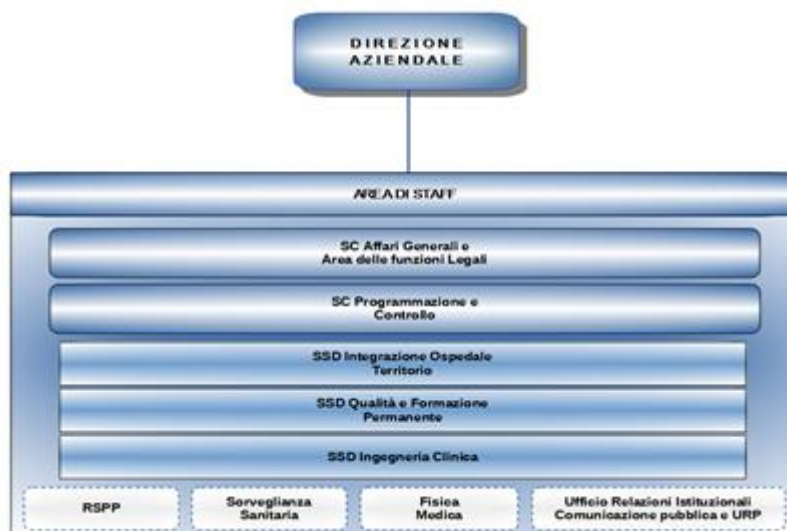
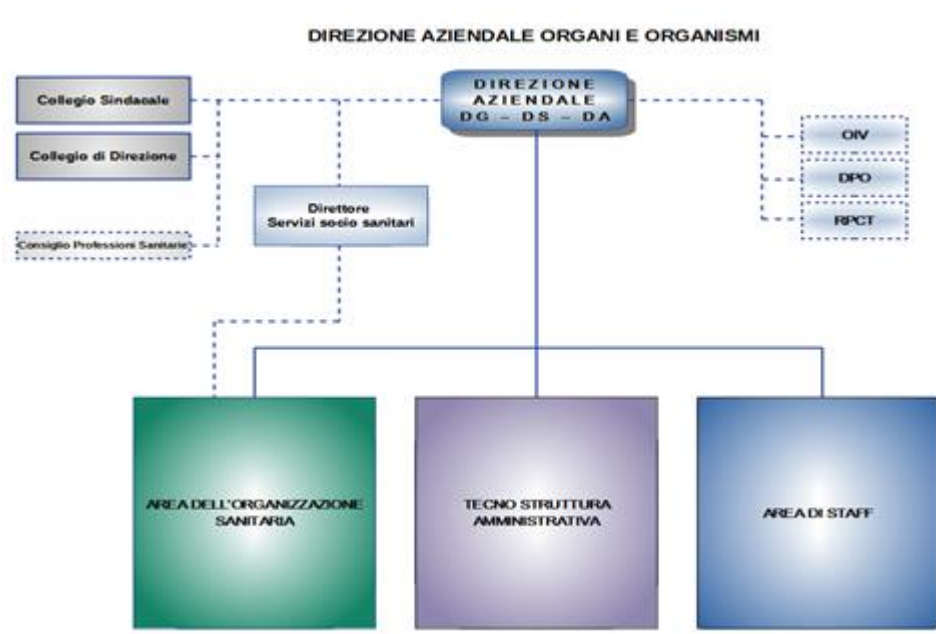
	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE
Distretto di Ales Terralba		10 Punti di Guardia Medica	
		20 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2024)	
		2 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2024)	
	Ales	1 Poliambulatorio	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
		1 Punto di soccorso avanzato 118	
		1 Centro di Salute Mentale	
		1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
		1 Consultorio	
		1 Servizio di Farmacia territoriale	
		1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza	
	Terralba	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	1 Centro FKT
		1 Poliambulatorio	1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
		1 Centro di Salute Mentale	1 Laboratori analisi
		1 Centro FKT	
		1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
		1 Consultorio	
		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
		1 Centro per i disturbi cognitivi e demenze Territorio	
	Mogoro	1 Poliambulatorio	
		1 Consultorio	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Morgongiori		1 Struttura Residenziale – Assistenza Tossicodipendenti/Alacoldipendenti
	Villa Sant'Antonio	1 Poliambulatorio	
		1 Consultorio	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Laconi	Casa della Salute	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Siris		1 Struttura Residenziale Alta Intensità - Assistenza Psichiatrica +NPIA
			1 Struttura Residenziale Media Intensità – Assistenza NPIA
	Arborea	1 Ufficio del Servizio Veterinario	

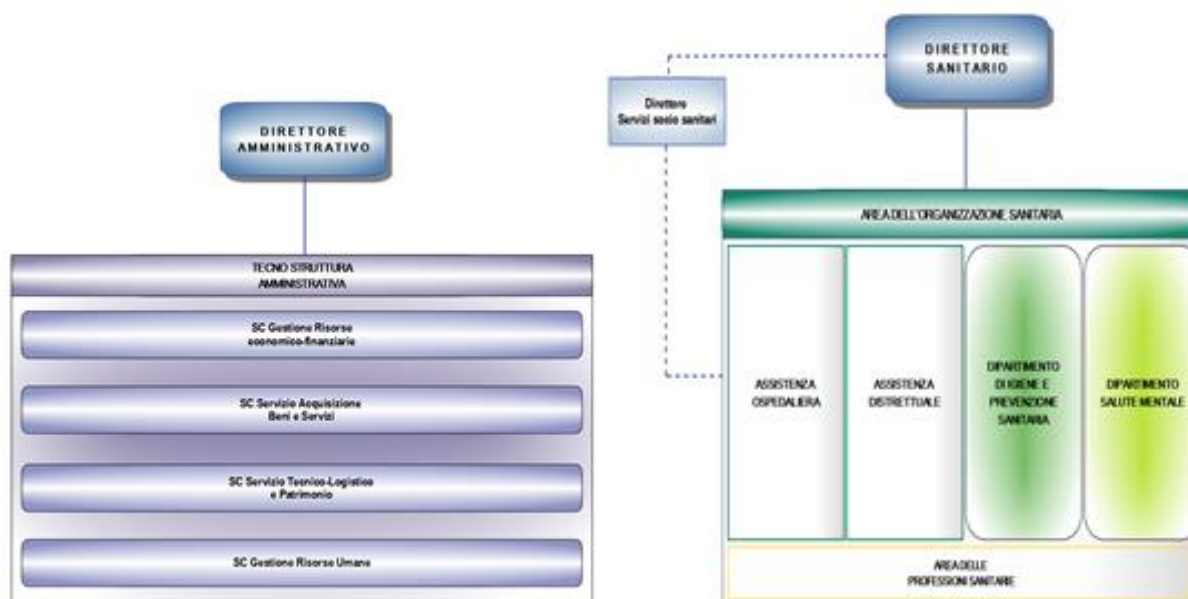
	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE
		8 Punti di Guardia Medica (+1 nel periodo estivo)	
		20 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2024)	
		5 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2024)	
Distretto di Ghilarza-Bosa	Ghilarza	1 Presidio Ospedaliero PO Delogu	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
		1 Poliambulatorio	1 Ambulatorio e Laboratorio – Attività Clinica + Assistenza NPIA
		1 Ospedale di Comunità Ghilarza	
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
		1 Centro FKT	
		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
		1 Centro di Salute Mentale	
		1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
		1 Consultorio	
		1 Servizio di Farmacia territoriale	
		1 1 Centrale Operativa Territoriale	
		1 Centro per i disturbi cognitivi e demenze Territorio	
		1 Centro Dialisi ad attività limitata	
	Cuglieri	1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
		1 Poliambulatorio	
		1 Centro FKT	
		1 Consultorio	
	Santu Lussurgiu	1 Poliambulatorio	
		1 Consultorio	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Busachi	1 Ufficio del Servizio Veterinario	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
		1 Poliambulatorio	
		1 Consultorio	
	Abbasanta		1 Laboratori analisi
			1 Struttura Semiresidenziale - Assistenza Psichiatrica
	Fordongianus		1 Centro Termale
	Suni		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
	Bonarcado	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Sedilo	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Paulilatino	1 Ufficio del Servizio Veterinario	
	Bosa	1 Presidio Ospedaliero PO Mastino	
		1 Poliambulatorio	
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
		1 Centro per i disturbi cognitivi e demenze Territorio	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
		1 Consultorio	
		1 1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
		1 Centro FKT	
		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
		1 Centro di Salute Mentale	
		1 Servizio di Farmacia territoriale	
		1 Centro Dialisi ad attività limitata	

Dati all'01.10.2024

## D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria

Di seguito è esemplificato l'organigramma della attuale ASL 5. Il modello è quello dipartimentale.





Di seguito il personale operante nella ASL di Oristano al 01.01.2025:

Tipo contratto	Anno 2025
<b>Ruolo Amministrativo</b>	<b>142</b>
Comparto	135
Dirigenza	7
<b>Ruolo Professionale</b>	<b>5</b>
Comparto	2
Dirigenza	3
<b>Ruolo Socio Sanitario</b>	<b>244</b>
Comparto	244
Dirigenza	0
<b>Ruolo Tecnico</b>	<b>91</b>
Comparto	90
Dirigenza	1
<b>Ruolo Sanitario</b>	<b>1.220</b>
Comparto	869
Dirigenza sanitaria non medica	50
Dirigenza medica	246
Dirigenza veterinaria	55
<b>Totale Comparto</b>	<b>1.340</b>
<b>Totale Dirigenza</b>	<b>362</b>
<b>Totale Complessivo</b>	<b>1.702</b>

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

Compatibilmente con la disponibilità nel mercato del lavoro di medici nelle diverse specialità e di personale sanitario del comparto si procederà nel triennio 2026-2028 con il reclutamento di diverse figure così come previsto nel Piano del Fabbisogno del Personale 2026-2028. Il medesimo problema si registra nel reclutamento di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e guardie mediche per i quali si rileva un'offerta insufficiente rispetto ai fabbisogni.

Le indizioni di concorsi e avvisi pubblici per l'assunzione di dirigenti medici a tempo indeterminato e determinato di questi ultimi anni si sono dimostrate insufficienti a ricoprire le carenze d'organico di tutte le aziende sanitarie della regione. Sono diversi i fattori che incidono sulle difficoltà di reclutamento di personale e tra queste si evidenziano, l'insufficiente numero di medici in possesso del titolo di formazione specialistica per via di una programmazione che si è dimostrata non adeguata rispetto alla domanda del servizio sanitario. Vi è stata poi un'elevata uscita dei medici in servizio sia per pensionamento ma anche per una maggiore attrattività del settore privato. Inoltre, il personale utilmente collocato nelle graduatorie di assunzione privilegiano la presa in servizio nei centri di Cagliari e Sassari.

Il Piano del Fabbisogno del personale, a cui si rimanda per una puntuale lettura, mira a coprire, compatibilmente con le risorse finanziarie a disposizione, i posti in dotazione organica necessari per offrire un servizio adeguato. Nel frattempo, e per arginare le criticità sopra rappresentate, la ASL di Oristano ha adottato e adotterà diversi strumenti per sopperire momentaneamente alla carenza del personale, medico e del comparto sanitario, anche mediante l'offerta di incentivi economici rivolti al personale che vorrà volontariamente dare il proprio contributo.

## Parte II - La Programmazione sanitaria triennale

### A. Indirizzi strategici aziendali

Tra gli obiettivi aziendali prioritari vi sono la prosecuzione delle azioni rivolte alla riorganizzazione delle attività territoriali anche a seguito della conclusione dei lavori finanziati dai fondi PNRR, lo sviluppo delle attività ospedaliere con l'offerta di nuove specialità attivate nell'ultimo triennio e il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi.

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

Il potenziamento dell'assistenza territoriale è da considerarsi prioritario e maggiormente impegnativo per la difficoltà nel far decollare i nuovi modelli organizzativi della medicina del territorio in un contesto in cui si tende a privilegiare l'assistenza in ospedale.

Gli obiettivi più impegnativi in ambito ospedaliero, portati avanti in questo ultimo triennio, hanno riguardato l'attivazione di nuove strutture e la nascita di nuovi reparti e ambulatori quali quelli di neurologia, oculistica, otorinolaringoiatria, dermatologia. Reparti e servizi, prima assenti, che permettono ai pazienti della provincia di Oristano di essere curati nel proprio territorio. La loro attivazione si è resa oltretutto necessaria per soddisfare i requisiti che un DEA di I livello, quale quello di Oristano, deve possedere.

Le proposte sono frutto della considerazione del contesto territoriale e delle risposte fornite dalla attuale organizzazione, che potrà subire modifiche anche sostanziali a seguito della completa attuazione della riorganizzazione prevista nella LR 8 del 2025 e della riformulazione degli atti aziendali.

In sintesi, i risultati che l'Azienda si prefigge si riferiscono ad una riqualificazione dell'offerta assistenziale unitamente al perseguimento di una migliore efficienza nella gestione delle risorse, garantendo la piena assicurazione dei LEA, un miglioramento continuo della qualità dei servizi e migliori standard assistenziali.

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

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



Il Dipartimento svolge la propria attività di promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro, della sicurezza alimentare e della sanità e benessere animale secondo piani pluriennali di intervento nazionali e regionali contenenti obiettivi e target di riferimento già definiti. Il Dipartimento di Prevenzione garantisce attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita, nell'ambito delle risorse umane disponibili, le seguenti funzioni: sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; salute animale e igiene urbana veterinaria; sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori; sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale; attività medico legali per finalità pubbliche

Le attività svolte sono sempre più intersettoriali e in raccordo con tutti i nodi della rete sociosanitaria per un utilizzo coordinato delle risorse interne ed esterne e un approccio secondo il quale la salute deve essere considerata come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente promuovendo l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ha svolto i propri compiti istituzionali programmando attività di promozione della salute e dei corretti stili di vita, sviluppando le attività di prevenzione delle malattie infettive e cronico degenerative, attraverso l'erogazione di diverse tipologie di prestazioni sanitarie. Nonostante l'attività abbia risentito di una profonda riorganizzazione secondaria alle carenze di risorse umane, il servizio è riuscito a soddisfare la richiesta di domanda di salute della popolazione. Tra i consueti compiti istituzionali del servizio, l'attività dell'ambulatorio vaccinale è da sempre uno strumento di primaria importanza per la prevenzione della diffusione delle malattie infettive. La vaccinazione infatti rimane uno degli interventi più efficaci e sicuri di sanità pubblica per la prevenzione delle malattie infettive, ed è strumento di promozione e conservazione della salute individuale e collettiva.

L'attività vaccinale garantita in modo capillare sul territorio garantisce alla popolazione, indipendentemente dal luogo di residenza, dal reddito e dalle condizioni socio-economiche e culturali, l'equità nell'accesso al servizio e, quindi, i pieni benefici in termini di protezione individuale e di prevenzione collettiva.

Inoltre, l'approccio diretto e bidirezionale con l'utente, offre la possibilità di ampliare le attività di counselling vaccinale e la promozione di stili di vita salutari. Si riportano di seguito i dati relativi all'attività vaccinale erogata nel triennio 2022-2024.

### Copertura vaccinale inerente le vaccinazioni pediatriche obbligatorie anni 2022-2023-2024

Numerosità della coorte 2020,2021,2022*	746		754		673	
(denominatore):	(coorte 2020)		(coorte 2021)		(coorte 2022)	
Vaccinazioni pediatriche obbligatorie	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2022	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2023	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2024	% netta** rispetto alla coorte
Polio <sup>(a)</sup>	697	93,43%	722	95,76%	651	96,73%
Difterite <sup>(a)</sup>	697	93,43%	722	95,76%	651	96,73%
Tetano <sup>(a)</sup>	697	93,43%	722	95,76%	651	96,73%
Pertosse <sup>(a)</sup>	697	93,43%	722	95,76%	651	96,73%
Epatite B <sup>(a)</sup>	697	93,43%	722	95,76%	650	96,58%
Haemophilus influenzae tipo b <sup>(b)</sup>	697	93,43%	722	95,76%	651	96,73%
Morbillo <sup>®</sup>	693	93,03%	720	95,49%	643	95,68%
Parotite <sup>(c)</sup>	693	93,03%	720	95,49%	643	95,68%
Rosolia <sup>(c)</sup>	693	93,03%	720	95,49%	643	95,68%
Varicella <sup>(c)</sup>	688	92,05%	715	95,09%	643	95,68%

Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna

\* Popolazione residente o domiciliata presso la provincia di Oristano \*\* In considerazione della quota di utenti esonerati dalla vaccinazione.

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi (b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età (c) 1ª dose entro 24 mesi

dato 2024 estratto al mese di gennaio 2025

L'obiettivo del Servizio è quello di contrastare il calo delle coperture vaccinali obbligatorie, per i minori di 16 anni, in particolare sulle dieci vaccinazioni incluse nel calendario vaccinale nazionale tra quelle raccomandate per questa fascia di età, al fine di raggiungere la soglia del 95% raccomandata dal **Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025 e dal Nuovo Sistema di Garanzia**; soglia che dal 2013 è in calo anche a livello nazionale. Nell'anno 2024 tale obiettivo è stato raggiunto e la tendenza per l'anno 2025 fa prevedere risultati positivi.

### Copertura vaccinale delle vaccinazioni fortemente raccomandate raggiunta negli anni 2022, 2023, 2024

Numerosità della coorte 2020,2021,2022*	746		754		673	
	(coorte 2020)		(coorte 2021)		(coorte 2022)	
Vaccinazioni pediatriche fortemente raccomandate	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2022	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2023	% netta** rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2024	% netta** rispetto alla coorte
Pneumococco coniugato <sup>(b)</sup>	678	90,89%	707	93,77%	631	93,76%
Rotavirus	591	79,89%	598	81,91%	520	83,58%
Meningococco tetravalente ACYW-135 coniugato	655	87,80%	686	90,98%	610	90,64%
Meningococco B	578	77,78%	688	91,25%	559	83,06%

Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna

\* Popolazione residente o domiciliata presso la provincia di Oristano \*\* In considerazione del numero di assistiti esonerati dalla vaccinazione. (a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi (b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età (c) 1ª dose entro 24 mesi

### Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano

Vaccinazione antinfluenzale	2024	2023	2022	2021	2020	2019
Coorte (anziani >=65 anni)	76.555	73.738	69.619	67.016	64.504	61.992
Numero Vaccinazioni antinfluenzali anziani >=65 anni	15.619	15.151	12.101	14.820	7.216	8.370
% rispetto alla coorte	20,4%	21%	17%	22%	11%	14%

Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna

Nel corso della campagna antinfluenzale 2023-2024 gli operatori sanitari del servizio, in collaborazione con i MMG, hanno lavorato con notevole impegno per garantire la vaccinazione antinfluenzale alla popolazione, in particolar modo alla fascia di età ultra 65enne e fragile e agli assistiti degli Istituti di Cura e Comunità integrate/alloggio del territorio. Purtroppo sembra lontana la percentuale di copertura del 75% raccomandata **(PNPV) 2023-2025 e dal Nuovo Sistema di Garanzia**. Si metteranno in campo strategie di sensibilizzazione della popolazione anziana in sinergia con i Distretti Socio Sanitari al fine di raggiungere al meglio questa fascia di popolazione.

Il Servizio si è inoltre dedicato nel tempo all'estensione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'HPV, il papilloma virus umano, per aumentare le coperture vaccinali contro tale agente infettivo che può causare l'insorgenza di tumori. Lo standard raccomandato dal PNPV del 95%, molto vicino negli anni 2009-2013, sono notevolmente calati nel periodo pandemico ma mostrano ora una tendenza in incremento. Per implementare ulteriormente l'offerta vaccinale nel 2023 è stato steso il *“Programma di recupero (catch up)”*

delle vaccinazioni contro il papilloma virus umano (HPV)", e a partire dal 2024, è stata attivata una campagna di sensibilizzazione a favore della vaccinazione anti-HPV e la programmazione di sedute vaccinali specifiche.

#### Copertura vaccinale anti - HPV nelle femmine e nei maschi

##### Vaccinazione anti-HPV Femmine

Coorte dell'anno	2012	2011	2010	2009	2008	2007		2001	2000	1999	1998	1997
<b>Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV = solo Femmine)</b>	<b>476</b>	<b>531</b>	611	534	571	591		652	645	647	633	662
<b>Annualità Vaccino</b>	<b>2024</b>	<b>2023</b>	<b>2022</b>	<b>2021</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>		<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>
HPV (prima dose)	305	<b>364</b>	390	338	487	476		552	540	571	545	594
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica, al 31/12/2024)	242	<b>268</b>	275	215	316	385		534	508	529	514	557
<b>% rispetto alla coorte (bambine)</b>	<b>50,84</b>	<b>50,50%</b>	<b>45%</b>	<b>40%</b>	<b>55%</b>	<b>65%</b>		<b>82%</b>	<b>79%</b>	<b>82%</b>	<b>81%</b>	<b>84%</b>

##### Vaccinazione anti-HPV Maschi

Coorte dell'anno	2012	2011	2010	2009	2008	2007		2001	2000	1999	1998	1997
<b>Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV = solo Maschi)</b>	<b>516</b>	<b>589</b>	604	632	644	567		630	660	685	679	506
<b>Annualità Vaccino</b>	<b>2024</b>	<b>2023</b>	<b>2022</b>	<b>2021</b>	<b>2020</b>	<b>2019</b>		<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>
HPV (prima dose)	307	<b>353</b>	338	337	424	353		3	3	3	1	2
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica, al 31/12/2024)	248	<b>259</b>	223	227	289	271		3	3	3	0	1
<b>% rispetto alla coorte (bambini)</b>	<b>48%</b>	<b>44%</b>	<b>37%</b>	<b>36%</b>	<b>45%</b>	<b>48%</b>		<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

I programmi organizzati di Screening Oncologico sono interventi complessi di sanità pubblica, rivolti a gruppi di popolazione che non mostrano sintomi specifici di malattia ma che, per età o per altre condizioni, presentano un aumentato rischio; a tali categorie di popolazione è offerto attivamente un percorso sanitario finalizzato all'individuazione precoce dei tumori, quando questi sono più facilmente curabili.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, approvato con l'intesa stato regioni (rep. Atti n 127/csr del 6 agosto 2020) ricomprende tra gli obiettivi strategici da perseguire, il miglioramento dei livelli di copertura dei programmi di screening dei tumori della mammella, della cervice uterina, e del colon retto e la riduzione del forte gradiente nord - sud che genera disuguaglianze territoriali in termini di opportunità di accesso alla diagnosi precoce, di carico di malattia e mortalità legata a questi tumori.

Il PRP 2020-2025, adottato con Deliberazione della Giunta Regionale n 50/46 del 28.12.2021, declina gli obiettivi strategici del Piano Nazionale di Prevenzione per l'area della prevenzione oncologica nel

Programma Libero PL 13 denominato “Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico”, il quale persegue i seguenti obiettivi generali:

- Migliorare i livelli di copertura della popolazione target per ciascun screening;
- Sostenere il miglioramento della qualità nella erogazione dei percorsi di screening;
- Promuovere l'aumento delle competenze tra gli operatori del sistema;
- Favorire l'accesso a questi percorsi dei gruppi di popolazione vulnerabili;

Questa importante attività che prosegue con grande difficoltà ma con ottimi risultati ha raggiunto i seguenti tassi di copertura (test di screening eseguiti rispetto agli inviti spediti), superando il target regionale imposto nel triennio in esame:

#### *Gli Screening Oncologici di primo livello*

Periodo	popolazione target	Inviti	% estensione (inviti sul target)	aderenti agli inviti	% adesioni	% copertura	% copertura (obiettivo annuo RAS)
Screening					(presenze sugli inviti)	(presenze sul target)	
Mammogr. anno 2022	12.502	9.366	74,92%	4.186	44,69%	33,48%	25%
Mammogr. anno 2023	12.579	14.440	114,79%	6.102	42,26%	48,51%	30%
Mammogr. anno 2024	12.605	12.684	100,63%	6.483	51,11%	51,43%	35%
Colon Retto anno 2022	24.602	17.849	72,55%	6.895	38,63%	28,03%	15%
Colon Retto anno 2023	24.721	27.130	109,74%	11.233	41,40%	45,44%	15%
Colon Retto anno 2024	24.876	25.329	101,82%	10.793	42,61%	43,39%	25%
Cervice Uter. anno 2022	13.911	11.705	84,14%	4.993	42,66%	35,89%	30%
Cervice Uter. anno 2023	13.701	14.926	108,94%	6.734	45,12%	49,15%	35%
Cervice Uter. anno 2024	13.549	13.828	102,06%	5.373	38,86%	39,66%	38%

Fonte dati: Centro Screening Aziendale

La realizzazione di interventi efficaci di prevenzione dei tumori offerti alla popolazione saranno in grado di incidere sulle disuguaglianze di salute quanto più elevato sarà il tasso di copertura degli screening, pertanto rimane l'impegno di raggiungere il traguardo previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (60% di copertura per lo screening mammografico e 50% di copertura per lo screening della cervice uterina e del colon retto).

Gli interventi per tale ambito sono quelli ricompresi nel Piano oncologico nazionale 2023-2027, in cui si raccomanda di utilizzare un approccio globale e intersettoriale, con una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico, compreso il miglioramento delle cure e la prevenzione delle recidive. Grande attenzione è posta agli interventi per migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni diagnostico terapeutiche che devono avvenire in maniera puntuale, appropriata e trasparente, riducendo i tempi di attesa e, soprattutto, garantendo equità nell'accesso alle cure oncologiche a tutti i cittadini.

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

<b>Attività</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>tempi di attesa anno 2022</b>	<b>2023</b>	<b>tempi di attesa anno 2023</b>	<b>2024</b>	<b>Tempi di attesa anno 2024</b>
Utenti beneficiari vitalizio Legge 210/92	5	5	5	5	0	6	0	7	0
Patenti Co.Me.Lo.	2.380	1.714	1.669	1.981	0	1.910	0	1.828	0
Certificazioni per rilascio/rinnovo patenti auto e nautiche*	5.984	10	1.044	1.233	30 giorni	147	30 giorni	1.720	0
Certificazioni necroscopiche (Servizio medicina legale)	680	66	195	187	0	70	0	20	0
Visite collegiali	12	4	2	4	30 giorni	4	0	6	0
Visite di idoneità rilascio/rinnovo porto d'armi/ detenzione armi*	1.067	18	112	212	30 giorni	57	30 giorni	749	0
Visite per l'accertamento dello stato di invalidità, Legge104/92 etc.	7.625	2.173	3.978	5.724	16 mesi	3.751	12 mesi	8.804	9 mesi
Altre certificazioni (certif. Elettorali, adozioni, deambulaz. ridotta)	420		97	83	30 giorni	31	30 giorni	12	0
Accertamenti Medico Legali richiesti dal giudice di sorveglianza o dal tribunale	-	1	3	9	0	8	0	5	0

\* Attività trasferita al Servizio Igiene Pubblica dal 2023. il Servizio Medicina Legale si occupa dal 2023 del rilascio di patenti speciali

Fonte: Servizio Medicina Legale

Tra le criticità più importanti che si è dovuto affrontare a livello regionale si rammentano gli elevati tempi di attesa per l'accertamento dello stato di invalidità che durante il periodo Covid ha raggiunto i 16 mesi di attesi. Si è lavorato per recuperare progressivamente le pratiche non ancora evase e conseguentemente a ridurre i ritardi accumulati registrando una graduale riduzione dei tempi di attesa che nell'anno 2024 si sono ridotti ulteriormente fino ad arrivare ad una media di 9 mesi.

Alla data del 30 giugno 2025 il tempo medio di attesa è di circa 4 mesi, tranne che per le sedute riguardanti i minori (tempo di attesa 1 mese) e i malati oncologici (tempo di attesa 15 gg).

Il Dipartimento di Prevenzione opera secondo la logica della "One health" (una sola salute) che prevede un approccio integrato per la tutela della salute degli animali e degli esseri umani tenuto conto, oltretutto, del nesso tra ambiente e salute.

La prevenzione e il controllo delle malattie animali trasmissibili, in particolare delle zoonosi (malattie trasmissibili tra gli animali e l'uomo) e la sicurezza alimentare costituiscono il terreno di incontro tra la sanità pubblica veterinaria, la medicina umana, l'ambiente e l'agricoltura.

La salute, l'ambiente e lo sviluppo sociale ed economico sono elementi fortemente correlati ed inscindibili. Infatti lo sviluppo di attività produttive di qualità e la valorizzazione delle tipicità del territorio costituiscono ricchezza ed opportunità per sviluppare l'economia delle imprese (agricole, alimentari, di servizi). La "Qualità" però non può prescindere dai fondamentali livelli di garanzie di sicurezza del prodotto, del processo di lavorazione e dei luoghi di lavoro: in tal senso la professionalità degli operatori del dipartimento di prevenzione della nostra Azienda può favorire e supportare questo miglioramento che si traduce infine in azioni specifiche a salvaguardia dell'ambiente e della salute del cittadino.

Pertanto l'azione del Dipartimento di Prevenzione e dei suoi operatori è orientata non solo dall'esecuzione di attività ispettive e di controllo ma piuttosto allo sviluppo di percorsi di informazione, formazione, e sensibilizzazione ai concetti di sicurezza e qualità rivolti agli operatori economici del territorio.

Il territorio di riferimento per la Sanità Animale comprende 88 Comuni corrispondenti a quelli della Provincia di Oristano (87 Comuni) più un Comune appartenente alla Provincia del Sud Sardegna (Genoni). La superficie territoriale complessiva è pari a 3.034,24 Kmq. Nel territorio di riferimento della ASL risultano essere presenti **4.272 stabilimenti zootecnici** con all'interno di essi **7.466 attività** esercitate da **4.804 operatori** responsabili di animali.

Del vastissimo patrimonio zootecnico del territorio il più significativo è rappresentato dal settore degli allevamenti di ovini e caprini e dal settore degli allevamenti bovini ([https://www.vetinfo.it/j6\\_statistiche/#/](https://www.vetinfo.it/j6_statistiche/#/) - Dati al 30/06/2025)

IMPRESE DEL SETTORE OVINO E CAPRINO SOGGETTE A "CONTROLLI UFFICIALI" ED "ALTRE ATTIVITÀ UFFICIALI"		
Numero di stabilimenti (aziende)	Numero attività (allevamenti)	Numero operatori
1.843	2.191	2.010

IMPRESE DEL SETTORE BOVINO SOGGETTE A "CONTROLLI UFFICIALI" ED "ALTRE ATTIVITÀ UFFICIALI"		
Numero di stabilimenti (aziende)	Numero attività (allevamenti)	Numero operatori
1.146	1.225	1.199

IMPRESE DEL SETTORE SUINICOLO SOGGETTE A "CONTROLLI UFFICIALI" ED "ALTRE ATTIVITÀ UFFICIALI"		
Numero di stabilimenti (aziende)	Numero attività (allevamenti)	Numero operatori
1.691	1.794	1.785

IMPRESE DEL SETTORE EQUINO SOGGETTE A "CONTROLLI UFFICIALI" ED "ALTRE ATTIVITÀ UFFICIALI"		
Numero di stabilimenti (aziende)	Numero attività (allevamenti)	Numero operatori
1.324	1.503	1.375

<b>IMPRESE DEL SETTORE MOLLUSCHI, CROSTACEI E PESCI</b> SOGGETTE A “CONTROLLI UFFICIALI” ED “ALTRE ATTIVITÀ UFFICIALI”		
Numero di stabilimenti (aziende)	Numero attività (allevamenti)	Numero operatori
13	15	8

<b>IMPRESE DEL SETTORE APICOLTURA</b> SOGGETTE A “CONTROLLI UFFICIALI” ED “ALTRE ATTIVITÀ UFFICIALI”		
Numero di stabilimenti (aziende)	Numero attività (allevamenti)	Numero operatori
267	633	267

<b>IMPRESE DEL SETTORE AVICOLI</b> SOGGETTE A “CONTROLLI UFFICIALI” ED “ALTRE ATTIVITÀ UFFICIALI”		
Numero di stabilimenti (aziende)	Numero attività (allevamenti)	Numero operatori
79	81	77

<b>IMPRESE NEI SETTORI DI ALTRE SPECIE ANIMALI</b> SOGGETTE A “CONTROLLI UFFICIALI” ED “ALTRE ATTIVITÀ UFFICIALI”		
Numero di stabilimenti (aziende)	Numero attività (allevamenti)	Numero operatori
24	24	24

<b>Ispezioni e Verifiche</b>	2019	2022	Attività programmata 2022	2023	Attività programmata 2023	2024	Attività programmata 2024
Fonte dati: Dipartimento Prevenzione ASL5							
<b>Alimenti e Nutrizione</b>							
Alimenti (come definito dall'art 2 Reg. CE 178/2022)	696	312	250	252	250	247	258
Acque di destinazione al consumo umano	14	0	0	2	2	5	2
Prodotti fitosanitari	27	29	26	30	26	36	26
<b>Sanità Animale</b>							
Piani risanamento malattie animali	7.139	10.816	10.816	12.178	12.178	11.471	10.000
Controllo malattie infettive animali	21	27	27	137	137	833	780
Anagrafe ed identificazione animale	1.612	294	294	261	261	271	184
Urgenze ed emergenze	70	90	90	200	150	220	180



<b>Ispezioni e Verifiche</b>	2019	2022	Attività programmata 2022	2023	Attività programmata 2023	2024	Attività programmata 2024
Fonte dati: Dipartimento Prevenzione ASL5							
Allev. Prod. Zootecniche							
Latte	173	80	100	80	100	90	100
Farmaci	135	74	100	70	120	98	90
Alimentazione animale	16	5	10	10	10	30	18
Benessere animale	63	113	100	120	130	325	188
Stabilimenti trasf. Latte (caseifici) con non conf.	11	0	0	0	0	0	0
Certificazioni con ispezione per export formaggi	679	404	500	350	350	345	300
Alimenti di Origine Animale							
Stabilimenti e attività commerciali	406	2.480	2.507	2.590	2.735	2.746	2.831
Controllo carni macellate (capi diverse specie)	835.093	986.851	893.405	1.004.558	986.851	983.777	1.004.558
Agriturismo	110	108	113	49	88	43	88

Campionamenti e Controlli	2019	2022	Attività program. 2022	2023	Attività program. 2023	2024	Attività program. 2024
Alimenti e Nutrizione							
Alimenti (come definito dall'art 2 Reg. CE 178/2022)	230	285	209	156	156	173	156
Acque destinate al consumo umano*	875	460	400	416	400	600	400
Sanità Animale							
Test Tubercolosi	60	15.981	15.981	9.719	9.719	10.482	8.500
Campioni sanitari per accertamento malattie animali	50.313	53.268	53.268	31.108	31.108	24.131	20.000
Vaccinazioni per malattie animali	51.418	236.984	236.984	49.972	49.972	194.297	186.578
Allev. Prod. Zootecniche							
Latte e formaggi	120	53	50	54	54	50	40
Ricerca residui prodotti lattiero caseari	126	28	28	20	20	30	30
Alimentazione animale	152	66	66	80	100	80	100
Alimenti di Origine Animale							
Controllo malattie al macello	1.768	3.778	755	1.215	1.301	2.186	1.301
Alimenti di origine animale	114	82	82	52	52	36	32
Ricerca residui alimenti di origine animale	90	31	31	61	61	37	37

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

Sia per le Ispezioni e Verifiche che per i Campionamenti i volumi sono richiesti dalla programmazione regionale; le ulteriori attività sono svolte solo a seguito dell'attivazione di sistemi di allerta o legate a esigenze epidemiologiche e eventi straordinari.

	2022	2023	2024
Indagini per infortuni sul lavoro	7	16	10
Indagini per malattie professionali	0	2	0
Lavoratori controllati	64	69	48
<b>Interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria con piani mirati</b>			
Aziende interessate	890	328	292
Aziende con interventi di vigilanza	1.161	1051	1025
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di malattie infettive)	63	0	1

Fonte dati: NSIS Mod FLS18 Quadro F

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

Il Dipartimento di Prevenzione nell'anno 2026 sarà interessato da profonde novità di tipo organizzativo dettate dall'art 12 della LR n. 8/2025, di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del sistema sanitario regionale, il quale prevede l'istituzione del Dipartimento regionale di prevenzione (DRP), composto dai dipartimenti di prevenzione delle aziende socio-sanitarie locali e diretto dal direttore del Centro regionale per la prevenzione e la promozione della salute CRPPS, quest'ultimo con funzioni di supporto tecnico-scientifico della Regione e del sistema sanitario regionale in materia di sorveglianza della diffusione delle malattie e di governo del sistema di controllo delle stesse, di valutazione epidemiologica e di coordinamento nella realizzazione dei programmi di promozione della salute.

Contestualmente porterà avanti la propria attività con i seguenti progetti.

Il Centro Screening nel prossimo il triennio si propone di raggiungere i seguenti risultati:

SCREENING	Pop. target annua	Inviti n°	Estensione %	Presenze n°	Adesione %	Copertura %
<b>MAMMO</b>	12.610	12.610	100%	7.560	60	<b>60</b>
<b>CITO</b>	13.717	13.717	100%	6.800	50	<b>50</b>
<b>COLON</b>	24.899	24.899	100%	9.960/1.2450	40-50	<b>40-50</b>

**Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica** ha dovuto affrontare in questo anno 2015 una emergenza sanitaria legata al virus della Febbre del Nilo. Come è noto i casi di West Nile sono in continuo aumento e per questo è stato necessario prevedere di potenziare gli interventi efficaci per il controllo delle zanzare, sensibilizzare la popolazione all'adozione di comportamenti responsabili per ridurre il rischio di contrarre il virus della Febbre del Nilo e integrare le azioni efficaci che hanno beneficio su salute umana, animale e ambientale. Infatti, le azioni fin'ora messe in atto dalla ASL, tra cui la comunicazione alla cittadinanza in senso preventivo e protettivo, la individuazione dei focolai in uccelli ed insetti e le indagini epidemiologiche a seguito della diagnosi di casi umani, non sono bastate ad evitare l'incremento delle infezioni. Ad oggi in provincia di Oristano sono 39 i casi sintomatici di West Nile virus accertati nel 2015, mentre sono quattro le vittime.

E' stato quindi costituito di recente un tavolo tecnico sulla West Nile, costruito secondo l'approccio "one health" con i rappresentanti delle istituzioni quali Regione Sardegna, rappresentante dell'ANCI Sardegna, Provincia di Oristano, ASL, Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna e Dipartimento ARPAS di Oristano, dove sono state messe in campo le soluzioni non per azzerare, ma per ridurre i rischi legati al virus della West Nile. Per questo come ASL porteremo avanti un lavoro non solo con gli altri Enti, ma anche con i cittadini, per accrescere la consapevolezza e l'informazione rispetto a questa malattia ed a come proteggersi. In particolare, dal tavolo tecnico sono stati definiti tre punti fondamentali che riguardano: 1) il potenziamento degli interventi per il controllo delle zanzare, 2) la sempre maggiore sensibilizzazione della popolazione all'adozione di comportamenti responsabili per ridurre il rischio di contrarre il virus della febbre del Nilo, 3) la posta in atto di azioni maggiormente incisive da parte dei sindaci sulle comunità 4) la valutazione dell'impatto della prossimità delle risaie alle aree urbane e delle misure di controllo da adottare 5) l'integrazione stabile e strutturata nel tempo di azioni efficaci a beneficio della salute umana, animale e ambientale nell'ottica "one health" tra tutte le istituzioni coinvolte.

**Il Servizio di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPreSAL)**, assicurerà il raggiungimento degli obiettivi previsti dai PPRP (Piani Regionali di Prevenzione) che, per le annualità 2026-2028, si suppone vengano riproposte, a livello di Comitato Tecnico Regionale, con lo stesso numero di ispezioni delle annualità 2024 e 2025 e riportate nelle tabelle seguenti, con una variazione dei comparti da sottoporre a vigilanza, derivante dall'analisi dei dati INAIL relativi agli infortuni e alle malattie professionali registrati negli anni precedenti, a livello di singola ASL.

*Tabella riepilogo numero aziende da controllare nell'ambito delle attività di vigilanza coordinata, integrata e congiunta pianificate per il 2024 per settore e per ente*

S.Pre.S.A.L. ASL Oristano	Numero Aziende da ispezionare anno 2024
Edilizia	130
Agricoltura di cui 2 ispezioni integrate SPreSAL + ITL (+ eventuali altri Enti) in aziende agricole con presenza di attività di lavoro subordinato	40
Comparto portuale, marittimo e della pesca	6
Attività manifatturiere	50
Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di autoveicoli e motocicli	14
Trasporto e magazzinaggio	30
Alloggio e ristorazione	13
Sanità e assistenza sociale	10
<b>TOTALE (previste ed espletate)</b>	<b>287</b>

*Tabella riepilogo numero aziende da ispezionare nell'ambito delle attività di vigilanza coordinata, integrata e congiunta pianificate per il 2025 per ente*

S.Pre.S.A.L. ASL Oristano	Numero Aziende da ispezionare anno 2025
Edilizia	130
Agricoltura di cui 2 ispezioni integrate SPreSAL + ITL (+ eventuali altri Enti) in aziende agricole con presenza di attività di lavoro subordinato	40
Comparto portuale, marittimo e della pesca	6
Attività manifatturiere	50
Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione dei rifiuti e risanamento	1
Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di autoveicoli e motocicli	10
Trasporto e magazzinaggio	30
Alloggio e ristorazione	5
Sanità e assistenza sociale	2
Luoghi di lavoro di cui all'art.16 del D.Lgs. 101/2020 e s.m.i. da ispezionare per il PMP rischio radon	15
<b>TOTALE (previste ed espletate)</b>	<b>289</b>

Lo S.Pre.S.A.L. assicurerà altresì l'espletamento per il quinquennio 2026-2030 (in fase di progettazione regionale) dei Piani Mirati di Prevenzione che, per il quinquennio precedente, prevedevano a carico degli S.Pre.S.A.L. le seguenti misure: PP06-07-08: Piani Mirati di Prevenzione (PMP) nei comparti: Amianto, Pesca, edilizia, agricoltura e Piani Mirati di Prevenzione (PMP) - rischio cancerogeno per esposizione professionale a polveri di legno duro, rischio delle Patologie dell'Apparato Muscolo-Scheletrico, rischio Stress Lavoro Correlato (SLC) nel comparto sanità, meglio descritti nel capitolo dedicato.

Il Servizio assicurerà anche, come da compito d'istituto (per i quali non è possibile preventivarne il numero annuo):

- l'espletamento delle attività d'indagine, d'iniziativa o delegate dall'Autorità Giudiziaria, relative alla individuazione delle cause e della dinamica degli infortuni sul lavoro o delle malattie professionali e provvederà altresì all'implementazione delle relative banche dati INFOR.MO e MAL.PROF.
- L'esame dei Piani di Lavoro Amianto e le relative ispezioni nel rispetto del numero delle percentuali previste.
- L'esame delle pratiche SUAPE di attività industriali nelle quali è prevista la presenza di più di tre addetti.
- L'espletamento delle verifiche periodiche di attrezzature di sollevamento, apparecchi a pressione e impianti elettrici ai sensi del D.Lgs.81/08 e leggi correlate.

Lo S.Pre.S.A.L. assicurerà altresì l'espletamento per il quinquennio 2026-2030 un progetto di prevenzione "La Sicurezza inizia dalle basi" rivolto agli studenti delle scuole secondarie di primo grado e di secondo grado, mirato ad accrescere la capacità di agire per la propria salute attraverso un'attività formativa sui concetti di sicurezza generali (rischio, pericolo, incidenti, Infortuni, ecc) e specifici (formazione specifica adattata in base all'indirizzo dell'istituto), anche attraverso l'utilizzo di uno strumento educativo "Giochiamo a 81" che ha lo scopo di migliorare la conoscenza, modificare i comportamenti e coltivare la cultura della sicurezza nelle scuole.

Tutte le aree di intervento e i processi del **Servizio Sanità Animale**, compresi quelli previsti per la programmazione attuativa anni 2026-2028, sono riconducibili ai "Livelli Essenziali di Assistenza" dell'"Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro" di cui al DPCM 12 gennaio 2017 e successive modifiche, al dettagliato quadro giuridico dell'UE (tra cui il reg. UE 2016/429 e reg. UE 2017/625), nazionale (tra cui il D.lgs 27/2021) e regionale in materia di sicurezza alimentare e salute animale nonché ad atti di programmazione di diverso livello istituzionale tra i quali, in particolare, il Piano Nazionale Integrato di controllo pluriennale (PNI) e il correlato "Piano Regionale Integrato dei Controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare" (PRIC).

In particolare, si sottolineano le attività facenti capo ai seguenti piani attuativi dettati dalle sopra citate fonti normative e atti di programmazione: 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), Arbovirus (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.

Le attività programmate per le annualità 2026/2027 saranno incentrate, al pari del precedente biennio, sulla prevenzione e controllo delle malattie animali trasmissibili (piani di eradicazione e di sorveglianza delle cosiddette "malattie elencate") e sui "controlli ufficiali" ed "altre attività ufficiali" per garantire l'applicazione

delle norme sulla salute degli animali con particolare riferimento al sistema di identificazione e registrazione degli operatori, degli stabilimenti e degli animali (controlli I&R), al controllo delle movimentazioni animali, agli accertamenti e alle certificazioni sanitarie, alla gestione dei sistemi di risposta alle emergenze sanitarie veterinarie, alle attività di informazione e di comunicazione ai cittadini sulle tematiche di sanità pubblica veterinaria

Il **Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale (S.I.A.O.A )** prosegue l'attuazione delle attività programmate negli anni passati, volta a dare applicazione alle "Procedure per la programmazione del Controllo Ufficiale" in riscontro ai compiti di pianificazione, programmazione ed esecuzione dei C.U. esplicitati nel Piano di controllo regionale pluriennale (PCRP) 2025-2027 approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 9/19 DEL 12.02.2025 relativo ai controlli ufficiali, e alle altre attività ufficiali come strumento di recepimento e di attuazione delle politiche dell'Unione europea, nazionali e regionali in materia di programmazione, realizzazione, rendicontazione e valutazione sia delle attività di controllo ufficiale, ma anche di altre attività ufficiali in materia di sicurezza alimentare.

Dall'anagrafe informatizzata del Servizio, nel territorio della ASL di Oristano risultano essere presenti le seguenti realtà produttive così ripartite:

<b>CODICE MASTER LIST</b>	<b>ATTIVITA' PRODUTTIVE</b>	<b>NUMERO</b>
MS.B00.100	0 Deposito frigorifero autonomo - CS	<b>14</b>
MS.B00.200	0 Impianto autonomo di riconfezionamento - RW	<b>4</b>
MS.B10.100	I Carni di ungulati domestici: Macelli - SH	<b>4</b>
MS.B10.200	I Carni di ungulati domestici: Laboratorio di sezionamento - CP	<b>3</b>
MS.B20.100	II Carni di pollame e di lagomorfi: Macello - SH	<b>4</b>
MS.B20.200	II Carni di pollame e di lagomorfi: Laboratorio di sezionamento - CP	<b>5</b>
MS.B30.100	III Carni di selvaggina allevata: Macello - SH	<b>0</b>
MS.B50.100	V Carni macinate, preparazioni di carni e carni separate meccanicamente: Carni macinate - MM	<b>4</b>
MS.B50.200	V Carni macinate, preparazioni di carni e carni separate mec.: Preparazioni di carni - MP	<b>6</b>
MS.B60.100	VI Prodotti a base di carne: Impianto di lavorazione – PP (Salumifici)	<b>3</b>
MS.B70.100	VII Molluschi bivalvi vivi: Centro di depurazione - PC	<b>2</b>
MS.B70.200	VII Molluschi bivalvi vivi: Centro di spedizione – DC (compresi echinodermi)	<b>7</b>
MS.B80.200	VIII Prodotti della Pesca: Nave Deposito Frigorifero - ZV	<b>1</b>
MS.B80.300	VII Prodotti della pesca: Impianti prodotti della pesca freschi - FFPP	<b>14</b>
MS.B80.500	VII Prodotti della pesca: Impianto di trasformazione - PP	<b>11</b>
MS.BA0.100	X Uova ed Ovoprodotti: Centro di imballaggio - EPC	<b>4</b>
MS.000.400	Vendita diretta di miele da parte di produttore agricolo	<b>9</b>
MS.040.500	Prodotti dell'apiario - Raccolta e lavorazione	<b>32</b>
MS.040.300	Lavorazione e trasformazione di carne, prodotti a base di carne e preparazioni di carne in impianti non riconosciuti funzionalmente annessi a esercizio di vendita, contigui o meno ad essi	<b>202</b>
MS.040.400	Lavorazione e trasformazione di prodotti della pesca in impianti non riconosciuti funzionalmente annessi a esercizio di vendita, contigui o meno ad essi	<b>70</b>
MS.060.300	Autonegozi	<b>35</b>
MS.090.100	Trasporti carni/ pesci	<b>63</b>
MS.050.200	Agriturismo	<b>88</b>

<b>CODICE MASTER LIST</b>	<b>ATTIVITA' PRODUTTIVE</b>	<b>NUMERO</b>
MS.000.200	Imbarcazioni	<b>260</b>
	Punti di Sbarco	<b>15</b>
<b>TOTALE:</b>		<b>860</b>

I controlli sulle realtà produttive vengono effettuati avendo cura di porre in atto gli indirizzi del documento regionale e di raccogliere indicazioni utili al suo miglioramento.

Il documento Regionale, prende in considerazione l'attività di controllo ufficiale presso le imprese Registrate e Riconosciute che intervengono nella catena di produzione e distribuzione di alimenti. Per gli impianti Riconosciuti si prevede la definizione di uno specifico livello di controllo per ogni attività riconosciuta (Unità Aziendale) basata, in termine di frequenza e di metodiche del controllo ufficiale da attuare, sostanzialmente sulla Categorizzazione del Profilo di Rischio attribuita nel corso dei C.U. dell'anno precedente.

Già da alcuni anni presso il S.I.A.O.A./ASL ORISTANO viene effettuata la registrazione delle attività di controllo ufficiale sul Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISARVET).

È quindi possibile applicare i criteri per la modulazione del livello di Controllo Ufficiale riportati nel documento Regionale di Categorizzazione del Profilo di Rischio delle strutture produttive e, in particolare, la riduzione della frequenza dei controlli ufficiali presso gli impianti che negli ultimi due anni hanno evidenziato un ridotto livello di non conformità. In questo modo, il piano di lavoro del Servizio si incentrerà soprattutto sugli impianti classificati con profilo di rischio "medio od alto", con l'intensificazione dei controlli.

Nel 2025 si è proceduto ad effettuare n. 15 AUDIT, con 8 diversi gruppi, su Stabilimenti con Riconoscimento Comunitario, rispettando la cadenza triennale per le strutture con livello di rischio "BASSO". Sarà lo stesso gruppo di AUDIT ad attribuire, in base alle risultanze del controllo, il livello di rischio sugli stabilimenti auditati. Sugli stabilimenti che non rientrano nella programmazione annuale AUDIT sarà invece il veterinario assegnato ad effettuare la suddetta attribuzione con il controllo ispettivo annuale previsto per tutti gli stabilimenti.

Dal primo gennaio 2025, al fine di garantire la più ampia semplificazione dei procedimenti concernenti il riconoscimento degli stabilimenti, e in perfetta coerenza con le vigenti disposizioni in materia di procedimento amministrativo, le ASL sono incaricate dei procedimenti relativi alla concessione, all'aggiornamento, alla sospensione e alla revoca del riconoscimento comunitario degli stabilimenti ai sensi della normativa comunitaria con riferimento al settore alimentare, dei mangimi e dei sottoprodotti di origine animale secondo la procedura adottata con Determinazione del Servizio Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare n. 1521 del 14 novembre 2024.

Inoltre per le prossime annualità, oltre alle attività ordinarie svolte da questo Servizio, si prevedono delle attività complementari incentrate sulla educazione sanitaria degli operatori del settore della pesca, anche attraverso degli incontri formativi organizzati unitamente alla Capitaneria di Porto.

Ulteriore proposito è quello di completare la registrazione delle imbarcazioni da pesca e di pianificare delle attività di controllo congiunto con altre autorità competenti sulla filiera dei prodotti ittici (dalla produzione primaria alla vendita, incluso il trasporto) e sulle fasi di raccolta, trasporto e vendita degli echinodermi.

Per quanto riguarda i controlli congiunti, si evidenzia che entro il 2025 verrà firmato un Protocollo Operativo tra la ASL di Oristano e la Capitaneria di Porto per individuare e definire i criteri di collaborazione tra i due Enti (AC), finalizzati a garantire un'adeguata sinergia tra i controlli, ai fini dell'esercizio delle rispettive

competenze, nel rispetto dell'autonomia e delle attribuzioni di ciascuna delle parti e delle specifiche competenze ed ambiti di attività, in conformità alle specifiche normative di settore.

Nell'ambito del settore carni verrà potenziato, con il controllo delle patologie rilevate alla macellazione, l'attività di comunicazione sulla presenza dell'idatidosi cistica ai Servizi di Sanità Animale competenti per gli allevamenti di provenienza.

Si darà seguito costante alle attività di contrasto allo spreco alimentare: oltre al corso di formazione per i dirigenti del Dipartimento e tecnici della prevenzione svolto a maggio 2025, si è tenuta una giornata formativa per i volontari delle Organizzazioni Caritative di Secondo livello sulle Buone Pratiche per la gestione degli alimenti e si procederà alla stipula di un Protocollo Operativo con il Banco Alimentare, Organizzazione Caritativa di Primo livello: tutto ciò è funzionale ad una più corretta e rapida gestione delle eccedenze alimentari ma anche di eventuali derrate alimentari sequestrate in ambito di controlli ufficiali.

A causa della vastità e complessità delle attività in essere, si cercherà di strutturare il Servizio con una rinnovata organizzazione, funzionale ad un'attività maggiormente presente nel territorio e in sintonia continua anche con le "richieste di salute" della popolazione. Ferma restando la necessità di cooperazione e collaborazione e, all'occorrenza, di interscambiabilità con tutti i componenti dell'equipe della Struttura organizzativa, al fine di promuovere sinergie, condividere piani di lavoro e diffondere le migliori pratiche per il perseguimento degli obiettivi aziendali, si propone di riorganizzare la S. C. nel modo seguente:

Si individuano all'interno della S.C. due macroaree principali di intervento nel Settore Ittico e Settore Carni, funzionale alle necessità organizzative e di pianificazione. All'interno del Settore Ittico sono ulteriormente presenti due attività produttive importanti ossia il settore dei prodotti della pesca e quello dei molluschi bivalvi vivi, mentre nel settore Carni si evidenziano due attività produttive importanti ossia il settore macellazione industriale di carni rosse e quello delle carni bianche con relative peculiarità e specificità.

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

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

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



In attesa del nuovo Piano Nazionale e Regionale di Prevenzione (PRP) 2025-2030 si proseguiranno le attività ancora da concludersi relative al PRP 2020-2025.

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

Tra gli obiettivi strategici principali di questa azienda, un'attenzione rilevante sarà data all'avvio delle attività nelle nuove strutture territoriali (COT, Case della Comunità, Ospedali di Comunità), gran parte delle quali sono sorte grazie al finanziamento del PNRR e che delineano il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale declinato nel DM 77/2022.

La riforma dell'assistenza territoriale dà una risposta ai bisogni di salute del nostro territorio in virtù dei cambiamenti sociodemografici: incremento di persone con almeno una patologia cronica o di condizioni di co-morbidità 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 nuovo modello organizzativo delineato dal DM 77/2022, che ci si appresta a far decollare ed entro il quale si sviluppano gli investimenti del PNRR, 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.

Al centro della trasformazione delle cure territoriali infatti, vi è l'introduzione di un modello assistenziale centrato su équipe multidisciplinari, composte da specialisti con competenze diverse e complementari, delineando altresì un nuovo modello di Distretto Socio Sanitario.

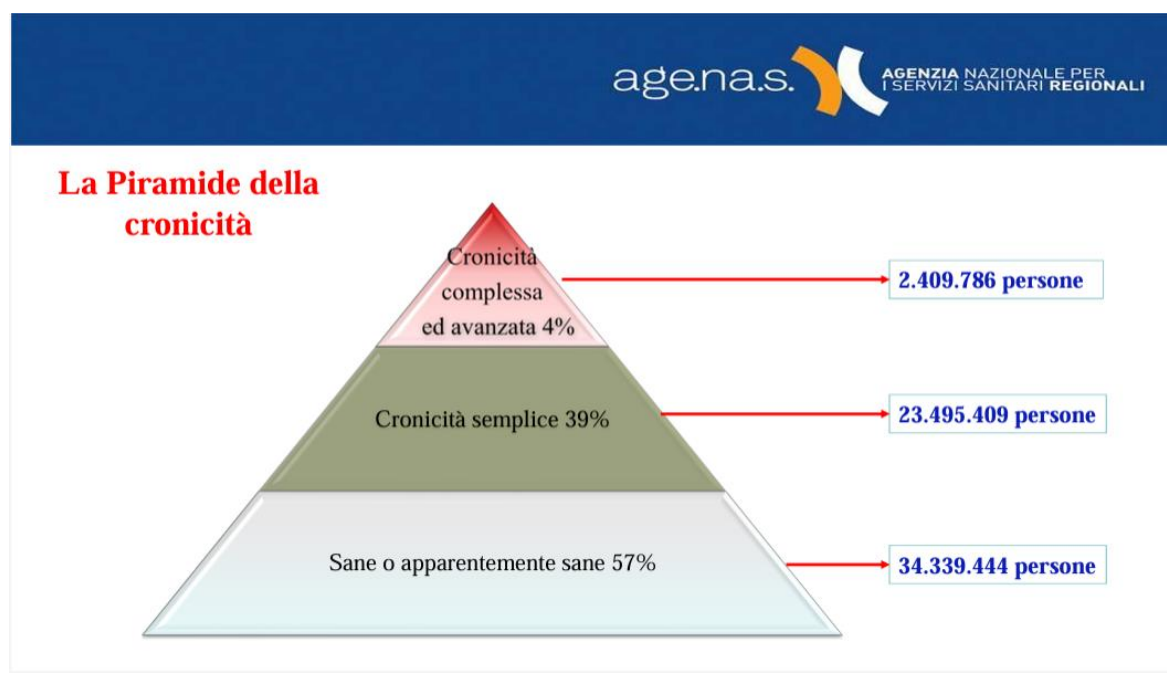
I professionisti che compongono tali équipe lavorano in sinergia all'interno delle nuove configurazioni organizzative previste dal DM 77 stesso quali, ad esempio, le **Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali, gli Ospedali di Comunità**, i tre principali cardini dell'organizzazione sanitaria territoriale.



Modello concettuale del Distretto ed articolazioni previste per l'assistenza territoriale nel DM 77/2022 (fonte AGENAS).

All'interno del nuovo modello organizzativo dovrà essere tutelata la salute non solo dei pazienti affetti da una patologia ma dell'intera comunità, sulla base della valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento in un processo di stratificazione del rischio che permette di valutarne le priorità di intervento.

La stratificazione della popolazione per profili di rischio permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione sulla base del livello di rischio e quindi del bisogno di salute.



Piramide della cronicità (elaborazione AGENAS su dati nazionali ISTAT 2019)

Per quella fetta della popolazione per la quale si ha un'assenza di condizioni patologiche o di necessità assistenziali (la base della piramide della cronicità), le azioni da mettere in campo saranno quelle di promozione della salute e di prevenzione primaria. Il luogo deputato per sviluppare questi progetti sarà la Casa della Comunità attraverso anche il ruolo proattivo dell'Infermiere di Comunità formato ad hoc. Questa fascia di popolazione infatti potrebbe essere soggetta a rischi comportamentali (fumo, eccesso ponderale, sedentarietà) che possono essere intercettati dal medico di medicina generale al fine di scongiurare l'insorgere di una patologia. Questa sede sarà inoltre importante per assicurare una larga aderenza della popolazione ai progetti di screening per la prevenzione dei tumori e una adeguata adesione alle campagne vaccinali.

La seconda fascia della piramide della cronicità è quella dei pazienti con una complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo e dei pazienti con una sola patologia cronica grave o una fragilità o disabilità iniziale. Per questa parte della popolazione i servizi a supporto potranno essere le Case della Comunità, l'ADI di I livello o gli Ospedali di Comunità. Le azioni da mettere in atto da parte degli operatori che hanno preso in carico il paziente, saranno di tipo proattivo per prevenire l'insorgenza di comorbidità o permetterne la loro diagnosi precoce, anche con attività di orientamento o automedicazione. Per questa fascia di popolazione un utile strumento di supporto sarà il PDTA, laddove presente, e il controllo della sua aderenza nell'applicazione. Il ruolo dell'Infermiere di famiglia o di Comunità in questa fascia di popolazione è fondamentale, ed è proprio su tale ambito che questa Azienda sta ponendo in atto diversi progetti (reti assistenziali dello scompenso cardiaco e del diabete) di seguito dettagliati.

Alla sommità della piramide sono rappresentati i soggetti complessi e fragili spesso multicronici ove la necessità maggiore è quella di una gestione integrata delle patologie tra medicina generale e specialisti e operatori sociosanitari e sociali, con un supporto attivo alla persona e al caregiver. I setting assistenziali a cui fare riferimento sono quelli delle Cure Domiciliari di II e III Livello, le Cure Palliative Domiciliari, le Strutture di tipo residenziale e, in alcuni casi, anche il ricovero ospedaliero o l'Hospice per le patologie evolutive in fase avanzata senza possibilità di guarigione.

Tuttavia le trasformazioni in atto richiedono un'assistenza sempre più diffusa, flessibile e digitale, capace di raggiungere il cittadino ovunque si trovi nelle periferie più remote, anche attraverso strumenti di telemedicina. Lo sviluppo di strumenti di Teleconsulto tra paziente e/o MMG che ha in carico il paziente, e gli specialisti in presenza remota permetterà di effettuare visite, follow-up e monitoraggio dei pazienti che non possono avvicinarsi ad uno dei nodi della rete assistenziale.

Per l'utilizzo di questi strumenti si avrà necessità di interventi indirizzati sia sulla definizione uniforme di criteri per l'accesso, l'erogazione e la remunerazione della telemedicina, garantendo qualità, sicurezza, privacy e tracciabilità, nonché di una reale diffusione ed accettazione delle tecnologie e dei dispositivi per il monitoraggio da remoto dei parametri clinici, essenziali per l'efficacia dell'assistenza domiciliare.

Per la ASL di Oristano gli interventi finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR 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>

I lavori nelle Case della Comunità e negli Ospedali di Comunità sono in corso di realizzazione con la conclusione degli stessi prevista entro il primo trimestre 2026. I lavori nelle COT sono invece conclusi e le attività sono già state avviate, così come è operativo l'Ospedale di Comunità di Ghilarza dal mese di febbraio 2023.

## 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>

Le apparecchiature sono state tutte installate e collaudate nel rispetto delle milestone e dei target previsti da PNRR.

Per la presa in carico del paziente saranno utili le Centrali Operative Territoriali (COT), due delle quali recentemente istituite nei Comuni di Oristano e Ghilarza; queste strutture svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Saranno i nodi strategici che permetteranno di passare da un approccio prestazionale ad una logica di presa in carico del paziente da parte del servizio sanitario.

La COT riferisce la segnalazione pervenuta in tempo reale direttamente ai MMG, all'ADI o ai Servizi Sociali Comunali piuttosto che alle future 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.

Se la richiesta di presa in carico proviene dai reparti ospedalieri intervengono i PASS Punti di Accesso unitario dei Servizi Sanitari con il compito di facilitare, sulla base dei bisogni sociosanitari rilevati, in raccordo con la COT, i rapporti tra le strutture operative di assistenza dei presidi ospedalieri e la rete territoriale costituita dal sistema PUA/UVT, in modo da garantire la continuità tra i vari setting assistenziali.

La COT dialoga quindi immediatamente con i PUA “punto unico di accesso” distrettuali e, se le richieste sono ritenute idonee e complete, verranno prese in carico dal PUA provvedendo così alla presa in carico globale dei bisogni della persona fragile nella rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, che, identificato il bisogno dell'utente, indirizzeranno il caso alla UVT (Unità di Valutazione Territoriale) di pertinenza, la quale provvederà a decidere in merito all'inserimento del soggetto fragile nella struttura più appropriata che potrà essere una RSA, le Cure Domiciliari, un centro diurno, un centro riabilitativo ecc.

Altrettanto importante e funzionale alla presa in carico del paziente saranno i progetti di implementazione o aggiornamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). In tal senso, il PDTA deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale o domiciliare, altre in condizione di degenza, finalizzate alla gestione programmata e appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso.

In quest'ultimo biennio sono stati costituiti dei gruppi di lavoro aziendali per la redazione dei PDTA che ad oggi hanno riguardato il trattamento dei Tumori alla Mammella, lo Scompenso Cardiaco, il trattamento dei Tumori del Colon e del Retto, il paziente affetto da lesioni da Piede Diabetico e per il passaggio del giovane dalla Diabetologia pediatrica alla Diabetologia dell'adulto. I progetti conclusi nel 2024 permetteranno di avere dei PDTA calati sulla realtà aziendale coinvolgendo sia le strutture territoriali che ospedaliere e interessando tutte le fasi del percorso dalla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione.

Nel corso del 2023 ha visto la luce il progetto di istituzione del Centro di Accoglienza e Servizi (C.A.S.), quale punto di presa in carico del paziente oncologico nel suo percorso assistenziale. Il servizio in funzione a regime nel 2024 è il punto di presa in carico del paziente oncologico nel suo percorso assistenziale per tutte le patologie oncologiche.

Nel 2025 è in corso 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 e respiratorie).

Sempre nel 2025 si lavorerà, in linea con i PDTA, per la creazione delle reti aziendali di cura dello scompenso cardiaco e del diabete. Le Reti di cura prevedono la riorganizzazione delle strutture e dei servizi con una maggiore flessibilità dei modelli organizzativi e operativi e una forte integrazione tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, con servizi strutturati e organizzati, reti specialistiche multidisciplinari, team professionali dedicati e modelli di integrazione socio-sanitaria. Il modello organizzativo in rete dovrà rafforzare l'integrazione tra l'ospedale e il territorio e il coordinamento tra tutte le strutture specialistiche territoriali ed ospedaliere e tra le stesse e la medicina del territorio (MMG), secondo i PDTA aziendali standardizzati.

Altro strumento di valorizzazione dei modelli innovativi per la gestione della cronicità è 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. Già nel 2014 il Ministero della Salute emanava le linee guida. 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.

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

È quindi indispensabile e non più procrastinabile potenziare e qualificare la sanità territoriale, e ridurre la frammentazione degli interventi sanitari e assistenziali che producono inefficienze e inefficaci interventi di cura.

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

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

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

I dati relativi agli inserimenti presso le strutture residenziali e semiresidenziali, di seguito rappresentati, denotano un bisogno in crescita, soprattutto per l'assistenza di pazienti ventilati o ad alta intensità assistenziale, e la necessità quindi di implementare i posti letto di post acuzie nei presidi ospedalieri aziendali che, aggiungendosi ai posti letto dell'Ospedale di Comunità di Ghilarza di recente istituzione, e di Bosa di prossima apertura, offrirebbero risposte territoriali ai bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani e/o fragili.

L'Unica Residenza Sanitaria Assistita accreditata presente nel territorio con 63 posti letto è la RSA Villa San Giuseppe di Milis che in linea con il nuovo ruolo assunto dalle Residenze Assistite presta assistenza non solo a persone anziane ma dà risposte assistenziali anche a persone portatrici di bisogni complessi a prescindere dall'età. Tale struttura ospita soggetti anziani e/o non autosufficienti con un alto livello di fragilità,

soggetti in fase terminale della vita, lungo degenti, ventilati provenienti dalla rianimazione e in coma, non assistibili a domicilio.

Le giornate di degenza nelle RSA continuano a registrare un dato in aumento. Questo fenomeno è soprattutto evidente per le attività riferite ai malati ad alta intensità assistenziale e ai malati terminali. La scarsità di posti letto nel territorio regionale per la cura e l'assistenza di tali pazienti comporta un ricorso inappropriato su tale livello assistenziale e su altri livelli quali quello della riabilitazione globale e dei ricoveri ospedalieri per acuti. La programmazione dell'offerta di servizi di assistenza residenziale dovrebbe garantire livelli di fruibilità e disponibilità idonei rispetto ai bisogni reali di assistenza, valorizzando anche un criterio di prossimità dell'offerta.

#### RSA - ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE erogata dai centri privati

n. giornate					VARIAZIONI 2024-2023	
	ANNO 2019	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	valore assoluto	valore %
<b>R3A e R3D</b> - (ex Profili dal 1 al 5)	4.187	4.723	4.067	3.566	-501	-12%
<b>R3B</b> - (ex Profili dal 6 al 9)	1.675	1.311	1.850	1.314	-536	-29%
<b>R2</b> - (Terminali e altri ad alta intensità ass.le)	8.960	10.895	13.382	12.517	-865	-6%
<b>R1</b> - (Terminali e altri ad alta intensità ass.le. <b>Ventilati</b> )	2.648	3.004	2.418	1.468	-950	-39%
<b>Storno per ricovero</b>	<b>-153</b>	<b>-120</b>	<b>-60</b>	<b>-80</b>		
<b>TOTALE</b>	<b>17.317</b>	<b>19.813</b>	<b>21.657</b>	<b>18.875</b>	<b>-2.781</b>	<b>-13%</b>

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

In incremento anche il ricorso all'Hospice per il quale le giornate di ricovero nel periodo 2023-2024 sono aumentate rispetto all'anno 2022. L'incremento di inserimenti rispetto all'anno di apertura dell'Hospice di Oristano (2019), denota come la presenza di questa struttura nel Comune di Oristano costituisca un elemento qualificante per l'offerta in tale ambito, dimostrando quanto avere un'offerta di prossimità incida su una maggiore appropriatezza del ricovero nel livello più consono rispetto al bisogno di salute del paziente.

#### Inserimenti presso l'HOSPICE di Oristano

					VARIAZIONI 2024-2023	
	ANNO 2019	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	valore assoluto	valore %
<b>Terminali</b> - giornate di degenza - Cure Palliative	531	1.683	1.757	1.954	197	11%

Fonte: STS24

#### Inserimenti presso l'HOSPICE di altre ASL anche Fuori Regione

					VARIAZIONI 2024-2023	
	ANNO 2019	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	valore assoluto	valore %
<b>Terminali</b> - giornate di degenza - Cure Palliative	74	47	103	130	27	26%
<b>Storno per ricovero</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-21</b>	<b>0</b>		
<b>Totale</b>	<b>74</b>	<b>47</b>	<b>82</b>	<b>130</b>	<b>48</b>	<b>59%</b>

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



Le giornate di ricovero presso le Comunità Integrate sono in forte crescita, come si evince dalla serie storica sotto rappresentata.

#### Inserimento dei pazienti nelle COMUNITA' INTEGRATE (ex Case Protette)

n. giornate							VARIAZIONI 2024-2023	
	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	valore assoluto	valore %
Assistenza socio sanitaria Comunità Integrate	93.962	108.117	146.146	161.962	187.382	220.134	32.752	17%

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

Dopo il periodo emergenziale si registra una forte ripresa anche degli inserimenti presso i Centri Diurni delle attività con profilo assistenziale basso.

#### CENTRI DIURNI INTEGRATI del privato accreditato

n. giornate					VARIAZIONI 2024-2023	
	ANNO 2019	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	valore assoluto	valore %
Profilo assistenziale basso	1.835	5.809	6.393	6.008	-385	-6%
Profilo assistenziale alto	1.425	1.308	2.037	1.839	-198	-10%
<b>TOTALE</b>	<b>3.260</b>	<b>7.117</b>	<b>8.430</b>	<b>7.847</b>	<b>-583</b>	<b>-7%</b>

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

### ***L'assistenza riabilitativa globale e socio sanitaria.***

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

Tali strutture si inseriscono nella rete riabilitativa locale che si compone altresì dei posti letto per post acuti, con la presenza di 16 posti letto di Medicina Fisica e Riabilitazione codice 56 presso l'ospedale privato Casa di Cura Madonna del Rimedio e dai 10 posti letto di Neuroriabilitazione codice 75 presso l'ospedale San Martino di Oristano. Inoltre la presenza nel territorio della ASL di Oristano del Centro di Cura e riabilitazione Santa Maria Bambina di rilevanza regionale, contribuisce ad assicurare continuità ai percorsi diagnostico-terapeutici specifici.

Le prestazioni erogate dal pubblico registrano, nel periodo 2021-2024, una drastica riduzione rispetto all'anno 2019. Il privato accreditato, sopperendo alla carenza del pubblico, si è riportato su livelli

prestazionali erogati in epoca pre-pandemica; sono però aumentate notevolmente le giornate riferibili alle prestazioni di riabilitazione a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale (nell'anno 2024 si registra un +112% rispetto all'anno 2019), per contro non sono state più erogate prestazioni a ciclo diurno dall'anno 2021.

**RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal privato accreditato**

	ANNO 2019		ANNO 2021		ANNO 2022		ANNO 2023		ANNO 2024	
<b>Assistenza residenziale</b>	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.054	686.987	2.941	991.759	4.569	1.544.728	3.572	1.257.084	4.353	1.756.943
Ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.247	403.100	1.822	309.168	1.385	236.835	2.548	502.668	2.826	522.106
Riab. residenziale a valenza socio riabilitativa	4.208	253.861	3.700	223.480	3.139	189.596	2.435	147.980	2.266	197.528
<b>TOT</b>	<b>8.509</b>	<b>1.343.948</b>	<b>8.463</b>	<b>1.524.407</b>	<b>9.093</b>	<b>1.971.159</b>	<b>8.555</b>	<b>1.907.732</b>	<b>9.445</b>	<b>2.476.577</b>
<b>Assistenza semi residenziale</b>	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	76	11.400	0	0	0	0	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità	281	20.654	0	0	0	0	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazione di gravità a tempo ridotto	8	800	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOT</b>	<b>365</b>	<b>32.854</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Assistenza ambulatoriale</b>	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Ambulatoriale intensiva	732	49.044	1.466	98.042	834	55.878	844	66.657	645	51.722
Ambulatoriale estensiva	13.801	653.292	13.784	634.064	13.194	606.924	11.642	621.458	12.281	688.841
Ambulatoriale mantenimento	933	32.655	1.697	59.395	367	12.845	658	26.369	1.726	75.340
<b>TOT</b>	<b>15.466</b>	<b>734.991</b>	<b>16.947</b>	<b>791.501</b>	<b>14.395</b>	<b>675.647</b>	<b>13.144</b>	<b>714.484</b>	<b>14.652</b>	<b>815.904</b>
<b>Assistenza domiciliare</b>	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Domiciliare estensiva	16.774	767.700	16.994	764.640	18.901	850.545	20.708	1.062.565	20.764	1.216.355
Domiciliare di mantenimento	5.795	220.514	6.209	235.942	4.191	159.258	3.859	175.683	3.364	170.050
<b>TOT</b>	<b>22.569</b>	<b>988.214</b>	<b>23.203</b>	<b>1.000.582</b>	<b>23.092</b>	<b>1.009.803</b>	<b>24.567</b>	<b>1.238.248</b>	<b>24.128</b>	<b>1.386.405</b>

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

**RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal pubblico**

Trattamenti adulti	ANNO 2019		ANNO 2021		ANNO 2022		ANNO 2023		ANNO 2024	
Assistenza ambulatoriale	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Ambulatoriale estensiva	6.761	311.006	4.166	191.636	4.046	186.116	3.905	179.630	3.626	166.796
Ambulatoriale mantenimento	1.798	62.930	812	28.420	648	22.680	632	22.120	261	9.135
<b>TOT</b>	<b>8.559</b>	<b>373.936</b>	<b>4.978</b>	<b>220.056</b>	<b>4.694</b>	<b>208.796</b>	<b>4.537</b>	<b>201.750</b>	<b>3.887</b>	<b>175.931</b>
Assistenza domiciliare										
Domiciliare estensiva	2.326	104.670	1.269	57.105	1.709	76.905	1.360	61.200	1.199	53.955
Domiciliare di mantenimento	781	29.678	546	20.748	895	34.010	909	34.542	696	26.448
<b>TOT</b>	<b>3.107</b>	<b>134.348</b>	<b>1.815</b>	<b>77.853</b>	<b>2.604</b>	<b>110.915</b>	<b>2.269</b>	<b>95.742</b>	<b>1.895</b>	<b>80.403</b>
Trattamenti bambini	ANNO 2019		ANNO 2021		ANNO 2022		ANNO 2022		ANNO 2024	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Assistenza ambulatoriale estensiva	2.378	109.388	1.172	53.912	1.429	65.734	1.587	73.002	1.695	77.970
Assistenza domiciliare estensiva	412	18.540	243	10.935	298	13.410	259	11.655	215	9.675
<b>TOT</b>	<b>2.790</b>	<b>127.928</b>	<b>1.415</b>	<b>64.847</b>	<b>1.727</b>	<b>79.144</b>	<b>1.846</b>	<b>84.657</b>	<b>1.910</b>	<b>87.645</b>

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

### **La presa in carico del paziente fragile e le Cure Domiciliari**

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

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

- malattia cronica evolutiva e invalidante in qualsiasi età adulta;
- problemi di comorbidità associata a non autosufficienza;
- esistenza di problematiche già accertate dalle commissioni territoriali con progetti di protezioni sanitarie o socio-sanitarie da parte di servizi territoriali, più o meno congiunti a interventi specialistici integrativi della assistenza del MMG;
- diagnosi di grandi Sindromi Geriatriche (Demenza, Malnutrizione, ecc.).

Per quanto attiene le Cure Domiciliari, nei tre Distretti di Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa sono operative le attività di cura domiciliare integrata di secondo livello, gestite e coordinate a livello aziendale dalla Struttura Semplice Distrettuale ADI. L'attività è rivolta a persone di ogni età non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, tesa essenzialmente, attraverso trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana dei pazienti. Si erogano altresì le cure Palliative e le Cure Domiciliari Integrate di 3° livello in stretto collegamento e coordinamento con la SC Rete Locale di Cure Palliative di nuova istituzione. Sono inoltre erogate le prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.

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

La sempre crescente necessità di assicurare questo livello di assistenza fa prevedere un aumento della spesa su tale ambito e la necessità di migliorare l'integrazione dei diversi professionisti coinvolti nella cura e assistenza del paziente.

Rispetto all'anno 2019 i casi trattati in assistenza domiciliare si sono ridotti con una flessione di circa il 27% nell'anno 2024. In forte calo il numero di accessi dei MMG e PLS che, rispetto all'anno 2019 registra una riduzione del 58%. Questi fenomeni sono legati alla presenza di un sempre crescente numero di sedi carenti di assistenza primaria a livello regionale che ha lasciato una parte della popolazione regionale e quindi provinciale senza medico di medicina generale, professionista che gestisce il paziente a domicilio, monitorandone lo stato di salute e coordinando l'azione dei diversi professionisti della salute coinvolti.

Sono invece diminuite le ore di assistenza infermieristica prestate nell'anno 2024 (-22% rispetto al 2023) pur registrando un trend in aumento dal 2020 al 2023.

CURE DOMICILIARI INTEGRATE	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	ANNO 2024	VARIAZIONI	
							2024-2023	
							valore assoluto	valor e %
<b>Numero casi trattati</b>	2.303	1.817	1.819	1.576	1.549	1.676	127	8%
<b>Numero di accessi dei MMG/PLS</b>	24.581	17.046	16.793	14.719	12.277	10.289	-1.988	-16%
<b>Numero di ore di Assistenza infermieristica</b>	42.224	39.710	41.580	40.154	49.678	38.992	-10.686	-22%

Fonte: FLS 21

### ***L'assistenza specialistica ambulatoriale***

Per analizzare l'andamento della produzione si è preso come riferimento l'anno 2019, anno non influenzato dalla pandemia e ancora non gravemente condizionato dalla carenza di personale medico da reclutare. Nel corso dell'anno 2024 purtroppo non si è riusciti a colmare la differenza di prestazioni erogate in epoca pre-pandemica ma, quantomeno nel pubblico, si registrano in alcuni ambiti miglioramenti nella produzione. Nelle tabelle che seguono notiamo che le prestazioni erogate al netto della branca di Laboratorio Analisi, nel 2024 si sono ridotte 25% rispetto all'anno 2019, con una riduzione dell'attività del privato pari al 35% e una riduzione dell'attività erogata dal pubblico pari al 16%.

Fonte: file C- ABACO

Branca	Anno 2019	Anno 2023	Anno 2024	Variazioni % 2024-2019	Variazioni % 2024-2023
ANESTESIA	3.331	1.319	2.313	-31%	75%
CARDIOLOGIA	45.353	40.670	46.943	4%	15%
CHIRURGIA GENERALE	8.003	3.764	2.994	-63%	-20%
CHIRURGIA PLASTICA	2.338	1.946	1.677	-28%	-14%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	2.965	1.736	2.371	-20%	37%
DERMOSIFILOPATIA	2.619	2.247	2.131	-19%	-5%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	76.394	68.391	64.812	-15%	-5%
ENDOCRINOLOGIA	17.481	2.654	2.714	-84%	2%
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPIA. DIGEST.	6.725	6.643	7.058	5%	6%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	1.028.708	1.021.663	1.179.131	15%	15%
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	282.658	200.577	209.406	-26%	4%
NEFROLOGIA	28.853	25.926	22.936	-21%	-12%
NEUROCHIRURGIA	3	72	141	4600%	96%
NEUROLOGIA	5.805	8.559	8.568	48%	0%
OCULISTICA	25.251	15.446	13.364	-47%	-13%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	6.757	2.536	3.492	-48%	38%
ONCOLOGIA	1.412	910	1.048	-26%	15%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8.525	7.800	7.009	-18%	-10%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7.423	5.929	6.153	-17%	4%
OTORINOLARINGOIATRIA	5.724	2.777	4.119	-28%	48%
PNEUMOLOGIA	10.109	3.092	1.073	-89%	-65%
PSICHIATRIA	5.395	979	670	-88%	-32%
UROLOGIA	6.639	2.575	2.327	-65%	-10%
ALTRO	147.483	112.527	120.367	-18%	7%
TOTALE	1.735.954	1.540.738	1.712.817	-1%	11%
TOT al netto della branca di Laboratorio Analisi	707.246	519.075	533.686	-25%	3%

Una riduzione dell'attività dell'1%, rispetto all'anno 2019, di per sé non rappresenterebbe un dato eccessivamente negativo se non fosse che la riduzione delle prestazioni ha riguardato diverse branche anche con punte di riduzione importanti. Difatti, al netto della branca di Laboratorio di Analisi, nel 2024 si registra una diminuzione delle prestazioni totali del -25% rispetto all'anno pre-covid.

Le maggiori riduzioni rispetto all'anno 2019, prossimi e superiori al 50%, si sono registrate nelle branche di Chirurgia Generale (-63%), Endocrinologia (-84%), Oculistica (-47%), Odontostomatologia (-48%),

Pneumologia (-89%), Urologia (-65%), e Psichiatria (-89%), per la quale è cambiata la modalità di registrazione delle prestazioni da parte dei Centri di Salute Mentale; registrate prima come prestazioni di specialistica ambulatoriale e attualmente quali presa in carico del paziente.

È lieve invece la riduzione delle prestazioni erogate nella branca di Radiologia (-15%) nonostante la grave carenza di specialisti presente anche nel 2025. Aumentano invece le prestazioni di Gastroenterologia (5%), Cardiologia (4%), Laboratorio Analisi (15%) e Neurologia (48%), branca quest'ultima interessata dalla presenza in organico di nuovi specialisti.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Numero di Prestazioni prodotte dalle Strutture Pubbliche e Private Accreditate della ASL di Oristano anni 2019, 2023, 2024

Fonte: file C- ABACO

Branca	ANNO 2019		ANNO 2023		ANNO 2024		Variazioni %		Variazioni %	
	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	2024-2019		2024-2023	
							Pubblico	Privato	Pubblico	Privato
Anestesia	3.331	0	1.319	0	2.313		-31%		75%	
Cardiologia	34.908	10.445	30.804	9.866	37.342	9.601	7%	-8%	21%	-3%
Chirurgia Generale	3.356	4.647	2.500	1.264	2.599	395	-23%	-91%	4%	-69%
Chirurgia Plastica	2.338	0	1.946	0	1.677		-28%		-14%	
Chirurgia Vascolare - Angiologia	2.965	0	1.446	290	1.678	693	-43%		16%	139%
Dermosifilopatia	1.364	1.255	719	1.528	677	1.454	-50%	16%	-6%	-5%
Diagnostica Per Immagini - Radiol. Diagnostica	53.062	23.332	50.739	17.652	49.710	15.102	-6%	-35%	-2%	-14%
Endocrinologia	2.083	15.398	2.158	496	2.382	332	14%	-98%	10%	-33%
Gastroenterologia - Chir. ed Endoscop. Digest.	5.454	1.271	6.206	437	6.629	429	22%	-66%	7%	-2%
Lab. Analisi Chimico Cliniche e Microbiol. Etc.	587.725	440.983	609.213	412.450	796.212	382.919	35%	-13%	31%	-7%
Med. Fisica e Riabilit. - Recupero e Riab. etc.	52.771	229.887	38.811	161.766	48.456	160.950	-8%	-30%	25%	-1%
Nefrologia	17.817	11.036	15.756	10.170	14.215	8.721	-20%	-21%	-10%	-14%
Neurochirurgia	3	0	72	0	141		4600%		96%	
Neurologia	5.407	398	8.559	0	8.568		58%	-100%	0%	
Oculistica	19.373	5.878	11.694	3.752	10.201	3.163	-47%	-46%	-13%	-16%
Odontostomatologia - Chir. Maxillo Facciale	6.757	0	2.536	0	3.492		-48%		38%	
Oncologia	1.412	0	910	0	1048		-26%		15%	
Ortopedia e Traumatologia	6.526	1.999	6.220	1.580	5.676	1.333	-13%	-33%	-9%	-16%
Ostetricia e Ginecologia	7.423	0	5.929		6.153		-17%		4%	
Otorinolaringoiatria	5.086	638	2.645	132	3.980	139	-22%	-78%	50%	5%
Pneumologia	10.109	0	3.092	0	1.073		-89%		-65%	
Psichiatria	5.395	0	800	179	465	205	-91%		-42%	15%
Urologia	2.414	4.225	1.741	834	1.792	535	-26%	-87%	3%	-36%
Altro	138.071	9.412	108.570	3.957	116.862	3.499	-15%	-63%	8%	-12%
TOTALE	975.150	760.804	914.385	626.353	1.123.347	589.470	15%	-23%	23%	-6%
TOT al netto della branca di Laboratorio Analisi	387.425	319.821	305.172	213.903	327.135	206.551	-16%	-35%	7%	-3%

Per alcune branche la maggiore responsabilità nella riduzione dell'attività ha riguardato il privato accreditato (Chirurgia Generale -91%, Endocrinologia -98%, Urologia -87%). In particolare la Casa di Cura Madonna del Rimedio ha quasi azzerato le prestazioni di Endocrinologia, Otorinolaringoiatria e azzerato completamente le prestazioni erogate per la branca di Medicina Fisica e Riabilitazione e Neurologia.

Da evidenziare il permanere di criticità rispetto all'offerta di prestazioni dell'anno 2019 per la branca di Pneumologia per la quale prosegue una riduzione dell'attività anche nel 2024 rispetto al 2023 (-65%).

Di seguito si riportano i dati complessivi di produzione con il dettaglio della mobilità attiva.

Produzione Specialistica Ambulatoriale ASL 5 anno 2024 - Numero Prestazioni

Branca	ASL Sassari	ASL Gallura	ASL Nuoro	ASL Ogliastra	ASL Medio Campidano	ASL Sulcis	ASL Cagliari	Mob attiva Infra ASL	Mob Extra Regione	ASL Oristano	Produzione Totale	% Mob Att sulla prod. Totale
Anestesia	2	11	109		2	5	36	165	23	2.125	2.313	8%
Cardiologia	757	75	3.504	23	1.087	37	440	5.923	325	40.695	46.943	13%
Chirurgia Generale	66	19	255	2	34	3	29	408	96	2.490	2.994	17%
Chirurgia Plastica	25	4	103		20		6	158	8	1.511	1.677	10%
Chirurgia Vascolare - Angiologia	38	1	96		95		17	247	6	2.118	2.371	11%
Dermosifilopatia	26	11	55		59	8	44	203	7	1.921	2.131	10%
Diagnostica Per Immagini - Radiol. Diagnostica	1.775	299	4.174	71	1.293	145	927	8.684	1.281	54.847	64.812	15%
Endocrinologia	30	11	379	8	31	1	13	473	6	2.235	2.714	18%
Gastroenterologia - Chir. ed Endoscop. Digest.	441	37	768	19	134	21	210	1.630	72	5.356	7.058	24%
Lab. Analisi Chimico Cliniche e Microbiol. Etc.	5.435	1.809	47.731	483	5.145	1.095	8.238	69.936	17.263	1.091.932	1.179.131	7%
Med. Fisica e Riabilit. - Recupero e Riab. Etc.	329	34	2.005	1	1.187	24	438	4.018	889	204.499	209.406	2%
Nefrologia	7	10	190		213		52	472	334	22.130	22.936	4%
Neurochirurgia	26	8	20			1	3	58		83	141	41%
Neurologia	781	222	859	51	105	5	127	2.150	55	6.363	8.568	26%
Oculistica	468	54	1.362	29	505	29	150	2.597	56	10.711	13.364	20%
Odontostomatologia - Chir. Maxillo Facciale	12		134		63	5	41	255	37	3.200	3.492	8%
Oncologia	32	4	114		8	3	21	182	13	853	1.048	19%
Ortopedia e Traumatologia	44	10	379	2	54	14	51	554	202	6.253	7.009	11%
Ostetricia e Ginecologia	53	22	197	9	82	5	72	440	104	5.609	6.153	9%
Otorinolaringoiatria	27	12	385	14	133	8	106	685	82	3.352	4.119	19%
Pneumologia	14	2	28	2	16		12	74	8	991	1.073	8%
Psichiatria	17	1	67	3	8	2	6	104	12	554	670	17%
Urologia	55	21	181	2	20	16	42	337	34	1.956	2.327	16%
Altro	1.763	375	8.492	101	2.436	183	1.567	14.917	2.520	102.930	120.365	14%
TOTALE	12.223	3.052	71.587	820	12.730	1.610	12.648	114.670	23.433	1.574.714	1.712.817	8%

Le tabelle che seguono riportano la quantità di prestazioni offerte dalle nostre strutture e dalle strutture fuori ambito provinciale rispetto alla domanda dei nostri residenti.

L'offerta di prestazioni per i nostri residenti nell'anno 2024 è garantita per l'81% dai presidi pubblici e privati della ASL di Oristano (il 52,7% viene erogato dal pubblico e il 28,4% è erogato dal privato accreditato). Il 18% viene erogato da altre strutture infra-regione, soprattutto Brotzu (3,9%), ASL di Cagliari (3,98%), ASL di Nuoro (3,9%) e ASL Medio Campidano (+3,1%). La stessa analisi fatta sul valore della produzione rivela che il 40% del valore delle prestazioni erogate ai nostri residenti è da riconoscere come mobilità passiva infra regione mentre il 24% è da riconoscere al privato accreditato.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione per i residenti ASL5. Anni 2019-2023-2024

Fonte: File C- ABACO

	Prestazioni 2019	Valore 2019	Prestazioni 2022	Valore 2023	Prestazioni 2024	Valore 2024	Anno 2019 %prestazioni sul totale	Anno 2024 %prestazioni sul totale
Pubblico ASL5	899.683	10.067.105	839.043	9.910.685	1.023.087	11.051.459	45,40%	52,74%
Privato ASL 5	724.459	7.992.205	591.366	8.094.141	551.627	7.403.089	36,50%	28,44%
<b>Produzione TOTALE ASL 5 per i residenti</b>	<b>1.624.142</b>	<b>18.059.310</b>	<b>1.430.409</b>	<b>18.004.826</b>	<b>1.574.714</b>	<b>18.454.548</b>	<b>81,90%</b>	<b>81,18%</b>
Produzione ASL 1	7.574	190.147	9.152	212.119	9.826	272.702	0,40%	0,51%
Produzione ASL 2	4.286	56.845	3.832	62.741	4.054	62.317	0,20%	0,21%
Produzione ASL 3	90.110	1.783.191	81.914	2.371.980	76.029	2.360.817	4,50%	3,92%
Produzione ASL 4	853	12.948	1.236	25.932	1.380	30.333	0,00%	0,07%
Produzione ASL 6	40.779	665.978	59.204	1.267.379	60.880	1.258.699	2,10%	3,14%
Produzione ASL 7	1.195	24.950	1255	27.980	1272	35.989	0,10%	0,07%
Produzione ASL 8	65.282	2.183.968	62.473	3.389.305	77.126	3.490.117	3,30%	3,98%
Produzione AOU Cagliari	40.716	501.582	37.870	685.738	15.875	572.807	2,10%	0,82%
Produzione AOU Sassari	14.847	289.590	2.935	64.398	39.690	720.782	0,70%	2,05%
Produzione A.R.N.A.S. Brotzu	92.382	2.607.079	83.534	3.038.348	76.055	3.270.815	4,70%	3,92%
Mater Olbia Hospital	159	4.992	3.576	433.791	2.922	376.876	0,00%	0,15%
Produzione TOTALE da altre ASL e Aziende infra regione	358.183	8.321.270	346.981	11.579.711	365.109	12.452.253	18,10%	18,82%
<b>TOTALE PRESTAZIONI PER RESIDENTI ASL 5</b>	<b>1.982.325</b>	<b>26.380.580</b>	<b>1.777.390</b>	<b>29.584.537</b>	<b>1.939.823</b>	<b>30.906.801</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Di seguito si rappresenta il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale, dei nostri residenti, distinto per branca. La tabella riporta la capacità produttiva da parte delle nostre strutture (pubbliche e private convenzionate) rispetto ai fabbisogni dei nostri residenti e indica, per singola branca, quali sono le aziende regionali che erogano prestazioni per i nostri residenti.



Fonte dati: File C - ABACO

Branca	N° prestazioni												
	ASL1	ASL 2	ASL3	ASL4	ASL6	ASL 7	ASL8	ARNAS Brotzu	AOU Cagliari	AOU Sassari	Mater Olbia	ASL5	% Prest. erogate da ASL5
Anestesia	49	43	140	1	14	-	853	109	18	7	15	2.125	63%
Cardiologia	288	37	1.957	55	3.289	35	2.938	3.055	819	917	56	40.695	75%
Chirurgia Generale	21	4	497	12	60	2	127	248	99	23	27	2.490	69%
Chirurgia Plastica		0	227	2	42		53	152	9	115	26	1.511	71%
Chirurgia Vascolare - Angiologia	9	0	187	1	173	3	108	9	40	5	3	2.118	80%
Dermosifilopatia	23	1	880	4	114	12	193	443	155	75	11	1.921	50%
Diagnostica Per Immagini - Medic. Nucleare								906	75	131		1	0%
Diagnostica Per Immagini- Radiologia Diagnostica	1.468	321	7.260	77	11.440	121	10.963	3.169	647	641	416	54.847	60%
Endocrinologia	80	4	188	3	367	2	346	46	62	76	9	2.235	65%
Gastroenterologia - Chir. Ed Endoscop.Digest.	148	40	388	31	872	43	878	359	499	82	51	5.356	61%
Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiol. Etc.	4.455	2.496	37.483	853	27.998	383	36.053	42.844	26.878	8.289	903	1.091.932	85%
Med. Fisica E Riabilit. - Recupero E Riab.	219	182	1.017	-	5.347	100	5.864	273	197	162	3	204.499	94%
Nefrologia	9		1.306	-	474	1	764	821	106	37		22.130	86%
Neurochirurgia		1	203	-	5		40	10	24	7	46	83	20%
Neurologia	197	55	2199	104	595	32	2.348	801	376	175	48	6.363	48%
Oculistica	232	21	1.376	3	1249	40	1.775	310	1.279	176		10.711	62%
Odontostomatologia - Chir. Maxillo Facciale	32	2	202	37	833	-	258	14	113	151	2	3.200	66%
Oncologia	57	14	825	-	87	2	353	10	84	19	46	853	36%
Ortopedia E Traumatologia	101	17	872	10	539	16	331	128	264	78	60	6.253	72%
Ostetricia E Ginecologia	52	55	826	16	312	2	2.434	151	565	158	55	5.609	55%
Otorinolaringoiat.	258	29	713	-	324	24	412	30	1019	177	23	3.352	53%
Pneumologia	315	0	1179	9	166	85	856	82	188	127	17	991	25%
Psichiatria	26	5	43			5	108	379	84	62	15	554	43%
Radioterapia		0	4.114					6.101	8	1002	1.058	1	0%
Urologia	3	13	107		160	2	277	86	6	57	8	1.956	73%
Altro	1.784	714	11.840	162	6.420	362	8.794	15.519	6.076	3126	24	102.928	65%
TOTALE	9.826	4.054	76.029	1.380	60.880	1.272	77.126	76.055	39.690	15.875	2.922	1.574.714	81%

Sono erogate in buona parte da altre strutture extra ASL le prestazioni della branca di:

- Pneumologia (75%) erogate dalla ASL 3 di Nuoro per il 29% e dalla ASL 8 di Cagliari per il 21%,
- Oncologia (64%) per la quale la maggior parte delle prestazioni sono erogate dalla ASL3 (35%),
- Neurologia (52%) erogate in mobilità passiva dalla ASL 3 per il 16,5% e dalla ASL 8 per il 17,6%,
- Dermosifilopatia (50%) erogate dalla ASL 3 di Nuoro per il 23% e dalla ARNAS Brotzu per il 12%,
- Otorinolaringoiatria (47%) con prestazioni fornite dalla ASL 3 per l'11% e dalla Azienda Mista di Cagliari per il 16%
- Ostetricia e Ginecologia (45%) erogate in mobilità passiva dalla ASL 8 per il 24%,
- Diagnostica per Immagini (40%) erogate dalla ASL 3 per l'8%, dalla ASL 8 per il 12% e ASL 6 del Medio Campidano per il 12,5%

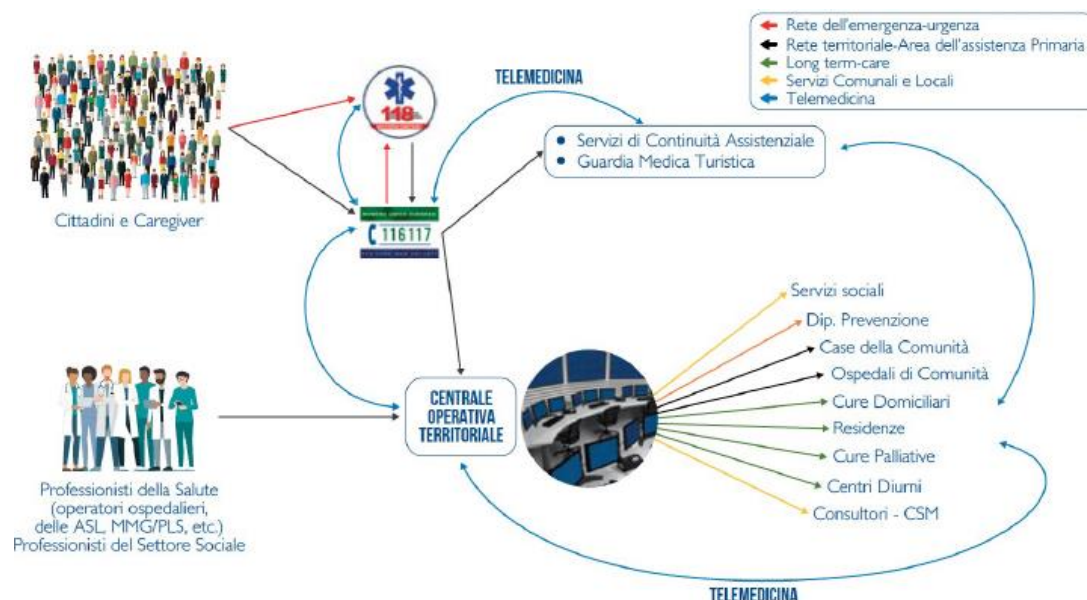
Inoltre per ognuna delle branche di Anestesia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Oculistica e Odontostomatologia, oltre il 30% delle prestazioni sono erogate da altre Aziende fuori provincia soprattutto dalla ASL 8, dalla ASL 3, dalla ASL 6 e dalla AOU di Cagliari.

Sono questi i fronti su cui agire prioritariamente per fornire ai nostri residenti la possibilità di ricevere cure nei territori di prossimità dei nostri residenti, recuperando quella fetta di attività erogata dalle altre ASL o Aziende del territorio regionale, e al contempo ridurre i tempi di attesa per le prestazioni critiche.

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

##### **1) Le Centrali Operative Territoriali (COT)**

FUNZIONI: *Le Centrali Operative Territoriali - COT*, finanziate con le risorse del PNRR, permetteranno di passare da un approccio prestazionale ad una logica di presa in carico del paziente, costituendo uno snodo fondamentale nelle transizioni tra i diversi setting ospedaliero - territoriale e viceversa, promuovendo l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, con quella ospedaliera, con la rete dell'emergenza-urgenza e NEA116117 (Numero Europeo Armonizzato) per bisogni sanitari non urgenti, e infine con la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta.



La raccolta del bisogno degli utenti potrà pervenire alla COT tramite segnalazione del NEA 116117, MMG, PLS, operatori ospedalieri ecc.

La COT riferisce la segnalazione pervenuta in tempo reale direttamente all'ADI, ai Servizi Sociali Comunali piuttosto che alle Case della Comunità più prossime all'utente per una immediata presa in carico.

Se la richiesta di presa in carico proviene dai reparti ospedalieri intervengono i PASS Punti di Accesso unitario dei Servizi Sanitari, con il compito di facilitare, sulla base dei bisogni sociosanitari rilevati, in raccordo con la COT, i rapporti tra le unità operative dei presidi ospedalieri e la rete territoriale costituita dal sistema PUA/UVT, in modo da garantire la continuità tra i vari setting assistenziali.

La COT dialoga quindi immediatamente con i PUA "punto unico di accesso" distrettuali per l'identificazione del bisogno dell'utente e con la UVT (Unità di Valutazione Territoriale) di pertinenza ove si provvederà a decidere in merito all'inserimento del soggetto fragile nella struttura più appropriata che potrà essere una RSA, le Cure Domiciliari, un centro diurno, un centro riabilitativo ecc.

Le COT, grazie al raccordo con le strutture territoriali di ricovero (RSA, Hospice, Strutture di Riabilitazione residenziale, Case Protette, Ospedali di Comunità) faciliteranno i passaggi che porteranno al ricovero in struttura, piuttosto che organizzare la dimissione a domicilio.

**LOGISTICA:** Per la Provincia di Oristano sono state attivate 2 COT, grazie alle risorse nazionali e regionali dedicate (investimento 1.2 del PNRR missione 6 componente 1);

- una nel comune di Oristano
- una nel comune di Ghilarza.
- è prevista inoltre la realizzazione di una ulteriore COT nel comune di Ales con l'utilizzo di finanziamenti FESR.

**PROGETTUALITA':** Le due COT al momento non hanno raggiunto la piena operatività per la necessità di sviluppo degli strumenti e della piattaforma informatica e per l'indispensabile condivisione dei dati con le

altre strutture coinvolte nei processi di transizione nei diversi setting, azioni che rappresentano il primo obiettivo della progettualità.

## **2) Le Case della Comunità**

**FUNZIONI:** *Le Case della Comunità*, rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione, concepite quale ambito nel quale il paziente sarà accolto e orientato nel giusto percorso assistenziale, saranno il luogo di prevenzione e promozione della salute nonché di risposta ai bisogni di salute e ai bisogni di tipo sociale per la popolazione di riferimento.

Al suo interno saranno collocati la Centrale Operativa Territoriale (COT) e il Punto Unico di Accesso (PUA). L'Equipe del PUA (Punto Unico di Accesso) costituita da Medico, Infermiere ed Assistente sociale (composizione del nucleo base) coadiuvata da ulteriori figure professionali (psichiatra, fisiatra, geriatra, medico di famiglia, medico ospedaliero etc), lavora al coordinamento dei percorsi socio-assistenziali dei pazienti provenienti dall'ospedale e dal territorio in collaborazione con le Cure Domiciliari Integrate e le Cure Palliative. Obiettivo dell'Azienda è completare l'organizzazione prevedendo oltre agli ambulatori di specialistica ambulatoriale con le diverse branche, anche con gli Ambulatori per la salute pubblica e le vaccinazioni, le Attività Consultoriali o l'introduzione dell'Ostetrica di Comunità con servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari, oltre che la presenza nelle sedi hub dei servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza. Saranno poi presenti Punti Prelievo e servizio di diagnostica strumentale di base. L'operatività della Casa di Comunità verrà assicurata nelle 24 ore 7 giorni su 7 dalla presenza della Continuità Assistenziale garantita al momento da medici a ciclo orario, in attesa dell'adesione dei professionisti al Ruolo Unico.

**LOGISTICA:** 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) sono previste ulteriori 5 case della Comunità:

- Oristano
- Tramatza
- Samugheo
- Ghilarza
- Santulussurgiu

Per queste ultime cinque sedi, i cantieri sono stati consegnati alle ditte appaltatrici solamente nel mese di giugno del 2025. Le operazioni dei singoli interventi è programmato che si concludano comunque nel primo

trimestre 2026, così da poter avere la piena funzionalità entro il mese di giugno dell'anno 2026

**PROGETTUALITA':** 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. Saranno inoltre definiti gli 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).

Un progetto pilota allo studio e che si intende attivare nel 2026 riguarderà l'arruolamento di pazienti affetti da scompenso cardiaco e da diabete, identificati su segnalazione dei MMG o dello specialista ambulatoriale quale nodo della rete assistenziale aziendale. Le Case della Comunità assumeranno un ruolo centrale come luogo di coinvolgimento dei vari Professionisti sia al momento dell'arruolamento del paziente, quanto nelle fasi successive, come il controllo dell'aderenza alle terapie e il rispetto degli appuntamenti di follow up e la formazione e l'affiancamento nelle pratiche di autocura, così come definiti nei PDTA aziendali. Questi modelli sperimentali, verranno via via estesi ad altre patologie e alla multimorbidità.

Tuttavia le trasformazioni in atto richiedono un'assistenza sempre più diffusa, flessibile e digitale, capace di raggiungere il cittadino ovunque si trovi nelle periferie più remote, anche attraverso strumenti di telemedicina. Lo sviluppo di strumenti di telemonitoraggio e televisita tra paziente e professionista che ha in carico il paziente, o di teleconsulto tra professionisti in presenza remota, permetterà di effettuare visite, follow-up e monitoraggio dei pazienti che non possono avvicinarsi ad uno dei nodi della rete assistenziale.

Lo sviluppo di questo nuovo modello sarà possibile solo attraverso un'infrastruttura tecnologica ed informatica adeguata e capillare. E' attualmente in corso presso questa Azienda, in collaborazione con il Dipartimento per la sanità digitale e l'innovazione tecnologica e la SC Sistemi Informativi Sanitari e Informatica Clinica di ARES, la realizzazione di un progetto di utilizzo di strumenti di telemedicina e telemonitoraggio per i pazienti affetti da diabete e affetti da scompenso cardiaco con sistema di connessione in remoto.

### **3) L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)**

**FUNZIONI:** *L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC)* 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 nel territorio di riferimento, diverranno il punto centrale 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-morbidità, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali. La figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità è ritenuta strategica 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”.

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.

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).

Di seguito i principali compiti dell'IFeC.

- 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.
- 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, i medici 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.

LOGISTICA: Nel corso del biennio 2024-2025 è stata attivata la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità nell’ambito territoriale di:

- Busachi
- Laconi,
- Bosa,
- Villa Sant'Antonio,
- Oristano,
- Ghilarza, Ales e Terralba (in corso di attivazione).

L'attivazione è stata accompagnata dalla formazione del personale che lavora nel territorio in particolare sulla gestione dell'assistenza della malattia cronica e sul monitoraggio costante dell'andamento della malattia. Il progetto formativo aziendale, concomitante rispetto al progetto formativo regionale, è stato indirizzato a 24 operatori. Il progetto si è sviluppato attraverso un evento di n. 104 ore e verteva sulle seguenti tematiche: "Integrazione territorio ospedale: il ruolo dell'infermiere di comunità" e dai seguenti corsi di formazione specifica, organizzati a livello aziendale, "La presa in carico infermieristica della persona con scompenso cardiaco", "La presa in carico infermieristica della persona con scompenso diabetologico e nefrologico" e "Incontro informativo rivolto all'Infermiere di Comunità per un corretto orientamento sulla presa in carico del paziente con problematiche psichiatriche e/o dipendenza.

PROGETTUALITA': Gli infermieri di Comunità opereranno su specifici progetti sperimentali della presa in carico del paziente con scompenso cardiaco e diabete (progetti meglio specificati di seguito), il tutto finalizzato ad accrescere la consapevolezza del ruolo professionale specifico nel sistema integrato di cure territoriali.

Lo sviluppo del progetto è tuttavia condizionato dalla carenza di risorse infermieristiche; i profili professionali sono presenti nel piano del fabbisogno del personale.

#### **4) L'Ospedale di Comunità**

FUNZIONI: Altro importante progetto di qualificazione dell'assistenza territoriale riguarda l'implementazione dell'assistenza intermedia attraverso *gli Ospedali di Comunità (OSCO)* che garantiscono 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. 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.

LOGISTICA: Per il territorio provinciale di Oristano è stata prevista l'attivazione di due Ospedali di Comunità finanziati con i fondi del PNRR (missione 6 componente 1 investimento 1.3)

- Bosa,
- Ghilarza

I due OSCO sono previsti anche nella Rete Ospedaliera adottata dalla Giunta Regionale (delibera n. 6/15 del 02.02.2016) e approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017.

Infine l'Unione dei comuni dell'Alta Marmilla ha avviato un progetto per il quale ha ottenuto un finanziamento mirato con fondi SNAI per l'apertura di un terzo ospedale di comunità, ad Ales.

Il modello organizzativo degli **Ospedali di Comunità** della Provincia di Oristano si caratterizza per la condivisione delle risorse umane e strumentali tra territorio e presidio ospedaliero; al momento, anche in relazione alla grave carenza di Medici di Medicina generale nel territorio provinciale, le attività di coordinamento sono svolte da un Dirigente medico ospedaliero che garantisce l'attività clinica dei pazienti.

L'ospedale di Comunità di Ghilarza, attivo dal 18 febbraio 2023 e primo in regione Sardegna, sarà modello per l'implementazione dell'OSCO di Bosa.

PROGETTUALITA': L'anno 2026 sarà dedicato all'apertura dell'Ospedale di Comunità di Bosa e alla definizione del suo modello organizzativo e di raccordo con le altre strutture.

## **5) Il NEA (Numero Europeo Armonizzato) 116117**

FUNZIONI: Il *Numero Europeo Armonizzato 116117* è un servizio telefonico unificato a livello europeo che garantisce la possibilità di ricevere risposte, 24 ore 24 e sette giorni su sette, a tutte le chiamate di cure mediche non urgenti e informazioni sui servizi sanitari presenti sul territorio. Il numero unico europeo funziona anche da raccordo con quello di emergenza urgenza 118, che potrà prendere in carico il paziente secondo la gravità del caso, e con i punti di continuità assistenziale (guardia medica), a cui verrà trasferita la chiamata se necessario.

Nel mese di settembre 2025 la ASL di Oristano, in collaborazione con l'Azienda Regionale di Emergenza-Urgenza della Sardegna (AREUS), ha avviato l'utilizzo del NEA (Numero Europeo Armonizzato) 116117 per la gestione dell'assistenza sanitaria non urgente. Sono stati avviati i primi step organizzativi e la formazione per la conoscenza della piattaforma NEA116117 e delle opportunità fornite dall'introduzione dei nuovi strumenti.

PROGETTUALITA': l'implementazione del NEA 116117 rientrerà a pieno titolo nel progetto di sviluppo della rete territoriale e di raccordo con le COT, le Case della Comunità e gli Ospedali della Comunità.

## **6) Assistenza primaria e medicina di prossimità.**

FUNZIONI: Il modello di medicina di prossimità proposto dalla riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, ha come obiettivo quello di consentire a tutti i cittadini l'accesso alle prestazioni sanitarie in maniera diffusa e capillare, permettere al contempo lo sviluppo di una medicina virtuosa capace di incrementare la sostenibilità del sistema che tenga in debito conto sia l'appropriatezza clinica e prescrittiva che quella organizzativa.



Protagonista importante nella garanzia di sostenibilità è il *medico di famiglia ed il Pediatra di Libera Scelta* con la sua azione di cura e promozione della salute favorito dalla presenza capillare nel territorio, che consente una conoscenza profonda del luogo di vita dei propri pazienti, delle loro abitudini e degli stili vita.

Il nuovo modello organizzativo della medicina generale prevede con il Ruolo Unico di Assistenza Primaria la confluenza della medicina di famiglia (assistenza primaria a ciclo di scelta) e della continuità assistenziale (assistenza primaria ad attività oraria) in un'unica figura professionale, consentendo ai medici di famiglia, oltre al loro incarico tradizionale, di svolgere anche attività di guardia medica, e viceversa.

Il fenomeno del sempre crescente numero di sedi carenti di assistenza primaria a livello regionale e nazionale ha lasciato una parte della popolazione priva di medico di medicina generale. Questo grave problema è stato affrontato nella nostra Azienda, sviluppando strategie alternative di assistenza, nel rispetto di quanto previsto dall'ACN, tra cui la più importante è stato il Progetto ASCoT. Gli ambulatori straordinari di comunità territoriali" (Ascot) attivati da questa Azienda per far fronte a tale criticità sono dedicati esclusivamente ai cittadini senza assistenza sanitaria di base, residenti nell'ambito territoriale di riferimento, garantiscono quanto previsto con l'ACN, quindi prescrizioni, visite urgenti e non urgenti, rinnovi di piani terapeutici e certificati di malattia.

CRITICITA': A fronte di una popolazione complessiva di 137.130 assistibili, secondo i dati ISTAT relativi al 01/01/2025, le sedi previste secondo ACN risultano essere 136, ma di queste risultano assegnate a Medici Titolari e Provvisori solo 64, con un totale di 56 sedi vacanti bandite con l'ultima manifestazione per incaricati a Ruolo Unico.

Le maggiori criticità nel ricoprire le sedi carenti ovviamente sono presenti nei territori più periferici nel distretto di Ales Terralba e del distretto di Ghilarza Bosa, dove tra l'altro si riscontra il più alto indice di invecchiamento e spopolamento. Tale situazione peggiorerà nel 2026 con la quiescenza di almeno 9 professionisti.

La problematica è ancora più critica nella Pediatria di libera scelta. Dagli indici ISTAT al 01/01/2025 infatti nei tre distretti, risultava una popolazione totale di 10.237 minori, di cui 4.502 di età 0-6, 8.190 di età 7-13. Su 13 sedi previste da ACN solo 8 risultano occupate da titolare di pediatra, e tre di questi potrebbero essere prossimi alla quiescenza od al trasferimento in altre ASL. La ASL di Oristano nel 2025 ha bandito 5 sedi ancora vacanti.

I numerosi bandi di sostituzione o di incarico provvisorio negli ambiti territoriali interessati, espletati sotto nostra richiesta da ARES, sono andati quasi tutti deserti. L'istituto della deroga al massimale con aumento della quota assistiti a 1.800 unità è stata espedita più volte; anche il ricorso straordinario alla Guardia Medica Diurna si è rivelato totalmente inadeguato al fabbisogno della collettività in quanto anche l'ultimo ACN della Medicina generale per il triennio 2019-2021 agli articoli 43 e 45 limitava enormemente il potere prescrittivo e assistenziale di tali figure.

PROGETTUALITA': Il progressivo incremento delle sedi carenti e conseguentemente l'attivazione degli ambulatori ASCoT, dimostra che il problema dell'assistenza primaria non vedrà nell'immediato soluzione o miglioramento. Questa Azienda tuttavia continua a monitorare la presenza di sedi carenti e ad organizzare giornalmente i turni degli ASCoT già presenti o di nuova nomina.

## 7) Le Cure Domiciliari integrate

**FUNZIONI:** *L'Assistenza domiciliare*, si riferisce all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc. sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana; il tutto si svolge all'interno dell'ambito domestico del paziente che si tende a promuovere quale primo luogo di cura. Il potenziamento di questa forma di assistenza alternativa al ricovero, in particolare delle cure domiciliari integrate e delle cure palliative avviene in stretto raccordo con le programmazioni locali sociali e socio sanitarie dei PLUS.

Il DM 77/2022, con la cornice del PNRR, tra gli obiettivi di potenziamento delle attività distrettuali individua:

- la casa come luogo privilegiato dell'assistenza e dell'integrazione socio-sanitaria;
- lo sviluppo di equipe multiprofessionali, per prendere in carico la persona in modo olistico soprattutto nelle condizioni di fragilità.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nella Missione 6, Componente 1, Investimento 1.2.1 "La casa come primo luogo di cura (ADI)", pone come obiettivo quello di aumentare il volume delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare, fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni.

La carenza diffusa di MMG, pur con la collaborazione dei Medici ASCOT, condiziona in modo evidente la richiesta di attivazione di Cure domiciliari

**LOGISTICA:** Il servizio è erogato in 5 ambiti territoriali, attualmente con operatori dedicati, (Ghilarza, Bosa, Ales, Terralba, Oristano). Il servizio ADI è operativo 5 gg/7gg, 8h/24h con possibilità di assicurare la continuità delle attività nei festivi solo in casi eccezionali.

**PROGETTUALITA':** nel prossimo triennio il servizio ADI sarà operante fisicamente e funzionalmente dentro le Case della Comunità (CdC) di prossimo avvio, che rappresenteranno il luogo dell'integrazione socio-sanitaria e multiprofessionale, secondo quanto previsto dal DM 77/2022. Infatti, quotidianamente, gli operatori dell'ADI, si prendono cura dei Pazienti più fragili, spesso pluripatologici, con determinanti di salute complessi che sconfinano nel contesto culturale e sociale in cui il paziente e il suo nucleo familiare vivono. Talvolta si trovano ad operare dove manca una rete informale di riferimento e l'approccio va costruito con i Servizi sociali dei comuni e il personale dell'assistenza anch'essi presenti nella Casa della Comunità. Altro passo importante da fare nel triennio sarà quello di programmare l'uso di tecnologie ICT, che consentono la "telemedicina", assicurando ascolto, osservazione, comunicazione con utente e caregiver anche a distanza. Il Servizio ADI sarà quindi coinvolto nella sperimentazione degli strumenti di Telemedicina nei Pazienti con Diabete e con Scompenso cardiaco in corso di realizzazione;

In attesa di utilizzare tali strumenti si potrà predisporre il monitoraggio giornaliero telefonico, oltre che gli accessi a domicilio, per pazienti che presentano una situazione di difficoltà contingente. Tale intervento si ritiene utile ancor di più quando il paziente è privo di Medico di medicina generale e ha come riferimento il

Medico ASCoT, con una minore disponibilità di tempo da parte dello stesso. Il monitoraggio telefonico può consentire inoltre il contatto tempestivo con i servizi dell'emergenza e urgenza, quando si ravvisa la situazione di impossibilità alla prosecuzione dell'intervento di cura a domicilio, per il sopraggiungere improvvisa di una criticità.

Sempre nel triennio il Servizio ADI prevede di favorire un modello di cure più personalizzato e centrato sulla persona, programmando nuovi incontri con MMG/PLS per migliorare il percorso delle Cure domiciliari dalla presa in carico, al monitoraggio e rivalutazione del piano assistenziale e più in generale realizzando percorsi formativi con il coinvolgimento di MMG/PLS, medici ASCoT, Assistenti sociali dei Comuni, caregiver/familiari, dipendenti ASL, per generare la cultura della integrazione e creare percorsi socio-sanitari condivisi di cure domiciliari.

Sarà inoltre oggetto di studio la fattibilità di stilare protocolli di intesa tra ASL, Enti Locali e Terzo Settore per definire una collaborazione finalizzata alla presa in cura socio-sanitaria del Paziente, rafforzando così la collaborazione tra enti sanitari, sociali e territoriali con la costruzione di una rete formale e informale del paziente attraverso la mappatura dei servizi e delle risorse locali, uscendo dalla logica degli interventi per compartimenti e garantire una completa presa in carico.

## **8) Il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)**

**FINALITA':** *il Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)*, rappresenta da tempo il punto di riferimento aziendale per la diagnosi e cura dei disturbi cognitivi e comportamentali correlati alle demenze. La demenza di Alzheimer (AD) è la più comune forma di demenza, rappresentandone oltre il 60% dei casi; la prevalenza aumenta con l'età ed è stimata fino al 30% nella popolazione over 65 anni.

Il CDCD offre servizi di diagnosi, cura e follow-up dei pazienti, ma anche supporto ai caregiver, sia in presenza che attraverso un centro di ascolto, attraverso cui vengono fornite informazioni a caregiver e familiari sulla gestione sia farmacologica che non, dei disturbi cognitivi e comportamentali, oltre che notizie utili sui possibili servizi a disposizione sul territorio a supporto di tali problematiche.

Attualmente il Centro ha in carico oltre 3.500 pazienti affetti da disturbo neurocognitivo.

**LOGISTICA:** la rete aziendale per la Diagnosi e la Cura delle Demenze ha il suo centro principale a Ghilarza; nel corso del 2025 sono state aperte le sedi di Terralba, Ales e Oristano; è ancora da attivare la sede di Bosa. Nel Centro collaborano diverse figure infermieristiche che, oltre alla gestione degli appuntamenti (prenotazioni e recall), si occupano dell'accoglienza del paziente.

**PROGETTUALITA':** Al fine di offrire risposte sempre più mirate e aggiornate ai pazienti, potenziare l'attività del Centro, e dare nello stesso tempo ulteriore visibilità, si è aderito al progetto sperimentale bandito dall'Istituto Superiore di Sanità, che ha arruolato molteplici CDCD della nostra nazione, in cui si vogliono verificare gli effetti, sulla malattia neurocognitiva, di un approccio combinato neuroriabilitativo e neuromotorio.

Tale progetto mette a disposizione fondi nazionali, in parte già stanziati, dedicati anche all'arruolamento di un neuropsicologo e di un fisioterapista da assegnare ai Centri. ARES ha il governo delle risorse

economiche e delle procedure per il reclutamento del personale e l'acquisizione delle risorse strumentali. Ad oggi purtroppo soprattutto la figura professionale dello neuropsicologo non è ancora stata reclutata.

Nell'anno 2026 si prevede l'attivazione della sede di Bosa.

Inoltre è prevista l'apertura dell'Ambulatorio Infermieristico dedicato che permetterebbe di effettuare una valutazione cognitiva di base a pazienti già noti che non abbiano manifestato problematiche particolari. L'ambulatorio potrebbe inoltre occuparsi del percorso del paziente per l'effettuazione di prelievi ed ECG oltre ad altre misurazioni dei parametri vitali al fine di ridurre i tempi per l'inizio di una eventuale terapia mirata. Tale ambulatorio permetterebbe quindi di fornire a familiari e caregiver uno sportello in presenza per l'educazione al caregiving.

Al fine di potenziare l'attività di sorveglianza per una maggiore sicurezza del paziente, alleviando in tal modo, almeno in parte, lo stress correlato all'assistenza ed alla supervisione dello stesso, si è aderito al "Progetto regionale IN.DO.M.A.U.S. - DOMOTICA PER MINORI E ANZIANI". Tale progetto consentirebbe l'acquisto di presidi per telecontrollo/telemonitoraggio e supervisione, da assegnare ai pazienti afferenti al Centro per la loro assistenza al domicilio. Per poter fornire ulteriore supporto ai pazienti e alle famiglie, sarà premura del CDCD, attraverso la presa di accordi con enti del terzo settore presenti nel territorio, organizzare incontri informativi/formativi rivolti a familiari e caregiver.

Laddove vi siano spazi idonei, sarebbe auspicabile l'istituzione di "Caffè Alzheimer", luoghi di incontro informali e accoglienti dove persone con demenza e i loro familiari possono socializzare, condividere esperienze, ricevere supporto e informazioni, il tutto in un ambiente amichevole e stimolante. Questi spazi offrono attività mirate a mantenere attive le capacità cognitive e relazionali dei partecipanti, riducendo l'isolamento e migliorando la qualità della vita per tutti i soggetti coinvolti.

Per poter tuttavia attivare tali servizi è imperativa la necessità della presenza di un neuropsicologo dedicato, per il quale è stata sollecitata l'assunzione ad ARES, anche in considerazione della presenza di fondi messi a disposizione dal Piano Triennale per le Demenze, già stanziati. L'assenza del neuropsicologo, infatti, non solo comporta maggiori difficoltà nella definizione diagnostica, soprattutto precoce, del DNC, ma impedisce anche la messa in atto di politiche di supporto psicologico ai pazienti e, soprattutto, ai familiari dei pazienti (spesso definiti la "seconda vittima della demenza").

Per poter far fronte alle sempre più numerose richieste e poter rivalutare in tempi congrui i pazienti già in carico al centro, si prevede l'assunzione di personale medico specialista (geriatra e/o neurologo).

### **9) I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).**

FUNZIONI: Altrettanto importanti e funzionali alla presa in carico del paziente sono i progetti di implementazione o aggiornamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). In tal senso, il PDTA deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale o domiciliare, altre in condizione di degenza, finalizzate alla gestione programmata e appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso.

Negli anni 2023 e 2024 sono stati costituiti dei gruppi di lavoro aziendali multidisciplinari per la redazione dei PDTA per il trattamento dei Tumori alla Mammella, per lo Scompenso Cardiaco, per il trattamento dei Tumori del Colon e del Retto, per il paziente affetto da lesioni da Piede Diabetico e per la transizione dei giovani con Diabete mellito dalla diabetologia pediatria a quella dell'adulto. I progetti, conclusi, hanno coinvolto sia le strutture territoriali che ospedaliere e interessano tutte le fasi del percorso dalla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione. Nel corso del 2025 si proseguirà con lo sviluppo di ulteriori PDTA aziendali soprattutto per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (diabete, malattie croniche renali e respiratorie).

#### PROGETTUALITA':

Quale effetto naturale della redazione e applicazione a regime dei PDTA si procederà in via sperimentale con la creazione delle reti aziendali di cura partendo nel 2026 con la rete di cura dello scompenso cardiaco e proseguendo nel biennio successivo con la rete di cura del diabete e delle altre patologie croniche. Le Reti di cura prevedono la riorganizzazione delle strutture e dei servizi con una maggiore flessibilità dei modelli organizzativi e operativi e una forte integrazione tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, con servizi strutturati e organizzati, reti specialistiche multidisciplinari, team professionali dedicati e modelli di integrazione socio-sanitaria. Il modello organizzativo in rete dovrà operare secondo quanto delineato nei PDTA aziendali standardizzati. Nella gestione integrata della cronicità il medico di medicina generale è sicuramente il principale referente della presa in carico e dell'attivazione del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato per il paziente stesso.

#### **10) Gli strumenti e tecnologie ICT - La Telemedicina e il Tele-monitoraggio**

FINALITA': Il secondo ambito di intervento citato nel Piano Nazionale della Cronicità è quello della valorizzazione dei modelli innovativi per la gestione della cronicità: *la telemedicina*. Questa 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.

STATO DELL'ARTE: 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 tele diagnosi e rinvia il referto al mittente.

Altro ambito in cui la telemedicina è utilizzata in questa Azienda è quello cardiologico per il quale 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 Cardiochirurgia 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.

PROGETTUALITA': in collaborazione con l'ICT di ARES sono in corso di realizzazione progetti di telemedicina e telemonitoraggio con i reparti di Cardiologia e Diabetologia che saranno oggetto di perfezionamento e sviluppo nella prossima annualità.

### **11) Le Reti Assistenziali nel territorio**

FINALITA': Il Piano Nazionale della Cronicità, approvato in Conferenza Stato-Regioni in data 15 settembre 2016 è stato recepito dalla Regione Sardegna con la deliberazione della Giunta regionale n. 36/44 del 31.8.2021 ove è prevista la promozione delle *Reti di cura*. Nello specifico è prevista la valorizzazione della rete assistenziale attraverso la riorganizzazione delle strutture e dei servizi con una maggiore flessibilità dei modelli organizzativi e operativi e una forte integrazione tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, con servizi strutturati e organizzati, reti specialistiche multidisciplinari, team professionali dedicati e modelli di integrazione socio-sanitaria.

PROGETTUALITA':

#### ***La Rete assistenziale aziendale del paziente con Scompenso Cardiaco***

Come già accennato lo scompenso cardiaco (SC) rappresenta oggi una delle patologie croniche di maggiore rilevanza clinica ed economica: crescente numero di pazienti, elevata morbilità e mortalità, necessità di frequenti ospedalizzazioni. La risposta complessiva del sistema ai bisogni dei pazienti con scompenso è ancora oggi troppo spesso discontinua e frammentaria in ragione della presenza a tutti i livelli di eterogeneità culturali, professionali ed organizzative, unitamente alla mancanza di un coordinamento generale. Nell'ambito di una nuova ed efficiente organizzazione della rete assistenziale, è emersa la necessità di una ridefinizione dei ruoli e delle responsabilità delle diverse figure professionali medico-infermieristiche, attraverso la redazione del PDTA aziendale per la presa in carico del paziente con Scompenso Cardiaco, nato nel 2024. Nel definire la nuova rete assistenziale per lo scompenso è stato opportuno identificare differenti percorsi di cura, che si caratterizzano in relazione alla severità della malattia ed alla presenza di comorbilità, all'età ed al tessuto sociale di riferimento. Fondamentale è stata la comunicazione e la condivisione dei percorsi assistenziali tra struttura ospedaliera e territoriale, entrambi decisivi per un'efficace continuità assistenziale e garanzia della qualità delle cure.

L'attivazione della rete potrà avvenire da parte del medico di medicina generale (MMG) che ha in cura il paziente e che rappresenta, insieme alle figure professionali del Distretto, anche il professionista che riprende in carico il paziente dopo la fase di instabilizzazione della malattia e che viene continuamente coinvolto nei vari processi di cura della fase cronica.

La continuità assistenziale rappresenta uno strumento fondamentale di integrazione ospedale-territorio, per garantire la presa in carico territoriale in caso di ospedalizzazione dei pazienti che necessiteranno di una dimissione protetta e/o di una assistenza domiciliare integrata, con l'obiettivo di ridurre il numero delle

riospedalizzazioni e con una particolare attenzione, oltre che agli aspetti clinico-assistenziali, anche alle problematiche socio-assistenziali ed a quelle legate alle cure palliative.

Il MMG e l'Infermiere di comunità hanno un ruolo fondamentale nella rete assistenziale dello scompenso e nella identificazione della persona a rischio di SC per l'attivazione di interventi di prevenzione. Inoltre, il monitoraggio proattivo dei pazienti con fattori di rischio cardio vascolare o con cardiopatie strutturali permette al MMG e all'Infermiere di comunità di individuare precocemente i pazienti sintomatici per SC. Ai fini del corretto inquadramento del paziente il MMG collaborerà strettamente con il cardiologo del territorio.

Infatti la sfida della gestione clinico-assistenziale di questa patologia è quella di gestire il paziente mantenendolo il più possibile in condizioni cliniche stazionarie, prevenendo le riacutizzazioni e, dunque, riducendo le riospedalizzazioni. Al fine di migliorare lo stato funzionale e della qualità della vita del paziente con diagnosi di scompenso cardiaco risulta fondamentale l'educazione del paziente e il monitoraggio costante dello stesso per verificare l'adesione e la capacità di autogestione della terapia, l'individuazione precoce dei casi a rischio di instabilizzazione e il controllo della progressione della malattia.

Di seguito si elencano le azioni che si metteranno in atto per lo sviluppo del progetto nell'anno in corso e nell'annualità 2026:

- attivazione degli ambulatori territoriali dello scompenso in ogni Distretto Socio Sanitario con l'attivazione anche di un ambulatorio infermieristico in stretto raccordo con l'ambulatorio ospedaliero già attivo;
- coinvolgimento degli Infermieri di comunità con un ruolo proattivo per il counseling (stile di vita, aderenza alla terapia), la valutazione anamnestica e dei parametri del paziente, l'educazione all'autocontrollo di pressione arteriosa (PA), frequenza cardiaca (FC) e peso corporeo ogni 6-12 mesi o in base al quadro clinico, e la segnalazione al MMG dei pazienti che presentano una modifica del quadro clinico e con parametri fuori target.

### ***La Rete assistenziale aziendale del paziente con Diabete***

Il Piano regionale dei servizi Sanitari 2006-2008, riconosce il diabete mellito come malattia ad alta specificità per la Sardegna e stabilisce che è obiettivo prioritario della programmazione regionale l'istituzione di una rete integrata di strutture sanitarie specifiche per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito e delle malattie metaboliche correlate, in grado di garantire interventi integrati, continuità assistenziale e approccio multidisciplinare.

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 39/23 del 26.9.2013, è stato formalmente recepito a livello regionale il Piano nazionale per la malattia diabetica, approvato con l'Accordo Stato-Regioni del 6 dicembre 2012; il Piano individua gli aspetti prioritari da migliorare, con particolare riguardo al potenziamento delle attività di prevenzione, all'integrazione e al coordinamento tra livelli di assistenza, alla continuità assistenziale, all'uso appropriato delle tecnologie e al coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura. Per promuovere i lavori necessari in tale ambito a livello regionale con proprio decreto n. 5133 dell'8.6.2021 è stata ricostituita e da ultimo rinnovata, con il decreto n. 3546 del 13.4.2023, la Consulta regionale della diabetologia e malattie metaboliche correlate. Con lo stesso decreto sono stati istituiti i Coordinamenti interaziendali regionali relativi alla sezione diabete in età adulta, alla sezione diabete in età pediatrica, alla

sezione tecnologie con funzioni consultive e di supporto tecnico alle attività di programmazione e di riorganizzazione dell'assistenza diabetologica in Sardegna.

Il diabete è richiamato anche nel Piano nazionale della cronicità (PNC), recepito dalla Regione Sardegna, che prevede la promozione delle Reti di cura.

La DGR 5/37 del 23.02.2024 infine detta le Linee di indirizzo per la riorganizzazione della Rete diabetologica regionale pediatrica con il relativo PDTA e della Rete diabetologica adulti e della fase della transizione.

Per quanto attiene al diabete in età pediatrica la DGR 5/37 del 2024 individua l'UO di Pediatria del PO San Martino di Oristano quale centro Diabetologico Pediatrico spoke appartenente all'hub di Cagliari a cui afferisce anche lo spoke della ASL di Iglesias e di Lanusei.

In linea con il Piano Nazionale, nella sezione "transizione dei giovani diabetici verso l'età adulta", le linee guida regionali dettano importanti indicazioni per la gestione della fase di continuità delle cure, per evitare che tale transizione venga attuata in modo disomogeneo; nel 2024 le UUOO di Pediatria e di Diabetologia della ASL di Oristano hanno redatto un PDTA Aziendale per favorire nel modo appropriato il passaggio del giovane con diabete dalla Diabetologia Pediatrica a quella dell'Adulto, adottato a regime nel 2025.

Il modello organizzativo in rete per l'assistenza del paziente con diabete dovrà rafforzare l'integrazione tra l'ospedale e il territorio e il coordinamento tra tutte le strutture specialistiche territoriali ed ospedaliere e tra le stesse e la medicina del territorio (MMG), secondo i PDTA aziendali standardizzati, con un'attenzione mirata all'empowerment, la capacità di far fronte alla convivenza con la patologia, e al self-care attraverso programmi di educazione sanitaria

Nel progetto di rete è preziosa l'assistenza infermieristica all'interno del Team Diabetologico (Ambulatorio Infermieristico Diabetologico), con compiti prevalenti di verifica del raggiungimento degli obiettivi educativi, di screening delle complicanze. Gli infermieri dell'ambulatorio infermieristico diabetologico supporteranno e formeranno costantemente gli Infermieri di Comunità che faranno parte della rete e che contribuiranno a rendere più capillare il supporto infermieristico nel territorio aziendale. Infatti molti fattori determinano la difficoltà da parte delle persone con diabete ad aderire ai piani di cura: scarsa informazione, atteggiamenti passivi e fatalistici, difficoltà nei cambiamenti dello stile di vita (attività fisica, alimentazione, ecc). Queste difficoltà nascono anche per la mancanza di sistemi di supporto fuori dai luoghi di cura; è per questo motivo che si è reso necessario che il percorso assistenziale fosse integrato nel contesto sociale in cui la persona vive. Il diabete mellito infatti è una malattia cronico degenerativa complessa che, in mancanza di un adeguato controllo glicemico e dei fattori di rischio cardiovascolari comporta complicanze frequenti che possono essere severe come infarto, ictus, insufficienza renale terminale, retinopatia diabetica, ulcere agli arti inferiori, per nominare solo le più note e importanti. Poiché è una malattia cronica necessita di essere monitorata per tutta la vita del paziente. Sempre all'interno della rete sono inseriti gli infermieri che operano nell'ADI nonché gli infermieri dell'Ospedale di Comunità e dell'Istituto Penitenziario della Provincia che dovranno gestire la malattia cronica e il monitoraggio costante dell'andamento della malattia. Questo progetto di cui è stato promotore l'UO di Diabetologia della nostra Azienda, pone le basi per un'assistenza in rete nel territorio e per la concreta presa in carico e monitoraggio del paziente nel territorio di prossimità.

Per il buon funzionamento della rete inoltre i Medici Specialisti Convenzionati interni per la branca di Diabetologia e Malattie Metaboliche (Medici Specialisti Ambulatoriali), che operano nei Poliambulatori dei Distretti Sanitari, saranno integrati nella rete di assistenza territoriale. Gli attuali ambulatori diabetologici distrettuali presenti nella nostra Azienda oltre ad Oristano sono operativi a Ales, Terralba, Ghilarza, Cuglieri



e Bosa. L'elemento distintivo della rete clinica è la natura professionale degli scambi tra i nodi della rete per offrire una risposta integrata ai bisogni del paziente e rispettosa di pari opportunità di cura. I professionisti della rete condivideranno i PDTA specifici per linea di prodotto e parteciperanno ad Audit e meeting periodici per stimolare il confronto su temi quali la prescrivibilità di Device e Farmaci ad alto costo e condividere i criteri clinici di priorità d'invio dei pazienti alla prima visita diabetologica da parte dei MMG, condivideranno inoltre l'elaborazione di programmi per la formazione permanente e continua dei MMG e daranno impulso ad attività di screening e di promozione di sani stili di vita .

Per l'anno 2025 funzioneranno a regime il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la presa in carico del paziente affetto da lesioni da Piede Diabetico e quello per la transizione dei giovani diabetici verso l'età adulta, redatti nel 2024, e sarà avviata la redazione del PDTA per la presa in carico del paziente con diabete in età adulta che si concluderà nell'anno 2026.

Nel 2026 si procederà quindi in via sperimentale con la presa in carico da parte degli Infermieri di comunità di quei pazienti con diabete che si trovano in particolari condizioni di fragilità. Il Servizio di Diabetologia individuerà un certo numero di pazienti selezionati che hanno necessità di un supporto e un monitoraggio specifico, comunicherà all'infermiere di comunità gli interventi da effettuare per affiancare il paziente nell'ambulatorio più prossimo alla sua residenza, creando così un collegamento costante tra centro e altri nodi della rete per l'assistenza dei pazienti.

Altro progetto che il Servizio di Diabetologia propone, per venire incontro alle categorie di pazienti fragili e anziani che hanno difficoltà ad accedere alle strutture sanitarie o che dimorano presso Case di Riposo o Residenze Sanitarie Assistite, è quello del telemonitoraggio della glicemia. Questo progetto è ora possibile perché ad oggi quasi tutti i glucometri e anche un sensore per la determinazione del glucosio, possono interfacciarsi con la cartella Diabetologica "METACLINIC", (acquisita da ARES e in rete con quasi tutte le Diabetologie della Sardegna), e qualora attivata la corretta procedura, permette al Diabetologo di verificare a distanza i valori glicemici direttamente nella cartella informatizzata.

### ***La Rete assistenziale aziendale del paziente oncologico***

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.

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), per i quali sono stati ottenuti ottimi risultati in termini di copertura in tutti gli screening oncologici, superando il target regionale proposto. 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 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. Questo approccio come già accennato è presente nei PDTA aziendali redatti nel 2024 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) e negli ospedali.

Rispetto ai quattro tumori più diffusi, cosiddetti "*big killer*" (tumore al polmone, mammella, colon retto e prostata), questa Azienda nell'anno 2024 ha lavorato alla redazione del PDTA per il trattamento dei tumori alla mammella, del colon e del retto, mediante la costituzione di specifici gruppo di lavoro.

I PDTA sono stati 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 scegliendo la miglior sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere rispetto alla nostra situazione organizzativa e alla nostra disponibilità di risorse.

I percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per le malattie oncologiche delineati da questa Azienda cominciano ancora prima della diagnosi e evitano che il paziente già al momento del sospetto diagnostico inizi una rincorsa agli accertamenti necessari con conseguenti problematiche sia organizzative che economiche per lo stesso.

Per questo motivo l'attivazione del Centro di Accoglienza e Servizi (C.A.S.) aziendale si presenta quale valido strumento all'interno del percorso, che permette 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, è possibile attivare in modalità agevolata la gestione del percorso di presa in carico e di follow-up.

Il Centro di Accoglienza e Servizi (C.A.S.) è disegnato secondo un modello di rete non solo interna all'azienda ma anche con gli altri C.A.S. regionali. Il Centro accoglie il paziente con sospetto o prima diagnosi di patologia oncologica, informandolo in merito alle modalità di accesso e lo supporta 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.

Sempre nel 2024, ai sensi della DGR 38/49 del 17.11.2023, sono stati attivati i Gruppi Interdisciplinari di Cura (GIC) per specifiche patologie oncologiche che, dopo una valutazione complessiva del paziente con una visione globale e psico/bio/sociale della persona e un'interdisciplinarietà dell'approccio clinico, stabiliscono insieme il percorso di diagnosi e cura più appropriato anche sulla base del PDTA di riferimento ed eventualmente ricorrendo al parere del Molecular Tumor Board. Nel 2025 il GIC ha strutturato la sua attività e i suoi interventi mediante precisi piani di attività intervenendo su segnalazione del CAS.

Nel 2026 si proseguiranno le attività e saranno monitorati i risultati degli interventi messi in atto con l'attivazione dei PDTA, anche con strumenti quali quello dell'audit clinico.

## **12) Il governo delle Liste d'Attesa per la specialistica ambulatoriale**

**FUNZIONI:** Il *governo delle Liste d'attesa* è un'importante priorità per tutte le Aziende sanitarie Locali. Nel periodo post-covid, nella ASL di Oristano, si è verificata una progressiva riduzione delle risorse professionali disponibili a fronte di un incremento della domanda delle prestazioni. Ciò ha determinato la necessità di azioni mirate volte ad ottimizzare i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche, sia nei Presidi ospedalieri che in quelli Territoriali. L'Assessorato regionale alla Sanità è intervenuta con la DGR n. 33/5 del 13/10/2023 "Accordo integrativo regionale per la specialistica ambulatoriale interna. Smaltimento liste d'attesa".

La ASL di Oristano, in data 04/12/2023, ha siglato con le organizzazioni sindacali di categoria firmatarie dell'AIR per la Medicina Specialistica ambulatoriale interna uno specifico Accordo attuativo aziendale con l'avvio del Progetto (Delibera della Direzione Generale n.295 del 15/05/2024 e successiva rettifica formale n.346 del 04/06/2024).

In data 20 novembre 2024 l'Assessorato alla Sanità, con la Delibera Di Giunta Regionale (D.G.R.) n. 44/17 ha conferito mandato alle aziende sanitarie di aggiornare i propri PAGLA, ed è stato approvato l'Accordo Integrativo Regionale (AIR) per la specialistica ambulatoriale interna - Smaltimento liste di attesa" (D.G.R. n. 51/41 18/12/2024).

Il progetto della ASL di Oristano, iniziato nel 2024, intende garantire la prosecuzione delle Attività per l'Abbattimento Liste d'attesa fino al 31 dicembre 2025, mantenendo sostanzialmente invariata l'organizzazione e la tempistica approvata, aggiornando la parte corrispondente agli emolumenti dei Professionisti coinvolti come da Legge di Bilancio n. 13 del 30.12.2023.

Il Progetto è partito con l'adesione di 13 Specialisti Ambulatoriali divenuti 16 alla fine del 2024, per portarsi agli attuali 21.

Nelle tabelle seguenti riportiamo i dati relativi alle ore fornite per il Progetto Abbattimento Liste d'Attesa della Specialistica Ambulatoriale rispettivamente per l'anno 2024 e per il 2025.

RIEPILOGO ORE SPECIALISTI AMBULATORIALI ANNO 2024													
MATRIC	SPECI ALIST A	BRANCA	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET T	OTT	NOV	DIC	TOT
30****	C. S.	ORL	16,00	32,00	32,00	31,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	111,98
30****	C. A.	OSTETR/GIN EC	13,18	18,30	23,58	25,47	24,77	24,60	28,25	31,97	28,50	21,26	239,88
30****	D.G.	ORL	15,53	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,53
30****	G.A.	REUMATOLO GIA	0,00	14,50	9,56	19,78	14,53	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	58,37
30****	M.L.	ORTOPEDIA	30,50	40,50	41,33	41,08	84,85	71,85	97,55	112,1 7	70,00	52,13	641,96
30****	M.M	NEUROLOGI A	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
30****	P.S.	RADIOLOGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,00	16,60	12,68	38,28
30****	O.M.	DIABETOLOG IA	0,00	26,00	27,90	28,12	13,30	6,65	30,00	40,68	32,80	24,13	229,58
30****	O.M	NEFROLOGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
30****	P.A.M.	OCULISTICA	13,47	30,00	26,38	23,83	0,00	26,53	30,45	29,70	26,23	22,68	229,27
30****	P.G.	ORL	6,14	12,00	6,02	12,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	36,28
30****	P.V.	CARDIOLOGI A	6,21	9,40	15,43	13,22	12,60	9,43	9,45	12,68	12,78	6,20	107,40
30****	P.M.	OSTETR/GIN EC	32,27	51,40	58,19	51,48	51,63	32,25	51,41	64,17	51,45	38,71	482,96
30****	R.P	ODONTOIAT RIA	14,01	23,00	33,01	28,00	30,16	24,40	30,38	29,72	28,35	24,20	265,23
30****	S.P.	ANGIOLOGIA	21,55	28,40	36,10	28,23	14,00	21,13	36,16	28,77	42,83	25,70	282,87
30****	Z.S	CARDIOLOGI A	19,03	25,20	18,53	31,20	25,35	25,31	6,13	12,37	24,78	19,16	207,06
TOTALE ORE SPECIALISTI			187,89	310,70	328,03	334,51	271,19	242,1 5	319,7 8	371,2 3	334,3 2	246,8 5	2.946,65

RIEPILOGO ORE SPECIALISTI AMBULATORIALI ANNO 2025															
MATRIC	SPECI ALISTA	BRANCA	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	L U G	A G O	S E T T	O T T	N O V	D I C	TOT
30****	C.S	ORL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
30****	C.A	OSTETR/GINEC	23,60	28,27	24,53	24,62	28,10	21,48							150,60
30****	C.L	CARDIOLOGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,82							13,82
30****	D.G.	ORL	38,70	37,92	36,11	27,40	31,37	32,37							203,86
30****	G.A.	REUMATOLOGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
30****	M.L.	ORTOPEDIA	76,00	61,88	68,73	75,80	68,68	68,55							419,64
30****	M.M.	NEUROLOGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
30****	P.S.N.	RADIOLOGIA	8,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							8,00
30****	S.P.	ANGIOLOGIA	35,17	34,53	34,85	35,45	35,25	35,62							210,87
30****	S.S.	ORL	0,00	0,00	0,00	0,00	35,25	19,60							54,85
30****	S.S	GERIATRIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	28,22							28,22
30****	O.M.	DIABETOLOGIA	33,68	20,57	29,00	28,00	23,48	23,63							158,37
30****	O.M	NEFROLOGIA	0,00	0,00	0,00	20,37	19,38	21,38							61,14
30****	P.SN.	RADIOLOGIA	0,00	11,12	11,85	9,20	7,77	6,15							46,09
30****	P.E	ODONTOIATRIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,10							15,10
30****	P.A.M.	OCULISTICA	22,70	22,45	29,36	25,65	25,48	18,98							144,63
30****	P.V	ORL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,05							4,05
30****	P.G.	ORL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
30****	P.V.	CARDIOLOGIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
30****	P.M.	OSTETR/GINEC	57,87	38,42	51,06	58,27	52,20	39,17							296,99
30****	R.P	ODONTOIATRIA	33,27	29,97	32,45	26,97	30,98	31,28							184,93
30****	Z.S.	CARDIOLOGIA	0,00	24,78	18,78	18,47	25,10	28,22							115,35
TOTALE ORE SPECIALISTI			328,99	309,91	336,7 2	350,2 0	383,05	407,62							2.116,49

#### PROGETTUALITA':

- Incremento nell'arruolamento degli specialisti anche provenienti da altre ASL
- Implementazione di percorsi finalizzati al miglioramento dell'Appropriatezza clinica e Prescrittiva delle prestazioni erogate con l'avvio di Comunità di Pratica finalizzate alla formazione specifica

degli Erogatori e dei Prescrittori per la costruzione del “Nuovo Patto sull’Appropriatezza Prescrittiva

- Implementazione e riorganizzazione del CUP aziendale in sinergia con quello regionale
- Implementazione di percorsi dedicati esclusivamente alle prime visite e alle diagnosi di nuove patologie
- Affinamento dei Percorsi dedicati alle prestazioni delle visite successive alla prima per le Cronicità, con un’attenzione particolare a privilegiare la condizione dei pazienti con maggior fragilità con l’obiettivo di una erogazione più equa e distribuita capillarmente sul territorio.

Con riferimento alla linea progettuale della implementazione di percorsi finalizzati al miglioramento dell’Appropriatezza clinica e prescrittiva e lo sviluppo delle reti assistenziali aziendali si specificano di seguito alcune attività intraprese e da sviluppare e altre da avviare nel triennio.

- Implementazione e diffusione sul territorio dei percorsi clinico-assistenziali già conclusi dalla Asl di Oristano (PDTA Scompenso Cardiaco, PDTA Tumori del colon e del retto, PDTA Anemia nel paziente adulto-anziano, PDTA del piede diabetico e PDTA per la transizione dei giovani con Diabete mellito dalla diabetologia pediatria a quella dell’adulto).
- Avvio nell’anno in corso degli incontri per la definizione dei percorsi clinico-assistenziali relativi ad alcune patologie croniche: diabete, insufficienza renale cronica, broncopneumopatia ostruttiva cronica. L’interesse dei lavori sarà rivolto alla popolazione fragile nell’ottica del contrasto alla disuguaglianza e sarà inserito nei progetti di cure di prossimità.
- Avvio di Incontri di approfondimento clinico-diagnostico e di inquadramento prescrittivo secondo i criteri di Raggruppamento di attesa omogenea (RAO) tra specialisti e prescrittori. La costituzione delle Comunità di pratica seguirà il percorso già sviluppato dalla UOD Endoscopia Chirurgica dell’Ospedale San Martino di Oristano in collaborazione con l’Ordine dei Medici della Provincia di Oristano sull’appropriatezza prescrittiva in Gastroenterologia. L’obiettivo è quello di arrivare alla scrittura di un “Patto sull’Appropriatezza Prescrittiva” tra tutti gli attori coinvolti: erogatori e prescrittori.
- Formalizzazione con atto deliberativo dei “Percorsi di tutela aziendale”, rivolti ai cittadini per i quali l’attuale lunghezza delle liste d’attesa delle prestazioni sanitarie supera i tempi massimi previsti dalla classe di priorità prescritta.

### **13) *La presa in carico riabilitativa della persona adulta ed in età evolutiva***

Ad oggi il settore della riabilitazione è sviluppato nel territorio regionale con notevoli criticità, in particolare la disomogeneità di distribuzione dei servizi da cui consegue una evidente difformità di accesso. Attualmente la gestione dei percorsi riabilitativi è affidata all’attività dei servizi di riabilitazione attivi nelle singole ASL regionali e nelle strutture private accreditate e contrattualizzate con il principio del tetto di spesa annuale.

Nel 2011 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il Piano di Indirizzo per le attività di riabilitazione (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011) con il quale veniva scelto il modello dipartimentale per la governance dei servizi riabilitativi. Il Dipartimento di riabilitazione fornisce la garanzia della realizzazione di

un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che ne hanno bisogno e rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance. Il Dipartimento di riabilitazione deve farsi garante di una forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati, eventualmente presenti sul territorio, secondo i principi di efficienza ed appropriatezza.

Ad integrazione di quanto sopradetto, a seguito del documento licenziato dalla conferenza Stato Regioni nel 2021 denominato Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione, si affidava a regioni e ASL la predisposizione di un "Piano locale per l'Assistenza Riabilitativa", documento di programmazione dei servizi.

In coerenza con questi dispositivi, la legge regionale 8 del 2025 prevede la introduzione di due strutture organizzative;

- Il Centro Regionale per la Riabilitazione e Sviluppo dell'Autonomia (CRRSA) insediato in ASL Oristano, deputato a fornire le linee di indirizzo regionali.
- Il Dipartimento Regionale per la Riabilitazione e Sviluppo dell'Autonomia (DRSSA) che ha invece la funzione di creare la struttura organizzativa a valenza regionale e di applicare le procedure e le linee di indirizzo regionali prodotte dal CRRSA con lo scopo di rendere omogenea l'attività nelle diverse aree regionali.

La mission sarà la seguente: garantire a tutti i cittadini un accesso equo e tempestivo ai servizi riabilitativi, personalizzati e integrati, volti al massimo recupero funzionale e al miglioramento della qualità della vita, favorendo l'inclusione sociale e l'autonomia.

E la vision: promuovere la prevenzione della disabilità con l'adozione delle migliori pratiche basate sull'evidenza scientifica, la ricerca, la formazione continua, coordinare l'organizzazione complessa e multidisciplinare su tutto il territorio regionale.

Pertanto, nell'anno 2026 la nostra Azienda sarà interessata da profonde novità di tipo organizzativo dettate dall'art 12 della LR n. 8/2025, di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del sistema sanitario regionale, il quale prevede che le strutture di riabilitazione aziendali siano funzionalmente integrate nel dipartimento regionale della riabilitazione e dello sviluppo dell'autonomia (DRRSA), sviluppato in forma interaziendale, anche per macroaree territoriali.

il Dipartimento regionale della riabilitazione e sviluppo dell'autonomia (DRRSA), composto dai dipartimenti di riabilitazione o, in mancanza, dalle strutture di riabilitazione delle aziende socio-sanitarie locali ed ospedaliere, si raccorderanno anche con le strutture private accreditate, e sarà diretto dal direttore del (CRRSA). Quest'ultimo sarà costituito nell'ambito della nostra Azienda e avrà funzioni di supporto tecnico-scientifico della Regione e del sistema sanitario regionale in materia di presa in carico riabilitativa della persona adulta ed in età evolutiva.

***14) Arginare l'elevata incidenza delle patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e non sostanze d'abuso, con l'implementazione di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la costruzione di reti interistituzionali***

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

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

Il dipartimento di salute mentale e dipendenze nell'anno 2026 sarà interessato da profonde novità di tipo organizzativo dettate dall'art 12 della LR n. 8/2025, di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del sistema sanitario regionale, il quale prevede che il dipartimento di salute mentale e dipendenze aziendale sia funzionalmente integrato nel dipartimento regionale della salute mentale e delle dipendenze (DRSMD).

Il dipartimento regionale della salute mentale e delle dipendenze (DRSMD) è composto dai dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze delle aziende socio-sanitarie locali ed è diretto dal direttore del CRSMD.

Il CRSMD ha funzioni di supporto tecnico-scientifico della Regione e del sistema sanitario regionale in materia di presa in carico, cura e riabilitazione delle malattie mentali e delle dipendenze e di governo del sistema di controllo delle stesse.

Contestualmente porterà avanti la propria attività con i seguenti progetti.

***Il Centro di Salute Mentale (CSM)***

Il CSM della ASL di Oristano opera su 5 sedi site in Oristano, Ghilarza, Bosa, Ales e Terralba. Nella Provincia sono presenti due Comunità residenziali psichiatriche, contrattualizzate con la ASL di Oristano, (una Struttura Residenziale psichiatrica per Adulti a carattere Intensivo ed una a carattere estensivo) gestite da cooperative esterne.

Da un'analisi osservazionale si evidenzia, negli ultimi anni, un aumento delle richieste spontanee di intervento da parte dell'utenza, molte delle quali effettuate in regime d'urgenza. Inoltre, si rileva un aumento delle richieste di intervento provenienti dall'Autorità Giudiziaria per la presa in carico di persone con fragilità psichica autori di reato, talvolta con richiesta di inserimenti urgenti in Struttura Residenziale Psichiatrica.

Ciononostante il Servizio garantisce una presa in carico tempestiva e multi-professionale, principalmente per i casi complessi e di esordio psicotico, con interventi di tipo individuale e gruppale, di tipo farmacologico, psicoterapico e riabilitativo, con ricerca di una collaborazione costante con gli altri servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, con la Comunità e la rete dei Servizi.

Il Servizio procederà il proprio lavoro garantendo il mantenimento di una presa in carico tempestiva, multi-professionale e talvolta prolungata nel tempo vista la cronicità dei quadri della maggior parte dell'utenza. Si

lavorerà inoltre per potenziare la rete territoriale integrata (MMG, servizi sociali, volontariato, cooperative) e cercare di favorire il lavoro congiunto con gli altri Servizi del DSMD (SERD, UONPIA, SPDC) per i casi complessi. Particolare impulso sarà dato poi al lavoro di lotta allo stigma nella comunità. Sarà infine utile intensificare la collaborazione con i rappresentanti di associazioni di utenti e familiari, con i rappresentanti di Enti Istituzionali, parti sociali, privato sociale e imprenditoriale.

L'inclusione del CSM all'interno delle Case della Comunità potrà favorire l'integrazione con il territorio e gli enti locali al fine di garantire politiche di inclusione per persone con problemi di salute mentale, centrate sul diritto alla casa, all'abitare e alla coprogettazione attiva al proprio progetto di vita (diritto all'autodeterminazione), attraverso il Budget di Salute, con attivazione di progettualità già esistenti (Dopo di Noi, Vita Indipendente, etc.).

In attesa di porre le basi per un lavoro in rete il CSM intende proporre degli incontri periodici di collaborazione con la rete dell'assistenza primaria, finalizzate a una raccolta dei bisogni e a concordare linee operative per l'individuazione precoce dei casi a rischio, la gestione dei disturbi organici del paziente in carico al CSM e la gestione dei disturbi emotivi comuni. Così come si rapporterà maggiormente con gli altri servizi sociosanitari territoriale (es. PUA, consultori, ecc.). Proseguirà inoltre con gli incontri periodici con gli altri Servizi del Dipartimento di SMD (SERD, UONPIA, SPDC).

### ***Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)***

Secondo i dati del Rapporto Salute Mentale<sup>1</sup> dell'anno 2023 in Italia sarebbero stati registrati 573.663 accessi al pronto soccorso per disturbi mentali. Le sindromi nevrotiche e somatoformi rappresenterebbero la diagnosi più frequente (38,6%), seguite da schizofrenia e altre psicosi funzionali (26,4%) e disturbi dell'umore (21,7%). Di questi, solo il 13,01% si tradurrebbe in un ricovero, di cui circa il 54,4% avverrebbe nei reparti di psichiatria: Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

Una delle problematiche evidenziate dal suddetto rapporto risiederebbe in quelli che vengono definiti "ricoveri ripetuti", che in letteratura fanno riferimento al fenomeno del *revolving door* o porta girevole, per cui in seguito ad una dimissione spesso si verifica un precoce ritorno al servizio dedicato all'acuzie e quindi ad un successivo ricovero. Tale fenomeno, secondo il rapporto, sarebbe indice di scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzierebbe problematiche di presa in carico dei pazienti da parte della salute mentale territoriale<sup>2</sup>.

Lo scompenso in ambito psichiatrico o acuzie psichiatrica è una condizione di alterazione acuta del pensiero, dell'umore, del comportamento o delle relazioni sociali, tale da richiedere un intervento immediato, poiché può determinare situazioni in cui la persona può mettersi a rischio o mettere a rischio gli altri o potrebbe determinare comportamenti distruttivi<sup>3</sup>. L'intervento precoce rientra tra gli elementi cardine degli interventi in psichiatria ed impatta in maniera ingente sulle possibilità di ripresa ed inserimento del soggetto. Col termine "intervento precoce" si discute nello specifico di due aspetti sostanziali nella gestione della Salute Mentale: l'area della prevenzione, con l'individuazione della popolazione a rischio e l'intervento tempestivo già dall'esordio di malattia. Poter attuare un intervento precoce permetterebbe una maggiore remissione sintomatologica con un margine più ampio di ripresa e la possibilità effettiva di realizzare un percorso personale, clinico e sociale di Recovery.



Si ritiene pertanto che obiettivo principale sia il coinvolgimento tempestivo delle équipes di servizi territoriali, quali CSM e Ser.D. e ospedaliero, SPDC, attraverso la creazione di un modello comunicativo che determini un livello di priorità che alla dimissione possa intercettare le situazioni considerate maggiormente “a rischio”, all’atto del rientro a casa, al fine di poter generare un intervento in concerto con gli altri servizi di salute mentale, previa valutazione multidimensionale, operata dall’équipe multiprofessionale comprendente personale medico, infermieristico, educativo e riabilitativo. Ciò al fine di intervenire attivamente in una fase delicata del percorso riabilitativo, quella del post acuzie, ambendo ad un raggiungimento di una stabilità clinica e miglioramento del funzionamento globale, cognitivo ed emotivo attraverso la messa in atto di percorsi terapeutico riabilitativi individualizzati, specifici per questa fase.

Operativamente si potrà prevedere, prima della dimissione del paziente dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, di fornire al CSM di competenza una valutazione multidimensionale che consideri gli aspetti clinici e di funzionamento e che comprenda aspetti infermieristici, valutazione socio-abitativa, con emergenza di aree considerate problematiche, stabilendo altresì il livello di priorità, attraverso la compilazione di:

- Honos (Health of the Nation Outcome Scales)<sup>4</sup>. È costituita da 12 item che valutano la gravità di quattro aree nelle ultime due settimane: comportamentale, problemi cognitivi, sintomi, problemi sociali.
- BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)<sup>5</sup> per la valutazione e rilevazione dei sintomi. È costituita da 18 item che valutano le condizioni del paziente negli ultimi 3 giorni e include: ansia psichica, ostilità, sospettosità, allucinazioni, contenuto insolito del pensiero, appiattimento o inadeguatezza dell'affettività.
- Scheda sociale: per la valutazione degli aspetti socio-abitativi
- Valutazione infermieristica

La presenza di punteggi sopra soglia indica la necessità di prendere atto di una situazione di rischio maggiore e quindi indicativa di una maggiore attenzione rispetto all’attivazione di un percorso di presa in carico e assunzione in cura.

Le valutazioni verranno condivise all’interno dell’équipe multidisciplinare del SPDC e con l’équipe territoriale. Una volta definita la priorità e discusso il caso clinico all’interno della riunione con i servizi territoriali, saranno comunicate le imminenti dimissioni al CSM fornendo altresì il livello di priorità.

<sup>1</sup> *Rapporto Salute Mentale. Analisi dei dati del sistema informativo per la Salute Mentale (SISM) – Anno 2023*

<sup>2</sup> *Ibidem*, pp 146-150.

<sup>3</sup> <http://www.mapa.marionegri.it/>

<sup>4</sup> *Wing, Curtis, Beevor (1993)*

<sup>5</sup> *BPRS (1962)*

## ***Il Servizio per le Dipendenze (Ser.D.)***

Il Ser.D è un servizio deputato alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze, alcol, nicotina e comportamentali (gioco d’azzardo patologico, dispositivi elettronici, internet, etc...). Il servizio effettua interventi destinati ai singoli con problematiche di dipendenza, alle loro famiglie ed alle Istituzioni, articolando ed integrando, sulla base delle necessità e dei bisogni, percorsi terapeutici e riabilitativi. La presa in carico è preceduta da una valutazione multidisciplinare che è il frutto del contributo professionale delle diverse figure dell’équipe, le quali concorrono alla predisposizione del programma

terapeutico individualizzato. Il programma terapeutico e socio-riabilitativo può essere territoriale o residenziale (comunità terapeutica) e viene concordato con l'utente in base alla valutazione multidisciplinare. La collaborazione con i servizi socio sanitari territoriali, anche in previsione della nascita delle Case della Comunità, permetterebbe una presa in carico integrata e personalizzata con l'attivazione di di équipe multidisciplinari, che comprendano medico, psicologo, assistente sociale, infermiere, educatore professionale.

L'attività di prevenzione, spesso anche di concerto con il dipartimento di prevenzione e con i servizi territoriali (quali ad esempio il Consultorio), è sempre più presente all'interno delle attività del Ser.D, con la realizzazione di campagne mirate su sostanze, alcol, nicotina, gioco d'azzardo patologico, etc., rivolte a target specifici (giovani, donne in età fertile e in gravidanza, lavoratori, famiglie, anziani), sia con il potenziamento di interventi di *riduzione del danno*: test rapidi (HCV/HIV), distribuzione di kit contenenti materiale informativo sulle Dipendenze e sui danni ad esse correlati.

Il Ser.D. inoltre, sviluppa numerose proposte di collaborazione con enti pubblici e privati che prevedono l'organizzazione di incontri con target specifici di popolazione, finalizzati alla presentazione del servizio Ser.D. ed alla prevenzione sia delle dipendenze da alcol, tabacco, sostanze d'abuso, sia delle dipendenze comportamentali come quelle tecnologiche e il gioco d'azzardo. Alcuni incontri sono già stati realizzati, presso il Centro Socioculturale di Oristano, lo Spazio Giovani di Oristano, alcuni istituti di scuola secondaria di primo e secondo grado del territorio provinciale, Università della terza età, ed altri sono in programma per il prossimo triennio.

Sarebbe infine auspicabile riuscire nel triennio ad attivare i servizi di teleassistenza e monitoraggio da remoto per utenti cronici stabilizzati, in particolare nei territori a bassa densità di presidi.

### ***La Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)***

La NPIA opera in équipe multi-disciplinari, orientate ad interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche e/o psichiatriche, intellettive e neuropsicologiche dell'infanzia e dell'adolescenza, attuando una presa in carico globale del bambino, per la gestione integrata dei bisogni di cura e di salute dello stesso e della sua famiglia. Al servizio afferiscono utenti che presentano patologie neuro-motorie, neuro-sensoriali, disturbi del neurosviluppo quali autismo o disabilità intellettiva, disturbi comportamentali, disturbi dell'umore e psicosi, disturbi del comportamento alimentare, nonché disturbi evolutivi, quali difficoltà del linguaggio e di apprendimento, disturbi emotivi quali fobie e disturbi d'ansia.

Nell'ambito relativo alla salute neuropsichica in età evolutiva, alcune problematiche stanno assumendo una sempre maggiore evidenza:

- a) Le patologie psichiatriche in età evolutiva rappresentano ormai un'emergenza sia a livello nazionale sia a livello internazionale, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico. Tali interventi assumono, inoltre, un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica nell'età adulta.
- b) Le patologie neurologiche e la psicopatologia grave oltre a richiedere interventi terapeutici (e strumentali) immediati e continuativi nel tempo, necessitano, a causa della loro rilevanza sociale ed assistenziale a lungo termine, di una presa in carico che rispecchi un progetto terapeutico funzionale.
- c) La disabilità in età evolutiva presenta peculiarità che richiedono interventi integrati e complessi, volti

non solo alla riduzione del danno, ma anche e soprattutto alla prevenzione delle problematiche cosiddette d'innesto.

d) La riabilitazione in età evolutiva ivi compresa quella dei disturbi psichiatrici età-specifici, può avvenire solo con interventi rispettosi della globalità e dell'unitarietà del soggetto; in età evolutiva esiste una stretta connessione tra riabilitazione funzionale e riabilitazione psicosociale, per cui, nel trattamento, le disabilità devono essere considerate come problemi dello sviluppo e non semplicemente come disturbo di singole funzioni (neuromotorie, sensoriali, cognitive ecc).

e) Le nuove disabilità gravissime, a elevata dipendenza dalla tecnologia ed elevatissimo carico assistenziale, richiedono la messa a punto di strategie di intervento innovativo.

La struttura con sede a Oristano opera anche con ambulatori presso Terralba, Ales, Ghilarza e Bosa su una popolazione appartenente alla fascia di età 0- 19.

Sul fronte della Prevenzione il servizio NPIA per il prossimo triennio si propone di:

- contribuire a programmare interventi di educazione alla salute prioritariamente intesa come formazione ed aggiornamento del personale di altre istituzioni (scuola) o servizi che intervengono sull'età evolutiva ed in particolare sulla salute mentale e sulla disabilità;
- portare avanti progetti di prevenzione basati sul potenziamento delle competenze delle famiglie (es. Family Learning), eventualmente in collaborazione con Enti Locali/Scuole e finanziati da risorse extra ASL (Fondazione Banco di Sardegna ecc);
- predisporre procedure/PDTA condivisi coi MMG/PLS su screening di primo livello per i disturbi del neurosviluppo, con strumenti validati (M-CHAT per es.);
- agire sul governo della domanda attraverso azioni di prevenzione, potenziamento della rete supportiva, tavoli tecnici con la scuola per applicazione normativa in materia di DSA (progetto "Aiuto DSA"), tavoli tecnici con i Servizi Sociali Comunali e coi Tribunali.

Sul fronte delle attività di diagnosi e presa in carico si propone di:

- riguardo la diagnosi precoce, prevedere di sviluppare un protocollo condiviso con pediatri di libera scelta, nidi, scuole dell'infanzia e consultori, e un Protocollo operativo con i Servizi Sociali comunali, in particolare per i casi complessi;
- considerata la disomogenea applicazione dei protocolli specifici per autismo, ADHD, disabilità intellettiva, disturbi psichiatrici dell'adolescenza, disturbi del linguaggio/apprendimento si propone il potenziamento e l'applicazione di protocolli specifici;
- si propone infine di garantire, in maniera strutturale e uniforme, percorsi differenziati per età, patologia e complessità evidence-based per superare la disomogenea attivazione di percorsi diagnostici/procedure di presa in carico differenziate per età, complessità e patologia in maniera uniforme in tutto il territorio;

Infine in assenza di interventi strategici e coordinati indirizzati ai bisogni di cura dei ragazzi e delle famiglie in uscita dal nostro servizio (dopo i 18 anni) la proposta è di creare un'equipe di transizione funzionale per i pazienti che dalla NPIA passano ai servizi dell'età adulta (per es. CSM) per garantire la continuità assistenziale.

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

Tra le altre criticità che caratterizzano l'assistenza ospedaliera in ambito regionale, si riscontra il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione spesso dovuto alla presenza di una debole rete assistenziale territoriale, povera di strutture o ad una inadeguata presenza di posti letto per la gestione delle post acuzie. Ne consegue che spesso l'attività relativa alla gestione delle acuzie sia inappropriata o inefficiente. Insieme all'attivazione dei posti letto per post acuti, anche l'attivazione degli Ospedali di Comunità saranno un valido strumento per liberare i posti letto per acuti occupati inappropriatamente.

Dalle tabelle che seguono si può notare come dall'anno di esordio della pandemia si sia registrata una riduzione dell'attività di ricovero rispetto al periodo pre-covid. La produzione in valore assoluto dei ricoveri pubblici diminuisce nell'anno 2024 del 30% rispetto all'anno 2019, ma la riduzione maggiore ha riguardato il presidio di Bosa (-37%) comunque in ripresa rispetto all'anno 2022 e il presidio Ghilarza (-90%); l'attività nel PO San Martino si riduce del 23%. Si registra inoltre una riduzione dei ricoveri della Casa di Cura privata accreditata Madonna del Rimedio di Oristano (-23%). Rispetto all'anno 2019, nel presidio San Martino hanno sofferto una riduzione dell'attività i reparti di Ortopedia (-30%) che tuttavia migliora la sua posizione rispetto all'anno 2023 aumentando la produzione del 27%, Medicina (-62%) che rispetto all'anno 2019 ha vissuto una drastica riduzione dei posti letto reso necessario dall'assenza di medici in organico, Ematologia (-35%), Ginecologia e Ostetricia (-37%), Patologia Neonatale (-39%) e il Nido (-30%). È aumentata invece l'attività dei reparti di Endoscopia (+80), UTIC (71%), Psichiatria (27%), Chirurgia (4%) e Urologia (14%).

Da segnalare che nel corso del 2023 sono stati aperti i nuovi reparti di Senologia e Neurologia prima assenti, dei quali si registra l'attività nel corso del 2024. Nel 2024 è stato inoltre aperto il reparto di Otorinolaringoiatria in regime di ricovero diurno.

### Ricoveri - Produzione ASL 5 anni 2019, 2022, 2023, 2024

Fonte: file A

	2019			2022	2023			2024			Diff. %	Diff. %
	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	totale dimessi	totale dimessi
Presidio	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	2024-2019	2024-2023
San Martino Oristano	10.507	2.286	8.221	8.552	8.445	1.655	6.790	8.088	1.631	6.457	-23%	-4%
Mastino Bosa	1.465	344	1.121	567	873	333	540	926	341	585	-37%	6%
Delogu Ghilarza	1.380	405	975	123	103	103	0	142	142	0	-90%	38%
<b>Presidi Pubblici ASL Oristano</b>	<b>13.352</b>	<b>3.035</b>	<b>10.317</b>	<b>9.242</b>	<b>9.421</b>	<b>2.091</b>	<b>7.330</b>	<b>9.156</b>	<b>2.114</b>	<b>7.042</b>	<b>-31%</b>	<b>-3%</b>
Casa di Cura Oristano	3.819	2.281	1.538	2.850	2.941	1.097	1.844	2.937	1.122	1.815	-23%	0%
<b>TOTALE ASL Oristano</b>	<b>17.171</b>	<b>5.316</b>	<b>11.855</b>	<b>12.092</b>	<b>12.362</b>	<b>3.188</b>	<b>9.174</b>	<b>12.093</b>	<b>3.236</b>	<b>8.857</b>	<b>-30%</b>	<b>-2%</b>

Di seguito si rappresenta l'attività dei reparti per lo stesso periodo d'esame.

# Ricoveri - Produzione ASL 5 per Presidio e Reparto - anni 2019, 2022, 2023, 2024

Fonte: file A

Presidio	2019			2022	2023			2024			Diff. % 2024- 2019	Diff. % 2024- 2023
San Martino Oristano	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari		
Cardiologia	935	226	709	783	912	207	705	926	193	733	-1%	2%
Chirurgia	1.062	208	854	1.026	1.235	54	1181	1.106	36	1070	4%	-10%
Chirurgia Week Surgery	155	42	113	0	0	0	0	0			-100%	
Senologia	0	0	0	0	24	8	16	133	64	69		454%
Ematologia	335	330	5	201	247	247	0	218	218		-35%	-12%
Endoscopia Digestiva	64	0	64	83	99	0	99	115	12	103	80%	16%
Ginecologia	1.440	416	1.024	894	895	234	661	909	240	669	-37%	2%
Medicina	2.791	48	2.743	2.474	1.791	1	1.790	1.056	5	1.051	-62%	-41%
Neurologia	0	0	0	0	5	5	0	302	12	290		5940%
Medicina Covid	0	0	0	0	0	0	0	0				
Microcitemia	95	95	0	81	91	91	0	81	81		-15%	-11%
Nefrologia	98	0	98	1	0	0	0				-100%	
Nefrologia DH	26	26	0	110	76	76	0	105	105		304%	38%
Neuroriabilitazione	100	49	51	71	93	53	40	90	44	46	-10%	-3%
Nido	430	0	430	340	318	0	318	302		302	-30%	-5%
Oncologia	534	533	1	519	597	597	0	528	528		-1%	-12%
Otorinolaringoiatria								3	3			
Ortopedia	969	230	739	604	533	7	526	677	11	666	-30%	27%
Patologia Neonatale	170	0	170	96	121	0	121	104		104	-39%	-14%
Pediatria	419	26	393	385	424	24	400	372	13	359	-11%	-12%
Psichiatria	306	3	303	309	379	14	365	389	18	371	27%	3%
Rianimazione	79	21	58	74	56	1	55	68		68	-14%	21%
Urologia	440	33	407	398	442	36	406	503	48	455	14%	14%
Utic	59	0	59	103	107	0	107	101		101	71%	-6%

Presidio	2019			2022	2023			2024			Diff. % 2024 - 2019	Diff. % 2024 - 2023
Delogu Ghilarza	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari		
Chirurgia	256	256	0	19	103	103	0	142	142		-45%	38%
Medicina Covid	0	0	0	65	0	0	0					
Medicina	1.043	68	975	21	0	0	0					
Ortopedia	41	41	0	0	0	0	0					
Urologia	40	40	0	18	0	0	0					

Presidio	2019			2022	2023			2024			Diff. % 2024- 2019	Diff. % 2024- 2023
Mastino Bosa	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari		
Chirurgia	500	291	209	168	330	330	0	340	340		-32%	3%
Senologia								1	1			
Medicina Covid	0	0	0	5	0	0	0					
Medicina	912	0	912	393	543	3	540	586	1	585	-36%	8%
Ortopedia	53	53	0	1	0	0	0					

Nei Presidi di Bosa e Ghilarza si è risentito fortemente della riduzione del personale medico e infermieristico presente in azienda determinando una riduzione dell'attività.

Presidio	2019			2022	2023			2024			Diff. % 2024- 2019	Diff. % 2024- 2023
Casa di Cura Madonna del Rimedio Oristano	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari		
Cardiologia	60	0	60	34	66	0	66	40		40	-33%	-39%
Chirurgia	1.367	1015	352	1.147	1.379	840	539	1.400	839	561	2%	2%
Lungodegenza	34	0	34	4	1	0	1	2		2	-94%	100%
Medicina	618	73	545	395	451	88	363	436	62	374	-29%	-3%
Neurologia	85	33	52	18	0	0	0				-100%	
Oculistica	1.001	957	44	120	111	16	95	105	11	94	-90%	-5%
Ortopedia	0	0	0	448	323	42	281	326	66	260		1%
Otorinolaringoiatria	195	50	145	0	0	0	0				-100%	
Riabilitazione	60	0	60	300	241	0	241	253		253	322%	5%
Urologia	399	153	246	384	369	111	258	375	144	231	-6%	2%

La Casa di Cura accreditata Madonna del Rimedio di Oristano ha ridotto, rispetto al periodo pre pandemico, la sua attività nei reparti di Medicina e Oculistica, ha quasi azzerato l'attività di Lungodegenza e ha sospeso l'attività di Neurologia e Otorinolaringoiatria.

Di seguito alcuni dei principali indicatori di attività.

Indicatori Ricovero Ospedaliero San Martino - Oristano anni 2019-2024 (fonte: ABACO)

Denominazione indicatore	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Delta
							(2024-2019)
Occupazione PL DH	143,02%	146,10%	138,80%	117,30%	170,20%	166,0%	22,98%
Occupazione PL RO	79,38%	61,90%	64,30%	60,70%	63,30%	64,0%	-15,38%
RO - Turn Over	1,86	4,14	3,77	4,48	3,8	3,81	1,95
RO - Indice di rotazione	40,5	33,68	34,49	32,08	35,22	34,53	-5,97
RO - Degenza media	7,15	7,73	7,71	7,5	7,54	7,82	0,67
RO - Giorni Degenza Media Preoperatoria		2	2,38	1,64	2,59	2,63	2,63
Peso Medio RO	1,39	1,08	1,17	1,17	1,16	1,18	-0,21
Peso Medio DH	1,2	0,89	1,02	0,82	1,02	1,04	-0,16
Dimessi vivi 0-2 giorni (RO) (ricoveri evitabili)	1.448	1.083	1.084	1.248	1.137	1.019	-429
% DRG dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	49,30%	48,30%	46,50%	50,00%	50,50%	45,6%	-3,70%
% ricoveri urgenti brevi (ricoveri evitabili)	5,40%	5,90%	5,00%	6,40%	5,20%	3,9%	-1,50%
% ricoveri DH medici con finalità diagnostica (ricoveri evitabili)	11,70%	13,80%	12,40%	7,27%	6,38%	4,25%	-7,45%
% DRG LEA (all. B.P.S.) non appropriati	10,00%	8,40%	8,20%	11,40%	9,10%	9,4%	-0,60%
% DRG Chirurgici in DH	42,10%	32,90%	32,50%	30,5%	23,30%	26,5%	-15,60%

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

		2017			2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
		fonte: PNE			fonte: 360-3M						
AREA CLINICA	INDICATORE	tasso grezzo	% ADJ	% Italia	tasso grezzo	tasso grezzo	tasso grezzo	tasso grezzo	tasso grezzo	tasso grezzo	tasso grezzo
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni (SOGLIA DM 70: superiore al 70%)	93,33	87,75	75,61	94,93	93,33	70,91	66,29	91,86	92,5	90,196
GRAVIDANZA E PARTO	% parti con taglio cesareo (SOGLIA DM 70: non superiore al 25%)	27	23,57	23,36	21,19	27	24	21	17,51	20	17
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni (SOGLIA DM 70: superiore al 60%)	73,02	80,67	64,74	79,92	73,02	52,26	29,59	25,26	31,2	25,85
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni  Indicatore modificato:  STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service (SOGLIA DM 70: superiore al 60%)	44,90	59,55	46,27	47,83	44,90	31,72	28,77	30,89	48,55	73*

\*I 90 minuti sono calcolati rispetto all'accesso in reparto

Nella tabella che segue si riportano i dati di dettaglio della produzione con le prestazioni di mobilità attiva:

**Produzione Ricoveri ASL Oristano 2024 per reparto e ASL di residenza del paziente**

Struttura	Erogatore	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 6	ASL 7	ASL 8	Mob attiva Infra ASL	Mob Extra Regione	ASL 5	Produzione Totale	% Mob Att su produz. Totale
P.O. 'A.G. Mastino' Bosa	0901 - Chirurgia Generale	61	3	131				5	200	2	138	340	59%
	0906 - Senologia	1							1	0		1	100%
	2601 - Medicina Generale	28	1	83				5	117	16	453	586	23%
	<b>Totale P.O. 'A.G. Mastino' - Bosa</b>	<b>90</b>	<b>4</b>	<b>214</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>318</b>	<b>18</b>	<b>591</b>	<b>927</b>	<b>36%</b>
P.O. 'San Martino' Oristano	0801 - Cardiologia	28	6	32	5	35	1	9	116	6	804	926	13%
	0901 - Chirurgia Generale	11	6	65	2	37		16	137	28	941	1.106	15%
	0903 - Endoscopia Digestiva	2	2	20		3	1	4	32	1	82	115	29%
	0906 - Senologia	2	3	16		2			23	0	110	133	17%
	2601 - Medicina Generale	2	1	33		8	2	14	60	13	983	1.056	7%
	2901 - Nefrologia	32	3	5		1		1	42	0	63	105	40%
	3201 - Neurologia			9		3		6	18	9	275	302	9%
	3601 - Ortopedia e Traumatologia	9	1	53		8	11	11	93	16	568	677	16%
	3701 - Ostetricia e Ginecologia	11	2	41	2	2		7	65	13	831	909	9%
	3801 - Otorinolaringoiatria				1				1	0	2	3	33%
	3901 - Pediatria	2	1	23		4	1		31	12	329	372	12%
	3902 - Microcitemia					1	1	1	3	5	73	81	10%
	3905 - Nido	1		14	1	1		1	18	1	283	302	6%
	4001 - Psichiatria	15	2	9	5	10	6	13	60	13	316	389	19%
	4301 - Urologia	13	6	38	0	2	2	4	65	8	430	503	15%
	4901 - Rianimazione	1			2	2			5	1	62	68	9%
	5001 - Unità Coronarica	2		1		2		2	7	3	91	101	10%
	6201 - Neonatologia		1	2				2	5	2	97	104	7%
	6401 - Oncologia	2	2	19		10	1	3	37	4	487	528	8%
	6402 - Oncologia	1		8		2	2	1	14	1	203	218	7%
	7501 - Neuroriabilitazione	14	2	8		6	8	16	54	0	36	90	60%
	<b>Totale P. Ospedaliero 'San Martino' - Oristano</b>	<b>148</b>	<b>38</b>	<b>396</b>	<b>18</b>	<b>139</b>	<b>36</b>	<b>111</b>	<b>886</b>	<b>136</b>	<b>7.066</b>	<b>8.088</b>	<b>13%</b>
P.O. G.P. Delogu' Ghilarza	0901 - Chirurgia Generale	5	1	29	1		1	2	39	0	103	142	27%
	<b>Totale P. Ospedaliero 'G.P. Delogu' - Ghilarza</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>39</b>	<b>0</b>	<b>103</b>	<b>142</b>	<b>27%</b>
C.C. 'Madonna Del Rimedio' Oristano	0801 - Cardiologia			6					6	0	34	40	15%
	0901 - Chirurgia Generale	151	33	94	5	41	62	16	402	6	992	1400	29%
	2601 - Medicina Generale	6		13		3	4	9	35	3	398	436	9%
	3401 - Oculistica	22	7	13		6	5	6	59	0	46	105	56%
	3601 - Ortopedia e Traumatologia	135	7	18	1	5	2	5	173	0	153	326	53%
	4301 - Urologia	52	26	53	4	7	6	29	177	2	196	375	48%
	5601 - Medicina Fisica e Riabilitazione	85	4	12	1	3		3	108	0	145	253	43%
	6001 - Lungodegenti							1	1	0	1	2	50%
	<b>Tot. C.C.'M. Del Rimedio' OR</b>	<b>451</b>	<b>77</b>	<b>209</b>	<b>11</b>	<b>65</b>	<b>79</b>	<b>69</b>	<b>961</b>	<b>11</b>	<b>1.965</b>	<b>2.937</b>	<b>33%</b>



Nella tabella successiva è rappresentato il confronto, per gli anni 2019-2023 e 2024 dei ricoveri fatti per i nostri residenti sia dai presidi pubblici e privato accreditato della ASL di Oristano che da altre Aziende regionali. Si conferma la riduzione dei ricoveri nei nostri presidi mentre rimane costante il numero di ricoveri per i nostri residenti prodotti dalle altre aziende fuori provincia.

#### Ricoveri per i residenti della ASL 5 anni 2019, 2023 e 2024

Fonte: file A

	2019				2023				2024			
	Totale dimessi	Totale Valore	N DH	N. Ordinari	Totale dimessi	Totale Valore	N. DH	N. Ordinari	Totale dimessi	Totale Valore	N. DH	N. Ordinari
Pubblico ASL5	11.358	34.643.100	2.491	8.867	8.057	27.803.064	1.654	6.403	7.760	27.558.621	1.684	6.076
Privato ASL 5	3.135	6.351.267	1.796	1.339	1.949	5.230.713	791	1.158	1.965	5.273.775	763	1.202
<b>Produzione TOTALE ASL 5</b>	<b>14.493</b>	<b>40.994.367</b>	<b>4.287</b>	<b>10.206</b>	<b>10.006</b>	<b>33.033.777</b>	<b>2.445</b>	<b>7.561</b>	<b>9.725</b>	<b>32.832.396</b>	<b>2.447</b>	<b>7.278</b>
Ricoveri ASL1	121	254.277	47	74	116	285.314	15	101	90	210.096	19	71
Ricoveri ASL2	68	128.592	16	52	171	786.810	15	156	260	1.465.940	13	247
Ricoveri ASL3	1.404	5.364.952	340	1.064	1.119	3.837.500	294	825	1.220	3.845.309	374	846
Ricoveri ASL4	29	69.057	15	14	120	278.371	49	71	97	151.528	51	46
Ricoveri ASL6	690	1.749.344	149	541	864	2.394.136	246	618	780	2.186.456	225	555
Ricoveri ASL7	48	94.257	14	34	48	96.540	33	15	68	99.672	55	13
Ricoveri ASL8	2.470	7.062.554	996	1.474	3.045	7.740.693	1.704	1.341	2.997	7.411.891	1.702	1.295
Ricoveri AOU Sassari	859	3.390.719	287	572	1.234	5.223.638	507	727	1.309	4.985.494	648	661
Ricoveri AOU Cagliari	1.250	3.617.444	500	750	985	2.891.920	400	585	1028	3.242.188	419	609
Ricoveri Azienda Brotzu	2.399	9.023.438	1.159	1.240	2.029	7.840.823	798	1.231	2.045	7.906.745	864	1.181
<b>Produzione TOTALE infra regione</b>	<b>9.338</b>	<b>30.754.634</b>	<b>3.523</b>	<b>5.815</b>	<b>9.731</b>	<b>31.375.745</b>	<b>4.061</b>	<b>5.670</b>	<b>9.894</b>	<b>31.505.319</b>	<b>4.370</b>	<b>5.524</b>
<b>% Ricoveri di altre Aziende per nostri residenti</b>	<b>39%</b>	<b>43%</b>			<b>49%</b>	<b>49%</b>			<b>50%</b>	<b>49%</b>		
<b>TOTALE RICOVERI PER RESIDENTI ASL 5</b>	<b>23.831</b>	<b>71.749.001</b>	<b>7.810</b>	<b>16.021</b>	<b>19.737</b>	<b>64.409.522</b>	<b>6.506</b>	<b>13.231</b>	<b>19.619</b>	<b>64.337.714</b>	<b>6.817</b>	<b>12.802</b>

Prima dell'evento pandemico il 39% dei residenti nella provincia di Oristano si rivolgeva a strutture ospedaliere di altre ASL o Aziende del Sistema Sanitario Regionale. La percentuale sale al 49% nel 2023 e diventa il 50% nel 2024, fenomeno come già detto da attribuire essenzialmente alla minore produzione dei nostri presidi pubblici e del privato accreditato.

Il 15% dei ricoveri dei nostri residenti è erogato dalla ASL 8 di Cagliari, il 10% dall'ARNAS Brotzu e circa il 6% rispettivamente dalla ASL 3 di Nuoro e dall'Azienda mista di Sassari.

MDC (Major Diagnostic Category) - Numero di prestazioni per i Residenti della ASL di Oristano erogate dalle aziende sanitarie regionali - anno 2024													
Codice	MDC	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL6	ASL7	ASL8	AOU Sassari	AOU Cagliari	Azienda Brotzu	Mater Olbia Hospital	ASL5
01	NERVOSO	1	3	96	6	21	1	453	86	31	238	28	414
02	MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	3	0	13			26	13	385	117	118		57
03	MALATTIE E DISTURBI DELL'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	22	1	55	3		17	128	84	63	127	5	26
04	RESPIRATORIO	1	1	76	3	43		44	55	32	90	4	826
05	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	1	2	97	5	136		64	161	56	229		1.073
06	DIGERENTE	6	8	53	8	55	5	116	28	102	116	13	1.573
07	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO EPATOBILIARE E DEL PANCREAS	2	2	36	1	26	2	28	25	50	71	6	544
08	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TESSUTO	22	2	56	17	89	3	1.187	160	76	73	106	908
09	MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA	3	0	115		13	2	81	51	69	67	11	542
10	MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	6	1	14	41	5	2	27	19	42	46	14	298
11	URINARIO	1	1	63	1	40	2	63	23	9	105	5	643
12	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE	2	0	19		17		58	16	2	34	1	235
13	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE	2	4	102		99		196	11	52	84	11	224
14	GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	2	1	123		83		67	16	51	39		570
15	NEONATI		1	86		45		47	12	58	28		373
16	MALATTIE DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	2	0	31		17		86	11	7	43		238
17	NEOPLASIE EMATOLOGICHE E SOLIDE	5	3	122		58	1	130	61	89	324	7	215
18	(SISTEMATICHE)	2	0	22		10		29	16	7	28		395
19	MALATTIE E DISTURBI PSICHICI	2	0	7			6	60	22	1	7		323
20	USO DI ALCOOL E DROGHE E DISTURBI PSICHICI INDOTTI DA ALCOOL E DROGHE		0				1						8
21	TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DI FARMACI	3	0	3		5		7	13	2	17		15
22	USTIONI		0					1	2		3		1
23	FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE E ALTRO RICORSO A SERVIZI	2	0	13	12	14		61	11	76	127	16	190
24	TRAUMI MULTIPLI SIGNIFICATIVI		0	2					6	1	6		6
25	INFEZIONI DA HIV		0					41	23	15	1		
99	DRG ERRATI E ALTRI DRG		0										
NA	NON ATTRIBIBILE AD ALTRO DRG		0	7		3		3	1	3	8	3	23
PRE	PRE-MDC		0	9		1		7	11	17	16		5
		90	30	1.220	97	780	68	2.997	1.309	1.028	2.045	230	9.725

Rispetto ai gruppi di diagnosi principali sopra rappresentati possiamo notare come nell'anno 2024 il maggior numero di pazienti che si sono recati fuori provincia, rispetto al fabbisogno rappresentato, sono riferiti alle malattie dell'occhio (92%), malattie e disturbi dell'orecchio naso bocca e gola (95%), malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile (71%), neoplasie ematologiche e solide (79%), malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo (66%) e malattie e disturbi del sistema nervoso (70%). Per questi gruppi di diagnosi si registrano elevati indici di fuga soprattutto verso la ASL 8 di Cagliari.

Il Presidio Ospedaliero San Martino, in quanto sede di DEA di I livello, deve eseguire tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di pronto soccorso e svolgere funzioni di accettazione in emergenza urgenza per le patologie di maggiore complessità. Secondo quanto previsto dal DM 2 aprile 2015 n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), "I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di

trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare)".

Nel corso dell'ultimo biennio sono stati attivati i servizi/reparti di oculistica, otorinolaringoiatria e neurologia, prima assenti. E' stato inoltre riaperto l'OBI (Osservazione Breve Intensiva).

I dati che seguono illustrano gli accessi al pronto soccorso nel periodo 2019, 2023 e 2024 che mostrano una riduzione degli accessi totali dell'anno 2024 rispetto al periodo pre-pandemico dovuto sostanzialmente alla riduzione degli accessi nel PO San Martino e nel PO Delogu. Nell'anno 2024 inoltre l'Osservazione Breve intensiva (OBI) presso il Pronto Soccorso di Oristano, attivo con 7/8 posti letto, ha registrato nel 2024 circa 400 accessi.

#### Accessi al pronto soccorso nei presidi Ospedalieri ASL 5 Oristano

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

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2023	DEA - PS San Martino	di cui OBI DEA - PS San Martino	PS Delogu	PS Mastino	PS pediatrico	PS ginecologi co	Totale
<b>Codice Nero:</b> decesso - il paziente non è rianimabile	7		-	2	-	-	9
<b>Codice Rosso:</b> molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	870	5	11	54	-	-	935
<b>Codice Giallo:</b> mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	10.198	179	301	1.009	225	163	11.896
<b>Codice Verde:</b> poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	14.084	19	3.207	3.528	3.499	1.100	25.418
<b>Codice Bianco:</b> non critico, pazienti non urgenti	541		535	371	50	51	1.548
<b>Totale</b>	<b>25.700</b>	<b>203</b>	<b>4.054</b>	<b>4.964</b>	<b>3.774</b>	<b>1.314</b>	<b>39.806</b>

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2024	DEA - PS San Martino	di cui OBI DEA - PS San Martino	PS Delogu	PS Mastino	PS pediatrico	PS ginecologico	Totale
<b>Codice Nero:</b> decesso - il paziente non è rianimabile	3						3
<b>Codice Rosso:</b> molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	1.052	118	13	37		1	1.103
<b>Codice Giallo:</b> mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	4.549	216	238	496	80	65	5.428
<b>Codice Verde:</b> poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	12.318	73	3.329	3.603	3.929	1.065	24.244
<b>Codice Bianco:</b> non critico, pazienti non urgenti	2.156	1	584	522	203	85	3.550
<b>Totale</b>	<b>20.078</b>	<b>408</b>	<b>4.164</b>	<b>4.658</b>	<b>4.212</b>	<b>1.216</b>	<b>34.328</b>

L'OBI prende in carico i pazienti che si presentano al pronto soccorso con malattie che non necessitano di ricovero immediato, ma di una terapia con osservazione per alcune ore e/o di un approfondimento diagnostico. La presenza dell'Osservazione Breve Intensiva permette di valutare e trattare i pazienti con sintomi o condizioni morbose minori, così da consentirne la dimissione a sintomatologia risolta e diagnosi certa o altamente probabile, serve a valutare in modo appropriato il paziente con patologie di competenza non univoca così da meglio definirne le condizioni e trovarne la collocazione nel reparto più appropriato, e permette inoltre di ridurre il numero di ricoveri nei reparti di degenza migliorando l'appropriatezza.

#### B.6 Area dell'assistenza ospedaliera - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa

Stante che la attuale rete regionale si basa sul documento adottato dalla Giunta Regionale (delibera n. 6/15 del 02.02.2016) e approvato dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017 che delinea la Rete Ospedaliera, alcuni aspetti dovrebbero essere approfonditi su un tavolo più ampio che a livello locale dovrebbero essere basati almeno:

1. sulla effettiva capacità della rete attuale di rispondere ai mutati bisogni della popolazione (vd. calo delle nascite e invecchiamento progressivo);
2. alla quantificazione e complessità della casistica che afferisce ai centri hub e spoke della rete (la medicina è una pratica, i professionisti dovrebbero ruotare);
3. alla disponibilità di strumenti per mantenere le competenze sui centri definiti nella rete, secondo degli standard minimi di accreditamento, che pure andrebbero aggiornati sulla realtà (fermi dal 2008 per lo più).

L'obiettivo principale portato avanti in questi ultimi anni è stato quello di potenziare l'offerta dei servizi ospedalieri della ASL di Oristano con l'attivazione di nuove strutture e l'avviamento di nuovi reparti e ambulatori. Ciò perché un DEA di I livello, quale quello di Oristano, non può non avere servizi quali la Neurologia, l'Oculistica piuttosto che l'Otorinolaringoiatria, prima assenti, ma anche e soprattutto perché la presenza di questi reparti e servizi consentono ai pazienti della nostra provincia di essere curati nel proprio

territorio, evitando di doversi rivolgere a strutture sanitarie spesso lontane, come dimostrato dai dati di mobilità passiva precedentemente illustrati.

### **1) *L'assetto organizzativo dei Presidi Ospedalieri***

L'assetto organizzativo dei Presidi Ospedalieri della ASL di Oristano prevede per il PO San Martino di Oristano un ruolo multi-specialistico, con l'attivazione di nuove specialità di branca medica e chirurgica, anche in funzione del ruolo che assume nella rete di Emergenza (DEA di I livello). Il presidio si occupa delle attività di alta intensità di cura (degenze intensive e sub-intensive, rianimazione, unità di terapia intensiva cardiologica - UTIC, Stroke) e di media intensità di cura con degenze di area medica, chirurgica e materno-infantile. Nei due presidi periferici Mastino di Bosa e Delogu di Ghilarza, continueranno ad essere trattati casi di medio-bassa intensità di cura e le attività programmate (day hospital, day surgery, day service, week hospital). La specializzazione dei presidi periferici su attività a minore complessità conduce ad un governo dell'offerta più efficiente ma anche più efficace in termini di qualità delle prestazioni erogate e di risposta ai bisogni assistenziali del territorio. Il modello organizzativo dovrà tuttavia essere in linea con le direttive per i nuovi atti aziendali di prossima adozione.

In una concezione di ospedale di rete tutti gli ospedali aziendali si trasformano in strutture flessibili che garantiscono prestazioni sia con l'utilizzo di risorse dedicate stabilmente sia con risorse disponibili nella rete aziendale. Infatti è garantita la presenza del personale medico del PO San Martino per prestazioni da erogare nei Presidi di Ghilarza e Bosa e viceversa; ciò soprattutto per le attività di area chirurgica, che sono organizzate secondo il vero modello dipartimentale. Sarà garantita la presenza di un team professionale itinerante capace di presidiare la gran parte delle discipline chirurgiche nei tre presidi ospedalieri, operando per linee di attività chirurgica specialistica e per entità e complessità della casistica trattata.

In un'ottica di efficienza gestionale l'attività dei tre Presidi Ospedalieri sarà organizzata per intensità di cura; sulla base del livello di complessità assistenziale e stabilità clinica del paziente sarà deciso il Presidio ospedaliero deputato al ricovero con conseguenti trasferimenti tra i presidi in base all'evolversi delle condizioni del paziente stesso durante il periodo di degenza.

***Nel Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano***, le nuove discipline attivate sono quelle di otorinolaringoiatria e neurologia nonché il servizio di dermatologia. In corso di attivazione è la disciplina di oculistica con la previsione di tre posti letto. Le degenze mediche dovranno prevedere oltre ai posti letto di medicina interna anche i posti letto di geriatria e di pneumologia. Si attiveranno quindi i posti letto per la gestione delle post acuzie.

Da segnalare inoltre la grande difficoltà nel coprire l'attività di Emodinamica h24 e 7gg su 7, data la forte carenza di dirigenti medici e gli ostacoli nel reclutamento.

Un altro punto critico è riferibile alla scarsa dotazione organica di anestesisti, per i quali si riscontrano le medesime difficoltà di arruolamento, che limita fortemente le potenzialità presenti nei reparti chirurgici, costretti a ridurre la produzione di interventi e conseguente l'allungamento delle liste d'attesa. Altra criticità che si riflette su tutte le attività ospedaliere è la forte carenza di dirigenti medici radiologi.

Tra gli interventi da attuare nel triennio vi sarà l'incentivazione all'uso di nuove tecnologie sanitarie di ausilio alla chirurgia che permetterà di qualificare l'offerta assistenziale di questa Azienda, contribuendo a

migliorare la qualità delle cure e l'efficienza dei servizi sanitari offerti. Tali strategici investimenti saranno in grado di rispondere a precise esigenze clinico-assistenziali, migliorare l'efficienza interna, ridurre la mobilità passiva, rafforzare il ruolo del nostro Ospedale nel contesto sanitario regionale e aumentarne l'attrattività anche ai fini del reclutamento del personale.

***Nel presidio Delogu di Ghilarza*** sarà trattata la bassa intensità di cura, che comprende la medicina interna a bassa intensità assistenziale e i pazienti post-acuti, che hanno superato la fase acuta della malattia e necessitano di cure meno intensive, spesso in preparazione alla dimissione. Sarà poi eseguita una chirurgia polispecialistica in day surgery, day service o ambulatoriale a bassa complessità. Saranno trattati gli interventi caratterizzati da bassa invasività, breve durata e un basso rischio per il paziente, con utilizzo di anestesia locale o con una sedazione leggera permettendo una dimissione in giornata.

A completamento dell'offerta assistenziale ospedaliera saranno presenti i posti letto per post acuti di lungodegenza (cod. 60) e di recupero e riabilitazione funzionale (cod. 56).

Nel Presidio è inoltre presente l'Ospedale di Comunità, con l'utile funzione di ricoverare nel corretto setting assistenziale il paziente che non potrà essere dimesso al domicilio e che necessita di ulteriori giorni di assistenza perlopiù di tipo infermieristico. Questa soluzione è coerente con la necessità di offrire maggiori garanzie in termini di appropriatezza e di continuità delle cure. Tali strutture infatti sono orientate al recupero dell'autonomia per il rientro al domicilio dei pazienti che possono essere dimessi dall'Ospedale ma che non sarebbero adeguatamente assistiti al domicilio per mancanza di supporto familiare, date le condizioni del paziente.

***Nel presidio Mastino di Bosa*** sarà gestita la media intensità di cura con la presenza di un reparto di medicina interna e un reparto di chirurgia organizzato secondo il modello della week surgery. Nel PO Mastino si è sperimentato il modello organizzativo e assistenziale per blocchi di degenza, mediante la collocazione delle degenze su un unico piano. Tale modello verrà mantenuto con l'obiettivo dichiarato di ottenere efficienza organizzativa e miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati. Anche nel presidio di Bosa saranno presenti posti letto per post acuti (lungodegenza cod. 60) e sarà ospitato l'Ospedale di Comunità.

In risposta ai bisogni di salute della popolazione, all'interno dei tre ospedali saranno offerti servizi e risposte assistenziali più appropriate; anche l'Ospedale infatti assicurerà la continuità assistenziale e la definizione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione in un'ottica di integrazione ospedale territorio interagendo con tutti gli altri Dipartimenti Aziendali e con i Distretti.

Si ribadisce che tra le criticità più importanti si riscontra l'inadeguatezza della dotazione di personale, in particolare medico e infermieristico: infatti il contingentamento delle dotazioni e le limitazioni al turnover del personale cessante ha progressivamente determinato un impoverimento della già carente dotazione organica.

I fabbisogni da ricoprire in termini di risorse umane, utili a garantire l'erogazione dei LEA e dare corpo ai progetti aziendali, si scontrano con le enormi difficoltà nel reperire sul mercato medici e infermieri che prestino stabilmente servizio presso la nostra Azienda e non siano invece attratti dalle Aziende che insistono nei territori di Cagliari e Sassari.

Per superare le difficoltà nel reperire le necessarie risorse professionali che consentono di completare la dotazione organica dell'Azienda, ci si propone momentaneamente di stipulare accordi e convenzioni con altre ASL per avviare rapporti di collaborazione atti a colmare i gap nell'offerta di prestazioni attualmente presenti nelle rispettive Aziende. Il fenomeno ormai crescente della stipula di convenzioni tra aziende o con il singolo professionista è ampiamente diffuso e dovrà essere regolamentato a livello regionale come prassi da adottare per l'erogazione di prestazioni o servizi in una logica di rete.

Di seguito alcuni cenni sui servizi di supporto alla degenza che lavorano sui tre presidi Ospedalieri.

Oramai dal 2011 si è iniziato a ragionare in una logica di **Rete Laboratoristica Provinciale** Integrata con una struttura Hub centrale presso il Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano e Spoke periferici nei presidi Ospedalieri di Bosa, Ghilarza e nei punti prelievo facenti capo in particolare al Distretto di Ales.

In pratica si utilizza una piattaforma digitale unica per l'accettazione degli esami e la refertazione, garantendo l'intero repertorio di prestazioni presente nella sede Hub a tutte le sedi decentrate.

Il laboratorio centrale di Oristano è dotato di alta automazione e specializzazione nel campo della Biochimica Clinica, della Ematologia e Coagulazione, della Microbiologia e nei settori specialistici della Biologia Molecolare in campo microbiologico, oncologico e oncoematologico mentre nei laboratori periferici (Spoke) permangono solo le attività urgenti e di prossimità.

Sempre con il fine di garantire una uniformità di assistenza, la Refertazione Digitale alimenta il Fascicolo Sanitario Elettronico consentendo la consultazione capillare dei risultati. Negli anni l'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico è stato fortemente promosso e pubblicizzato dal Laboratorio.

La gestione del personale tecnico, attraverso l'intervento del dirigente da remoto dalla sede HUB di Oristano, ha portato a garantire copertura H24 nei laboratori spoke.

La S.C. Laboratorio Analisi essendo un servizio che opera sia in ambito ospedaliero che territoriale rappresenta un naturale elemento unificatore nella gestione globale della persona e dei suoi bisogni di salute.

Nessuna criticità pertanto si ravvisa nel proseguire con l'attuale modello organizzativo che si è rivelato efficiente e funzionante.

## **UUOO di Radiologia**

Le UUO di Radiologia operano attraverso tre strutture aziendali (Radiologia PO San Martino, Radiologia dei PPOO Bosa - Ghilarza e Radiologia Territoriale), con una dotazione organica che risulta essere largamente insufficiente.

Il personale attualmente in servizio presso la Radiologia del PO San Martino (DEA) è pari a 5 medici radiologi, di cui uno prossimo alla dimissione, rispetto ai 13 medici necessari per ricoprire una dotazione organica minima. L'UO operativa si avvale occasionalmente della disponibilità di consulenti radiologi su base volontaria, vincolata alla copertura dei turni della U.O. della ASL di appartenenza e al rispetto della normativa vigente in materia di riposi e congedi previsti dal CCNL (ferie ordinarie, ferie radiologiche, etc). Pertanto sono presenti situazioni critiche, legate alla copertura dei turni notturni, turni diurni coperti da un solo medico radiologo che si trova a gestire tutte le urgenze del Pronto Soccorso e UU.OO. di degenza aziendali nonché le urgenze provenienti dal territorio. Analoghe difficoltà si riscontrano nel personale medico

radiologo delle altre strutture aziendali per un totale di 11 posti vacanti in azienda, (nel biennio 2027-2028 altri 3 radiologi andranno in quiescenza per raggiunti limiti di età). Carente è anche il personale tecnico di radiologia (TSRM) che, a causa di un elevato numero di tecnici con limitazioni ne riduce di fatto la disponibilità oraria.

A queste criticità nell'anno 2025 si è aggiunto un grave guasto tecnico all'unica RM pubblica; l'apparecchiatura ferma (QUENCH) dal 16 febbraio 2025, dichiarata fuori uso il 15 aprile 2025, ha determinato la sospensione completa dell'attività clinica ospedaliera fino al mese di settembre. Sempre nel primo semestre dell'anno in corso la TC del DEA è stata dichiarata fuori uso (11 marzo 2025), con rimodulazione parziale dell'attività clinico-assistenziale presso la TC della radiologia territoriale del corpo P; l'apparecchiatura è stata sostituita dopo alcuni mesi ed è tornata operativa nel giugno dell'anno corrente.

La criticità dell'esiguo personale in servizio presso le strutture aziendali di Radiologia potrebbe essere superata con l'integrazione in organico di un adeguato numero di dirigenti medici radiologi e TSRM. Le procedure fino ad ora attivate non hanno dato esiti favorevoli. Peraltro la attrazione dei professionisti verso il pubblico dell'area metropolitana di Cagliari, ed il privato, accreditato e non, impoveriscono costantemente la struttura. Nel frattempo, in assenza di un numero adeguato di medici e tecnici che daranno la loro disponibilità all'assunzione presso la nostra azienda, sarà necessario proseguire con l'attivazione di procedure alternative. Sarà quindi autorizzata l'esecuzione di prestazioni aggiuntive, e verrà richiesta nuovamente l'attivazione di contratti a tempo determinato, in attesa delle procedure concorsuali o, in assenza di graduatorie attive, sarà proposta la pubblicazione di manifestazioni di interesse atte a stipulare contratti libero-professionali e il rinnovo dei contratti esistenti. Potrà inoltre essere utile incrementare il numero di prestazioni da acquistare dal privato accreditato per il tempo necessario a rientrare da tale situazione di emergenza nella carenza dell'organico o per imprevedibili fermi macchina delle apparecchiature radiologiche. Ciò sarà possibile solo con l'autorizzazione dell'assessorato regionale alla sanità che, in collaborazione con ARES, potrà prevedere un incremento del tetto di spesa o l'utilizzo dei risparmi eventualmente originati anche in altre branche. Infine potranno essere attivate convenzioni con altre ASL della regione nell'ottica della collaborazione in rete con le altre aziende del SSR.

Un valido supporto sarà dato inoltre dall'applicazione della *telemedicina*. Nell'ottica di una modifica dell'organizzazione del lavoro potrà essere prevista una collaborazione tra le strutture della Radiologia dei tre Presidi Ospedalieri, prevedendo la refertazione da uno dei servizi di radiologia, in maniera bidirezionale in base ai turni di servizio. Ciò è applicabile per tutte le prestazioni inserite nell'elenco delle prestazioni radiologiche erogabili in regime di telemedicina.

**L'UO di Anestesia e Rianimazione e Terapia Intensiva** opera sui tre presidi di Oristano, Bosa e Ghilarza. Nella terapia intensiva del PO di Oristano sono presenti 8 posti letto; l'unità operativa garantisce inoltre l'attività di anestesia e di preospedalizzazione nei tre presidi ospedalieri e di terapia antalgica/partoanalgesia nel PO di Oristano, attività quest'ultima quasi del tutto abbandonata per la carenza del personale medico anestesista. L'UO garantisce poi le consulenze ai reparti ospedalieri e le attività in emergenza del PO San Martino.

Il personale che opera nei tre presidi ospedalieri, nella UO di Anestesia e Rianimazione, è pari a 13 dirigenti medici, 16 infermieri e 8 OSS. Per la sola attività di Rianimazione gli standard della dotazione di personale prevedono la presenza di 10 medici, 24 infermieri e 6 OSS. E' evidente che la dotazione dell'organico non



può supportare le altre attività presenti nei tre presidi e contribuire alle attività del territorio che dovrebbero essere anch'esse garantite (ad es. Ambulatori del dolore nell'ambito della Rete delle Cure Palliative). Solo di recente sono stati assunti 7 specializzandi a tempo determinato che potranno essere di supporto alle attività dell'UO.

La sofferenza nella dotazione del personale dell'UO di Anestesia e Rianimazione ha condizionato fortemente le attività del Blocco Operatorio limitando gravemente l'offerta di prestazioni chirurgiche in elezione. Altra criticità riscontrata, conseguente alla carenza di anestesisti, riguarda l'analgesia di parto che nel P.O. di Oristano, negli ultimi anni, non ha mai superato il 30% dei parti vaginali; questo è un limite che spinge da anni molte partorienti a preferire altri ospedali con garanzie maggiori per effettuare l'analgesia di parto, contribuendo ad un trend negativo del numero dei parti registrato nella nostra azienda.

***2) Il potenziamento della disciplina di otorinolaringoiatria di recente istituzione, l'attivazione delle nuove discipline di oculistica, di geriatria e dermatologia e la riorganizzazione dei posti letto di medicina interna prevedendo posti letto tecnici di pneumologia ora assenti***

Nell'ambito delle Cure Chirurgiche emergeva la necessità di fornire risposte in merito alle specialità di **Oculistica** e **Otorinolaringoiatria**, solo recentemente presenti nelle strutture pubbliche della Provincia; tale necessità è indotta non solo dal ruolo di DEA di primo livello dell'ospedale San Martino di Oristano, ma anche dalla presenza di trasferimenti frequenti dei pazienti in altri ospedali regionali che determinano volumi elevati di mobilità passiva.

La dotazione di posti letto dedicati di otorinolaringoiatria e di oculistica concorreranno ad arricchire l'offerta per acuti disponibile, e a migliorare l'operatività del Pronto Soccorso e degli attuali reparti, grazie alla possibilità di collaborazione con professionisti specializzati in patologie che sono da considerarsi frequenti.

Le degenze di area medica verranno ridisegnate prevedendo, nel presidio ospedaliero San Martino, oltre ai post letto di **medicina interna** la presenza di posti letto di **pneumologia**, in considerazione dell'importanza di presidiare il controllo delle malattie respiratorie che rappresentano la quarta causa di morte della provincia.

Risulta inoltre indispensabile proporre l'attivazione della UO di **Geriatria** in una realtà ove i ricoveri degli ultrasessantacinquenni rappresentano il 35% dei ricoveri totali e il 60% dei ricoveri nei reparti di medicina interna. Considerato che nella nostra realtà il trend è verso un progressivo invecchiamento della popolazione appare urgente attivare l'offerta assistenziale specialistica geriatrica ospedaliera con la previsione di posti letto dedicati.

E' inoltre di recente istituzione il servizio di dermatologia a conferma della consistente richiesta di prestazioni sanitarie di elevata complessità che il servizio nascente in parte già eroga e in parte sarà in grado di erogare sul territorio della provincia di Oristano. Attualmente il servizio presta consulenza per il pronto soccorso e per i reparti, eroga prestazioni ambulatoriali per esterni di dermatologica generale e di chirurgia ambulatoriale di superficie sia per le attività diagnostiche tramite biopsia cutanea, che per l'asportazione dei tumori della pelle.

Effettua la crioterapia con azoto liquido, importante ausilio terapeutico per il trattamento delle precancerose cutanee, la diatermocoagulazione, le medicazioni semplici e avanzate di ferite chirurgiche, ulcere e di altre affezioni della cute e svolge esame microscopico su vetrino per le micosi cutanee e altre selezionate patologie.

Il servizio ospedaliero di dermatologia è inoltre inserito tra i centri abilitati alla prescrizione di farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA.

A completamento dell'offerta assistenziale si riconoscerà all'U.O. di Medicina l'attività di semintensiva. Nel reparto sono presenti 8 letti attrezzati ciascuno di monitor multiparametrico e strumentazione idonei ad accogliere pazienti critici per varie condizioni patologiche (insufficienza respiratoria e cardiaca, aritmie 'maggiori', squilibri metabolici, shock di varia genesi, ecc.). In questa area di degenza i pazienti quando necessario riceveranno supporto ventilatorio non invasivo che richiede competenza e un'attenzione costante da parte del personale sanitario opportunamente formato e addestrato. Anche in questo caso la presenza dell'attività semintensiva avrebbe risvolti positivi per la struttura di medicina interna: richiamo di medici specialisti in ambito di emergenza o in formazione specialistica con interesse a voler seguire questo settore affinando le proprie competenze; ma anche di infermieri interessati a sviluppare le competenze in tale ambito.

### **3) Il Progetto di collaborazione tra aziende per la gestione delle urgenze-emergenze endoscopiche**

Recentemente è nato un progetto di collaborazione per la gestione delle urgenze-emergenze endoscopiche tra la S.S.D. di Endoscopia Digestiva PO San Martino e la S.S.D. di Endoscopia Digestiva PO San Gavino Monreale, che può essere impiegata quale modello per altre discipline.

Considerata la vicinanza territoriale dei due Presidi Ospedalieri, in accordo tra i responsabili delle strutture, ci si propone di realizzare una collaborazione interaziendale strutturata per le procedure endoscopiche complesse e la gestione delle urgenze-emergenze in reperibilità.

Saranno gestite congiuntamente le reperibilità per l'urgenza ed emergenza endoscopica fra i due ospedali, suddividendole in base al numero complessivo dei dirigenti medici delle rispettive U.O. Il dirigente medico reperibile della ASL di Oristano coprirà anche le urgenze-emergenze della ASL di San Gavino nei turni a lui assegnati, e viceversa. Se l'urgenza, che si dovesse presentare nei turni notturni e feriali, è procrastinabile il paziente verrà poi visto dall'equipe dell'Ospedale la mattina successiva.

E' in via di definizione un PDTA chiaro e condiviso che consenta l'invio tempestivo e coordinato presso l'Ospedale di riferimento, garantendo continuità e qualità nella gestione dell'urgenza endoscopica.

La **costituzione di una rete inter-ospedaliera** potrebbe rappresentare un elemento chiave non solo per garantire l'efficacia assistenziale locale ma anche per contribuire alla costruzione di una rete clinica regionale moderna, efficiente e sostenibile, con la previsione di percorsi condivisi tra ospedali territorialmente vicini. Ciò consentirebbe di:

- Superare la frammentazione assistenziale, promuovendo una reale integrazione funzionale tra presidi con caratteristiche e volumi differenti.

- Rafforzare la rete delle emergenze specialistiche assicurando la presa in carico tempestiva e qualificata dei pazienti acuti indipendentemente dal presidio di primo accesso.
- Assicurare una Continuità assistenziale h24 anche nei giorni festivi e durante le ore notturne.
- Garantire una omogeneità dei percorsi clinici assistenziali tra presidi riducendo le disuguaglianze territoriali e migliorando le qualità delle cure.
- Razionalizzare le risorse professionali attraverso una turnazione equa tra i medici reperibili delle diverse aziende evitando sovra carichi e interruzioni di servizio assicurando la copertura continuativa del servizio su tutta l'area di riferimento.
- Ridurre i trasferimenti impropri, la mobilità secondaria e i tempi di attesa, migliorando l'accesso alle cure per tutti i cittadini.
- Valorizzare il ruolo dei presidi territoriali come nodi attivi e qualificati della rete integrati in un sistema regionale coordinato.

#### **4) Il Percorso del paziente vertiginoso acuto e subacuto**

La SSD di Otorinolaringoiatria del PO S. Martino di Oristano prevede di portare avanti un progetto per facilitare il percorso del paziente vertiginoso acuto e subacuto. In particolare il servizio di vestibologia della ASL di Oristano è dotato di strumentazioni diagnostiche di secondo livello (Video-oculosopia; Video-oculografia; Video Head Impulse test; cVEMPs e oVEMPs), che uniti alle competenze del personale medico in servizio identificano la nostra struttura come centro altamente qualificato per la presa in carico dei pazienti vertiginosi. La vertigine acuta rappresenta una delle principali cause di accesso ai Pronto Soccorso (PS) e di richiesta di valutazione specialistica. Stime epidemiologiche indicano che fino al 4% degli accessi ai PS è legato a sintomi vertiginosi o disequilibrio (Strupp et al., 2022). Tuttavia, la gestione dei pazienti vertiginosi spesso avviene in modo non coordinato, con un elevato rischio di diagnosi incomplete o inaccurate, inappropriatezza nell'iter terapeutico, elevato tasso di drop out al follow up e conseguente cronicizzazione dei deficit vestibolari.

I pazienti eseguiranno una accurata valutazione anamnestica mediante l'utilizzo di score validati (DHI, VVAS, VAAI, HADS-A), valutazione clinica in video-oculosopia con registrazione, Video Head Impulse Test per la valutazione della funzionalità del riflesso vestibolo-oculomotore, Bilancio vestibolare calorico, Potenziali evocati Vestibolari (cVEMPS e oVEPMS, rispettivamente cervicali e oculari), valutazione audiologica completa. Tutte le valutazioni seguono le Linee Guida Internazionali della Barany Society sulle diagnosi delle patologie vestibolari - International Classification of Vestibular Disorders (ICVD) e accolti dalla Società Italiana di Vestibologia (VIS).

I vantaggi nella creazione di un percorso coordinato per la gestione dei pazienti con vertigine acuta e subacuta sono i seguenti.

- Riduzione degli accessi impropri al PS e delle consulenze ripetitive.
- Incremento dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica.
- Riduzione dei tempi di recupero funzionale nei pazienti con DVA.
- Ottimizzazione delle risorse sanitarie con riduzione dei costi indiretti a medio-lungo termine.

Sarà quindi necessario promuovere la diffusione della cultura clinica della Vestibologia tra i medici territoriali, (MMG e specialisti), attraverso l'organizzazione di un programma di formazione finalizzato a uniformare i

criteri di invio e migliorare la qualità della selezione dei pazienti candidati ad una valutazione di secondo livello.

**5) *L'attivazione della Stroke Unit al fine di ottimizzare il percorso diagnostico terapeutico delle patologie cerebrovascolari***

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

**6) *Il potenziamento della UO di Emodinamica per un'offerta del servizio H24 a garanzia del paziente con problematiche del cuore e dei vasi periferici***

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

La struttura è stata riattivata nel giugno 2022 dopo un periodo di inattività a causa della difficoltà nel reclutamento di medici emodinamisti; inizialmente ci si è avvalsi della collaborazione degli specialisti dell'Azienda ospedaliero universitaria di Sassari e successivamente è stato implementato l'organico dei dirigenti medici aziendali con l'auspicio di acquisire a breve altre figure mediche che ci permettano di garantire un'apertura h 24, figure difficili da reperire sul mercato.

Allo stato attuale sono presenti criticità sia sulla dotazione organica che dal punto di vista strutturale.

In particolare gli spazi e la strutturazione dell'Emodinamica del P.O. San Martino sono rimasti invariati dall'apertura dell'attività nell'anno 2009. Tutte le altre sale della Regione ad esclusione di quella di Carbonia sono andate incontro ad una o più ristrutturazioni radicali, volte principalmente all'allestimento di una seconda sala ed in alcuni casi di una terza (in strutture dove si realizzi anche l'interventistica aritmologica), requisito indispensabile al trattamento in sicurezza delle emergenze tempo dipendenti. La nostra struttura è

al momento dotata unicamente di una sala angiografica di dimensioni insufficienti all'utilizzo delle apparecchiature di uso quotidiano. Le dimensioni della sala sono tali da non consentire neanche l'utilizzo in urgenza dell'angiografo portatile previsto per il back-up nel caso di avaria in corso di procedura d'emergenza.

Per quanto riguarda il personale in servizio la dotazione minima prevista per la realizzazione di un'attività h24 è di almeno 5 medici emodinamisti, un coordinatore infermieristico, 10 collaboratori infermieri, 2 OSS, 4 tecnici di radiologia. Ad oggi la dotazione organica è composta da tre medici, sette infermieri, un OSS e mancano totalmente i tecnici di radiologia. In questo contesto non è possibile garantire l'attività h24 della sala e anzi non è neanche possibile garantire la presenza costante di due operatori medici in servizio per turno. Ciò costringe questa azienda a non poter garantire un servizio h 24 fino al reclutamento quantomeno di ulteriori due figure di dirigente medico emodinamista.

#### ***7) L'attivazione dei posti letto per post acuti per migliorare l'appropriatezza del ricorso all'ospedale***

La popolazione di grandi anziani o malati polipatologici, ricoverata ogni giorno nei reparti dei nostri presidi ospedalieri, costituisce una percentuale importante; per loro spesso si ravvisa la necessità di una stabilizzazione del quadro clinico che presuppone un prolungamento dei tempi di degenza che va ben oltre rispetto a quello del malato acuto giovane.

L'attivazione del setting assistenziale delle post acuzie permetterebbe di stabilizzare le condizioni cliniche, recuperare autonomia e fornire supporto a pazienti e familiari con un reinserimento più sicuro e graduale nella vita domestica o in un ambiente protetto. Ciò permetterebbe di alleggerire il carico sui reparti per acuti evitando la permanenza prolungata in questi reparti e liberando posti letto per chi ne ha effettivamente bisogno.

#### ***8) Assicurare ai pazienti una transizione efficace dal ricovero all'assistenza territoriale con il contributo del Punto di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari ospedalieri (PASS)***

Le dimissioni difficili costituiscono una criticità nella transizione del paziente fragile dal contesto assistenziale ospedaliero a quello territoriale e per questo si è resa necessaria l'adozione di un modello organizzativo che, dialogando con la rete dei servizi sanitari e sociali del territorio, assicura al paziente e ai familiari la continuità delle cure nella fase di transizione. Con delibera n. 54 del 03/02/2025 è stato attivato il Punto di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari ospedalieri (PASS) della ASL n. 5 di Oristano.

I Punti di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari Ospedalieri (PASS), sulla base dei bisogni sociosanitari rilevati, facilitano, in raccordo con COT – PUA/UVT, i rapporti tra le strutture di assistenza ospedaliera e la rete territoriale in modo da garantire la continuità delle cure. Infatti, se la richiesta di presa in carico proviene dai reparti ospedalieri intervengono i PASS con il compito di facilitare, sulla base dei bisogni sociosanitari rilevati, in raccordo con la COT, i rapporti tra le unità operative dei presidi ospedalieri e la rete territoriale costituita dal sistema PUA/UVT, in modo da garantire la continuità tra i vari setting assistenziali.

Le strutture ospedaliere così, attraverso il PASS, esprimono il bisogno di continuità delle cure per i pazienti ricoverati e per i quali alla dimissione si prevede la necessità di supporto sanitario/sociale.

Al fine di garantire l'immediata operatività del PASS, nelle more di una specifica regolamentazione aziendale in merito, per l'attività di gestione delle dimissioni difficili/protette si è fatto riferimento alle indicazioni contenute nell'allegato n. 1 alla Deliberazione del Commissario Straordinario dell'ATS n. 128 del 31 ottobre 2019. Durante questo primo anno di attività sono state raccolte tutte le informazioni utili ad indentificare le criticità e a raccogliere le proposte di miglioramento. Tra le criticità rilevate si rammentano quelle relative alle interfacce tra le piattaforme informatiche in uso nei reparti ospedalieri e quelle in uso nel territorio: è assente su ADT la possibilità di tracciare tutte le fattispecie di dimissione protetta, ADT genera la richiesta di UVT "saltando" la COT e il PASS, ecc. Sono state inoltre individuate le aree di miglioramento nelle interazioni tra i diversi soggetti che operano per l'adozione dei provvedimenti di competenza che si ritengono necessari per l'attivazione ed il buon funzionamento del PASS, anche in relazione ad una corretta integrazione ospedale-territorio. Questo studio sarà utile anche per la redazione della regolamentazione aziendale sul funzionamento del PASS, che potrà regolare anche i processi di interconnessione tra Case di Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC) e Centrali operative territoriali (COT).

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

L'Azienda, grazie alla Struttura Risk Management Qualità e Formazione Permanente sta migliorando le azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività sanitarie. Nel 2023 è stata 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. L'impegno della SSD Risk Management, Qualità e Formazione Permanente nel biennio 2024-2025 è stato indirizzato su diversi fronti.

Per la diffusione dei principi e della pratica della Evidence Based Medicine sono stati organizzati seminari e webinar su UpToDate, piattaforma on line evidence-based per il supporto alle decisioni cliniche.

È stata diffusa la cultura della sicurezza delle cure, della gestione del rischio clinico e della non colpevolezza (no blame culture) - riportare l'errore e imparare come singoli e come organizzazione -, mediante la pianificazione, organizzazione ed erogazione di corsi aziendali sul rischio clinico, rivolti alla rete aziendale dei facilitatori del rischio clinico e della qualità.

Particolare attenzione inoltre è stata data alla gestione del rischio clinico e della sicurezza delle cure attraverso l'implementazione del SIRMES (Sistema integrato regionale per il monitoraggio degli errori in sanità) con numerose segnalazioni di eventi avversi e near miss, provenienti dalle unità operative aziendali, con l'analisi degli errori attraverso lo strumento operativo del SEA (audit su eventi significativi) e la realizzazione di oltre diversi audit di rischio clinico e infine con la costituzione di gruppi di lavoro con il coinvolgimento dei facilitatori per l'analisi pro-attiva dei processi assistenziali attraverso lo strumento della FMEA (Failure Mode and Effect Analysis).

Sempre nel biennio 2024-2025 il Servizio, per diffondere e formare sugli strumenti della clinical governance, ha realizzato un ciclo di eventi formativi su "Metodologia e strategie di implementazione dei percorsi clinico assistenziali (PCA/PDTA) nell'ASL Oristano" e ha supportato metodologicamente i gruppi di lavoro aziendali

che avevano il compito di costruire alcuni PDTA strategici per l'Azienda nel campo delle malattie cronico-degenerative.

Oltre a proseguire con le attività appena descritte, sono state realizzate e si proseguirà con lo sviluppo di iniziative di formazione dei team clinico-assistenziali basate sulla simulazione avanzata per diffondere una cultura e una capacità del lavoro in team e la leadership anche al fine di aumentare la sicurezza delle cure. Si procederà inoltre con la redazione e l'implementazione di procedure su 2 raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella e l'aumento della sicurezza delle cure.

Avviato nell'anno in corso si procederà nelle prossime annualità con lo sviluppare i PDTA aziendali attraverso lo strumento e l'attività di audit and feedback (A&F) per diminuire il divario tra pratica assistenziale e linee guida e tendere a garantire un accesso e un'offerta assistenziale di qualità alla persona con un determinato problema di salute.

Infine si potrà intraprendere un processo di benchmarking con importanti strutture sanitarie nazionali e sotto l'egida di Cerismas (Centro ricerche e studi sul management sanitario) per il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e dei percorsi assistenziali nel campo delle malattie croniche e delle cure palliative.

Nel biennio 2026-2028 si potrà quindi affinare la metodica dell'audit and feedback (A&F), per migliorare i processi assistenziali, potranno essere realizzati audit di rischio clinico (SEA) condotti interamente dai facilitatori della rete aziendale e potrebbe essere estesa la simulazione come prassi congeniale per la formazione dei team assistenziali.

### C) L'innovazione tecnologica e gli investimenti per l'assistenza ospedaliera e territoriale

Durante il biennio 2024 e 2025 non ancora concluso sono state numerose le nuove installazioni di apparecchiature elettromedicali per un totale complessi di **n. 1118** apparecchiature e relativi accessori così distribuite:

	Apparecchiature	Relativi accessori
Presidi Ospedalieri	337	360
Distretti Territoriali	122	18
Pazienti Domiciliari	255	/

Le apparecchiature acquisite in varie modalità (noleggio, acquisto, service) ed installate nei Presidi Ospedalieri sono principalmente:

- strumentazione di uso comune ma fondamentale per l'erogazione dell'assistenza (letti per degenza elettrificati, elettrocardiografi, frigoriferi per farmaci, ecc.);
- strumentazione specialistica per attività chirurgica, anche in laparoscopia (elettrobisturi, colonne per chirurgia laparoscopica, lampade scialitiche, videolaparascopi, ecc.);
- strumentazione diagnostica per l'erogazione di nuove prestazioni ed il miglioramento quantitativo e qualitativo di quelle già offerte nella ASL Oristano (tomografo a risonanza magnetica, TAC, ecc.).

### **Presidi Ospedalieri**

Sono state oggetto di acquisto apparecchiature per l'avvio di tre nuove branche specialistiche della ASL Oristano operative presso il P.O. San Martino: Oculistica, Otorinolaringoiatria e Dermatologia. Inoltre, sempre per queste tre branche è stata avviata e/o è in fase di avvio attività chirurgica:

- per l'Oculistica sono state avviate le iniezioni intravitreali ed è in fase di avvio l'attività chirurgica per la cataratta di 1° e 2° livello;
- per l'Otorinolaringoiatria è stata avviata l'attività chirurgica per la riduzione dell'ipertrofia dei turbinati;
- per la Dermatologia sono state avviate attività chirurgiche di rimozione di lesioni e biopsie cutanee.

<b>APPARECCHIATURE PER OCULISTICA</b> <b>PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON LE NUOVE DOTAZIONI</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• esame obiettivo dell'occhio e del fundus oculi, acutezza visiva, tonometria, ovvero eventuale riscontro di vizi di refrazione o di disturbi dell'accomodazione e quindi prescrizione di lenti correttive;</li><li>• indagini diagnostiche del campo visivo, delle strutture interne dell'occhio e misura della curvatura della superficie della cornea;</li><li>• esame della densità, della forma e funzionalità delle cellule endoteliali dell'occhio;</li><li>• analisi non invasiva della retina ed in particolare della macula e quindi diagnosi di patologie della regione centrale della retina e del glaucoma;</li><li>• trattamento ambulatoriale di alcune patologie della retina come la retinopatia diabetica, rotture e degenerazioni della retina, trombosi retiniche ed edema maculare.</li></ul>
<b>APPARECCHIATURE PER ORL</b> <b>PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON LE NUOVE DOTAZIONI</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• visite generali;</li><li>• endoscopie dei distretti di pertinenza ORL;</li><li>• esami audiometrico tonale, vocale;</li><li>• esame impedenzometrico;</li><li>• potenziali evocati uditivi per adulti e bambini;</li><li>• screening uditivo neonatale;</li><li>• esame clinico della funzionalità vestibolare.</li></ul>
<b>APPARECCHIATURE PER DERMATOLOGIA</b> <b>PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON LE NUOVE DOTAZIONI</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• visite generali;</li><li>• diagnosi e cura delle principali patologie dermatologiche;</li><li>• visite dermatologiche e dermoscopiche (manuali e digitali);</li><li>• crioterapia e diatermocoagulazione;</li><li>• biopsie cutanee, dermochirurgia ed esami micologici.</li></ul>



Inoltre, nei Presidi Ospedalieri sono state installate le seguenti apparecchiature di ultima generazione finanziate con i Fondi PNRR Missione 6 Componente 1.1.2 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – grandi Apparecchiature”:

DESCRIZIONE	COSTRUTTORE e MODELLO	PRESIDIO DI DESTINAZIONE	REPARTO
ECOTOMOGRAFO	ESAOTE - MYLAB X8	P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO	RADIOLOGIA
ECOTOMOGRAFO	ESAOTE - MYLAB X8	P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO	MEDICINA
ECOTOMOGRAFO	ESAOTE - MYLAB X8	P.O. DELOGU DI GHILARZA	MEDICINA
ECOTOMOGRAFO	ESAOTE - MYLAB X8	P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO	CHIRURGIA
SISTEMA POLIFUNZIONALE	CARESTREAM DRX EVOLUTION PLUS	P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO	RADIOLOGIA
DENSITOMETRO OSSEO	GE MEDICAL SYSTEMS ITALIA S.P.A. - Prodigy	POLIAMBULATORIO ORISTANO	AMB. PREVENZIONE DIAGNOSI E CURA DELL'OSTEOPOROSI
DENSITOMETRO OSSEO	GE MEDICAL SYSTEMS ITALIA S.P.A. - Prodigy	P.O. MASTINO DI BOSA	RADIOLOGIA
TAC A 128 STRATI	PHILIPS - INCISIVE CT PLUS	P.O. DELOGU DI GHILARZA	RADIOLOGIA
TAC A 128 STRATI	PHILIPS - INCISIVE CT PLUS	P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO	RADIOLOGIA
RMN A 1,5 T	PHILIPS – INGENIA AMBITION X.	P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO	RADIOLOGIA
ORTOPANTOMOGRAFO	TRADE ART 2000 PLANMECA PROMAX 3D	P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO	RADIOLOGIA
ORTOPANTOMOGRAFO	TRADE ART 2000 PLANMECA PROMAX 3D	P.O. DELOGU DI GHILARZA	RADIOLOGIA

In area laboratoristica sono state fatte acquisizioni di apparecchiature e relativi reagenti e dispositivi con l'obiettivo di:

- diagnosticare e caratterizzare malattie onco-ematologiche come leucemie e linfomi mediante analisi delle proprietà fisiche e dei marcatori molecolari fluorescenti delle singole cellule (citofluorimetria);
- investigare la struttura, le proprietà e le reazioni delle biomolecole per comprendere le basi molecolari delle malattie e delle mutazioni mediante tecniche come la PCR e il sequenziamento per l'analisi e la manipolazione degli acidi nucleici (biologia molecolare);
- aumentare l'attività di ricerca di sangue occulto nelle feci negli assistiti della ASL Oristano (tumori del colon retto);
- aumentare lo screening dei tumori del collo dell'utero (PAP Test);
- individuare in tempi rapidi situazioni di batteriemia che è una principale causa di sepsi (in precedenza i campioni venivano inviati presso altre strutture sanitarie regionali);
- sistemi per la determinazione della VES;
- individuare in tempi rapidi infezioni virali respiratorie, meningite, encefalite ed infezioni gastrointestinali.

Sono inoltre state acquistate apparecchiature laser idonee per effettuare interventi di:

- riduzione dei calcoli renali (Urologia);

- problematiche venose;
- emorroidi e fistole;
- interventi di piccola chirurgia ORL e ginecologica.

In ambito chirurgico sono state acquisite, a vario titolo, tre colonne per chirurgia endoscopica, una dedicata alla chirurgia generale, una alla chirurgia ginecologica ed una all'urologia del P.O. San Martino.

Per il reparto di ginecologia è stato inoltre acquisito un ecografo di ultima generazione che consente di avere immagini 3D-4D da utilizzarsi per le ecografie morfologiche anatomo-fetali o per analisi più approfondite in ambito oncologico.

Per il reparto di cardiologia è stato inoltre attivato il noleggio per un ecografo di alta fascia che consente di avere immagini 3D del cuore delle sue cavità e delle valvole cardiache, con analisi morfologiche e funzionali basate anche sull'intelligenza artificiale.

Sono in fase di acquisizione inoltre nuovi apparecchi di anestesia per i Blocchi Operatori del G.P. Delogu di Ghilarza e per l'A.G. Mastino di Bosa.

**Nel prossimo biennio** è in programmazione l'aggiornamento del parco tecnologico della ASL Oristano nei tre Presidi Ospedalieri mediante finanziamenti propri, regionali ed europei volti ad un miglioramento dell'offerta sanitaria. Di seguito si riportano, in maniera esemplificativa e non esaustiva, alcuni programmi di acquisizione.

Per le due nuove branche di oculistica, dermatologia ed otorinolaringoiatria sono state acquisite e sono in fase di ulteriori acquisizioni apparecchiature specifiche per lo svolgimento di interventi chirurgici in regime di Day Service quali:

- iniezioni intravitreali ed interventi di cataratta (Oculistica);
- interventi di piccola chirurgia e ai turbinati (ORL);
- interventi di piccola chirurgia dermatologica.

Nel prossimo biennio verranno inoltre eseguite le seguenti sostituzioni/integrazioni di maggiore rilievo:

- lampade scialitiche del Blocco Operatorio del P.O. San Martino, del G.P. Delogu di Ghilarza e dell'A.G. Mastino di Bosa;
- letti da degenza elettrificati (in varie configurazioni) per i reparti di Pediatria, Cardiologia e Dialisi;
- ecoendoscopio per l'U.O. di Endoscopia del P.O. San Martino;
- videogastroscoopi e colonscopi per l'U.O. Endoscopia dell'A.G. Mastino di Bosa;
- ecografo intraoperatorio per utilizzo in ambito diagnostico e terapeutico epatobiliare da utilizzarsi in ambito chirurgico e anche per attività proctologiche ambulatoriali, da destinare all'U.O. della Chirurgia del P.O. San Martino.

Verranno eseguiti mediante finanziamenti PR FESR 2021-27 i seguenti interventi:

Descrizione	Struttura	Reparto	COSTO COMPLESSIVO
CENTRALE DI MONITORAGGIO 10 POSTI LETTO	P.O. SAN MARTINO - ORISTANO	CARDIOLOGIA-UTIC	460.428,00 €
CENTRALE DI MONITORAGGIO 10 POSTI LETTO	P.O. SAN MARTINO - ORISTANO	RIANIMAZIONE	204.000,00 €
N. 5 TAVOLO OPERATORI CHIRURGICI	P.O. SAN MARTINO - ORISTANO	BLOCCO OPERATORIO	1.050.000 €
COLONNA LAPAROSCOPICA 3D/4K + ICG	P.O. SAN MARTINO - ORISTANO	BLOCCO OPERATORIO - GINECOLOGIA	410.326,67 €
COLONNA LAPAROSCOPICA 3D/4K	P.O. SAN MARTINO - ORISTANO	BLOCCO OPERATORIO - UROLOGIA	410.326,67 €
COLONNA LAPAROSCOPICA 3D/4K	P.O. SAN MARTINO - ORISTANO	BLOCCO OPERATORIO - CHIRURGIA	410.326,67 €
N. 3 ECOTOMOGRAFI	P.O. SAN MARTINO - ORISTANO	CARDIOLOGIA	300.000,00 €
ECOTOMOGRAFO	P.O. SAN MARTINO - ORISTANO	BLOCCO OPERATORIO / ANESTESIA E RIANIMAZIONE	70.000,00 €
APPARECCHI PER OCULISTICA	P.O. SAN MARTINO - ORISTANO	OCULISTICA	460.000,00 €

### **Distretti Territoriali**

I Distretti Territoriali di Oristano, Ghilarza-Bosa e Ales-Terralba con le loro strutture ubicate nell'intera Provincia sono stati oggetto di acquisti di non notevole entità in termini di apparecchiature elettromedicali in quanto in questi anni sono stati invece oggetto di ristrutturazioni e ammodernamenti edilizi principalmente mediante finanziamenti PNRR e PN Equità e Salute.

Sono pertanto in programmazione per il **prossimo biennio** acquisizioni per le branche specialistiche dei Poliambulatori che permettano l'erogazione di nuove prestazioni ed il miglioramento quantitativo e qualitativo di quelle già offerte, nonché interventi di acquisto che consentano l'avvicinamento delle cure Ospedale-Territorio. Sono ad esempio in programmazione acquisti per le branche di Oculistica, ORL, Angiologia, nonché una riorganizzazione delle apparecchiature già esistenti.

Come apparecchiature di maggior rilievo, sono stati acquistati al n. 2 ecografi di media ed alta fascia per la Radiologia Territoriale, performanti per lo screening del tumore della mammella e per le indagini specialistiche delle varie porzioni anatomiche (addome, tiroide, articolazioni, ecc.).

Relativamente ai finanziamenti PNRR, saranno oggetto di ammodernamento tecnologico le seguenti strutture per l'erogazione delle prestazioni come previsto da DM 77/2022:

- Casa di Comunità HUB Oristano, la quale sarà ubicata presso il Poliambulatorio di Oristano;
- Casa di Comunità HUB Ghilarza, la quale sarà ubicata presso il G.P. Delogu di Ghilarza;
- Casa di Comunità Spoke Tramatza, nuova apertura;
- Casa di Comunità Spoke Samugheo, la quale sarà ubicata presso il Poliambulatorio di Samugheo;
- Casa di Comunità Spoke Santulussurgiu, la quale sarà ubicata presso il Poliambulatorio di Santulussurgiu;
- Ospedale di Comunità di Ghilarza, il quale sarà ubicato presso il G.P. Delogu di Ghilarza;
- Ospedale di Comunità di Bosa, il quale sarà ubicato presso il A.G. Mastino di Bosa.

Relativamente ai finanziamenti PN Equità e Salute, saranno oggetto di ammodernamento tecnologico le seguenti strutture:

- Consultori di Santu Lussurgiu e di Mogoro;

- SERD di Oristano;
- Centro di Salute Mentale (CSM).

Verranno eseguiti mediante finanziamenti PR FESR 2021-27 i seguenti interventi:

Descrizione	Struttura	Reparto	COSTO COMPLESSIVO
ECOTOMOGRAFO	DISTRETTO ALES-TERRALBA	CONSULTORIO MATERNO INFANTILE – TERRALBA	40.000,00 €
ECOTOMOGRAFO	DISTRETTO ALES-TERRALBA	CONSULTORIO MATERNO INFANTILE – ALES	40.000,00 €
ECOTOMOGRAFO	DISTRETTO ALES-TERRALBA	CONSULTORIO MATERNO INFANTILE – MOGORO	40.000,00 €
ECOTOMOGRAFO	DISTRETTO ALES-TERRALBA	CONSULTORIO MATERNO INFANTILE – VILLA SANT'ANTONIO	40.000,00 €
ECOTOMOGRAFO	DISTRETTO GHILARZA-BOSA	CONSULTORIO MATERNO INFANTILE – GHILARZA	40.000,00 €
ECOTOMOGRAFO	DISTRETTO GHILARZA-BOSA	CONSULTORIO MATERNO INFANTILE – BOSA	40.000,00 €
ECOTOMOGRAFO	DISTRETTO GHILARZA-BOSA	CONSULTORIO MATERNO INFANTILE – CUGLIERI	40.000,00 €
ECOTOMOGRAFO	DISTRETTO GHILARZA-BOSA	CONSULTORIO MATERNO INFANTILE – SANTU LUSSURGIU	40.000,00 €
ECOTOMOGRAFO	DISTRETTO GHILARZA-BOSA	CONSULTORIO MATERNO INFANTILE BUSACHI	40.000,00 €
ECOTOMOGRAFO	DISTRETTO ALES-TERRALBA	CASA DE.LA SALUTE DI LACONI	40.000,00 €
ECOTOMOGRAFO	DISTRETTO ORISTANO	CONSULTORIO MATERNO INFANTILE ORISTANO	40.000,00 €

### **Pazienti Domiciliari**

La ASL di Oristano è sempre attenta alle esigenze degli assistiti dei Servizi Protesici e dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Le attrezzature sanitarie, i dispositivi medici e apparecchiature elettromedicali acquistate per i pazienti domiciliari consentono:

- il mantenimento dello stato di salute ovvero l'aderenza al piano terapeutico;
- la terapia e/o supporto alle cure per patologie temporanee, croniche e degenerative;
- miglioramento della qualità della vita.

Ad esempio, per i pazienti con disabilità e/o varie patologie, quotidianamente vengono acquisiti ventilatori per la respirazione assistita, ausili per la movimentazione, comunicatori vocali, ecc.

È attivo per i pazienti afferenti all' Ufficio Protesi il “Servizio di sanificazione, magazzinaggio e riutilizzo dei beni di protesica” che, tra gli altri servizi, prevede la consegna/ritiro al domicilio dei beni nonché l'assistenza dei dispositivi in caso di malfunzionamento e la loro eventuale sostituzione.

È inoltre in programmazione, nelle more di una procedura centralizzata per tutta la Sardegna, una procedura di acquisizione per gli ausili per i quali non vi è disponibilità in magazzino protesica per nuove riassegnazioni (deambulatori, letti elettrificati e cuscini, sedie doccia WC e doccia, sollevatori con imbracature, montascale, ecc.).

È inoltre attivo, sempre per i pazienti afferenti all'Ufficio Protesi, il “Servizio integrato per la gestione delle apparecchiature biomedicali delle Aziende Sanitarie della Regione Sardegna” che prevede l'assistenza h24 per gli elettromedicali al domicilio dei pazienti necessari per il supporto vitale quali i ventilatori polmonari.

Infine, sempre per i pazienti domiciliari seguiti dall'Ufficio Protesi, sono distribuite pompe infusionali per la somministrazione di farmaci e pompe per la nutrizione enterale da utilizzarsi al domicilio degli assistiti.

### **Parte III - La Programmazione economica-patrimoniale**

Per la trattazione del presente paragrafo si rimanda agli allegati 2-3-4-6-7-8