

PROGETTO

ASL n. 5 di Oristano

Servizio di supporto specialistico per l'analisi, la verifica operativa e l'evoluzione del modello di presa in carico proattiva dei pazienti cronici e policronici

1. Premessa strategica

Il progressivo invecchiamento della popolazione e l'incremento della prevalenza delle patologie croniche e della multimorbidità stanno determinando una trasformazione strutturale della domanda assistenziale, con un aumento della complessità clinica e organizzativa dei percorsi di cura. Tale scenario rende necessario il consolidamento di modelli assistenziali orientati alla presa in carico continuativa e integrata del cittadino, superando logiche frammentate e settoriali.

Il quadro normativo nazionale, con particolare riferimento al DM 77/2022 e agli interventi previsti dalla Missione 6 – Salute del PNRR, attribuisce alle Centrali Operative Territoriali (COT) un ruolo strategico quale snodo di coordinamento tra assistenza territoriale, ospedaliera e medicina convenzionata, con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale, appropriatezza clinico-organizzativa e sostenibilità del sistema. La **ASL n. 5 di Oristano**, nell'ambito del percorso di attuazione di tale riforma, ha attivato le proprie COT per rispondere alla necessità di rafforzamento della continuità dei percorsi e l'integrazione tra i diversi setting assistenziali.

Nell'ambito della presente offerta, la proposta metodologica è finalizzata a supportare l'ASL di Oristano in un percorso strutturato di analisi organizzativa e valutazione operativa del modello di presa in carico attualmente in essere, al fine di fornire elementi oggettivi e documentati utili ai successivi processi decisionali e di programmazione aziendale.

L'evoluzione demografica ed epidemiologica in atto impone alle Aziende Sanitarie una revisione strutturale del modello di governo della cronicità. L'incremento della popolazione anziana, l'aumento delle multimorbidità e la crescente pressione sui servizi ospedalieri rendono non più sostenibile un modello assistenziale frammentato, centrato sull'episodio acuto e sulla risposta reattiva alla domanda.

Nel quadro della riforma dell'assistenza territoriale delineata dal DM 77/2022 e dagli investimenti della Missione 6 Salute, le Centrali Operative Territoriali rappresentano un

nodo strategico di coordinamento, ma la loro efficacia dipende dalla reale integrazione dei processi, dalla capacità di stratificare la popolazione e dall'attivazione di un modello proattivo di presa in carico.

Il presente progetto si propone di supportare la ASL n. 5 di Oristano nella verifica concreta dell'operatività delle COT attivate e nell'evoluzione del modello di presa in carico dei pazienti cronici e policronici verso un sistema strutturato, integrato e orientato agli esiti.

L'intervento non si limita a un'analisi organizzativa, ma mira a costruire un modello di governo territoriale fondato su:

- perimetrazione popolazione di riferimento per livelli di bisogno;
- percorsi assistenziali integrati e personalizzati;
- monitoraggio continuo tramite KPI clinici, organizzativi ed economici;
- valutazione prospettica dell'impatto sulla riduzione degli accessi impropri e sulla sostenibilità della spesa.

L'approccio proposto è progressivo, modulare e orientato alla trasferibilità operativa, con l'obiettivo di fornire alla Direzione Strategica strumenti concreti di decisione e programmazione.

2. Metodologia di intervento proposta

Inquadramento metodologico e principi di intervento

L'intervento proposto per la ASL n. 5 di Oristano si fonda su un approccio metodologico integrato, finalizzato a coniugare analisi organizzativa, verifica operativa sul campo, utilizzo sistematico dei flussi informativi sanitari e progettazione evolutiva del modello di presa in carico.

Coerentemente con quanto richiesto dalla Lettera di Invito, particolare rilievo sarà attribuito alla stratificazione della popolazione sulla base di determinanti sanitari, sociali, economici e ambientali, al fine di superare una logica meramente prestazionale e orientare il modello verso una presa in carico effettivamente proattiva e personalizzata.

2.1 Stratificazione della popolazione e definizione del target

La corretta identificazione della popolazione target rappresenta il presupposto metodologico dell'intero intervento.

Nel caso in cui siano già presenti, a livello aziendale o regionale, strumenti strutturati di stratificazione della popolazione (ad esempio modelli regionali di risk stratification, sistemi di classificazione per livello di complessità assistenziale o piattaforme integrate di analisi dei bisogni), tali strumenti verranno prioritariamente utilizzati e valorizzati ai fini della definizione coerente dei target di pazienti da prendere in carico nel nuovo modello organizzativo.

L'attività progettuale si concentrerà pertanto:

- sulla verifica della qualità e completezza dei dati sottostanti;
- sull'analisi dei criteri di classificazione adottati;
- sull'allineamento tra livelli di rischio identificati e percorsi effettivamente attivati;
- sull'eventuale affinamento dei criteri di inclusione nei Piani di Assistenza Individuale (PAI).

Nel caso in cui, invece, tali strumenti non siano ancora pienamente operativi, risultino parzialmente implementati o non adeguatamente integrati con i processi aziendali, si

procederà – nelle more della loro attivazione o consolidamento – attraverso una metodologia alternativa proposta da RSM e da condividere con la stazione appaltante fondata su un’analisi dettagliata dei consumi sanitari.

In particolare, verranno analizzati per singole patologie croniche:

- accessi ricorrenti al Pronto Soccorso per riacutizzazioni;
- ricoveri singoli e ricoveri ripetuti;
- consumo farmaceutico specifico per classi terapeutiche correlate alle patologie croniche oggetto di analisi;
- utilizzo ripetuto di specialistica ambulatoriale ad alta frequenza;
- attivazioni e riattivazioni di ADI.
- Eventuali dati di consumo di dispositivi medici se disponibile in ASL.

L’analisi integrata di tali variabili consentirà di individuare, in via deduttiva e progressiva, i pazienti ad alto consumo e ad elevato rischio di scompenso clinico, costruendo una base oggettiva per l’avvio di percorsi di presa in carico proattiva.

Tale approccio garantisce:

- continuità operativa anche in eventuale carenza di strumenti di stratificazione formalizzati;
- coerenza con le risorse informative effettivamente disponibili;
- flessibilità metodologica rispetto al livello delle informazioni disponibili aziendalmente.

2.2 Principi guida dell’intervento

L’approccio metodologico si basa su tre principi guida:

a) **Centralità del bisogno assistenziale e non dell’episodio di cura**

La popolazione cronica e policronica sarà analizzata in termini di livelli di bisogno, combinando variabili cliniche (comorbidità, riacutizzazioni, accessi al pronto soccorso, ricoveri ripetuti, consumo specialistico e farmaceutico) con elementi di fragilità socio-assistenziale (isolamento, contesto abitativo, presenza caregiver, condizioni socio-

economiche).

Tale integrazione consente di orientare le risorse verso i pazienti a maggiore complessità e rischio di utilizzo improprio dei servizi ospedalieri.

b) Integrazione strutturata tra COT, Distretti, Medici di Medicina Generale e Ospedale

La verifica dell'effettiva operatività delle COT sarà condotta non solo sul piano formale, ma attraverso l'analisi concreta dei flussi di attivazione, dei tempi di presa in carico, della formalizzazione dei PAI e della continuità tra setting assistenziali. L'obiettivo è valutare la reale capacità del sistema di funzionare come rete integrata e non come sommatoria di servizi.

c) Misurabilità degli esiti e sostenibilità nel medio periodo

Ogni proposta evolutiva sarà accompagnata dalla definizione di indicatori chiave (KPI) clinici, organizzativi ed economici, al fine di garantire monitoraggio continuo, accountability e supporto alle decisioni programmatiche della Direzione Strategica.

La metodologia adottata non è meramente valutativa, ma orientata alla costruzione di un modello operativo trasferibile, modulare e scalabile, in coerenza con l'assetto organizzativo dell'ASL n. 5 di Oristano e con le risorse effettivamente disponibili.

L'obiettivo ultimo è contribuire alla riduzione delle acutizzazioni evitabili, al miglioramento dell'aderenza terapeutica e al contenimento dell'utilizzo inappropriato dei servizi ospedalieri.

L'intervento sarà articolato in quattro fasi progressive e integrate, ciascuna delle quali produrrà deliverable tecnici specifici, funzionali alla successiva fase di implementazione organizzativa e monitoraggio permanente come segue:

- analisi organizzativa delle COT;
- definizione popolazione target e verifica operativa dei processi di presa in carico;
- progettazione del modello evolutivo e revisione dei percorsi;
- supporto alla definizione di strumenti di monitoraggio.

L'attività prenderà avvio da una ricognizione approfondita del modello organizzativo e funzionale delle Centrali Operative Territoriali attivate, con particolare attenzione alle modalità di coordinamento tra i diversi livelli assistenziali ma soprattutto tra i diversi servizi che in maniera integrata dovrebbero garantire i bisogni di salute con una presa in carico proattiva.

L'approccio metodologico si fonda su un percorso integrato che combina analisi organizzativa, valutazione operativa sul campo, utilizzo dei flussi informativi e progettazione evolutiva.

3. FASE 1_Assessment organizzativo e verifica delle Centrali Operative Territoriali

La prima fase dell'intervento è finalizzata alla realizzazione di un assessment organizzativo delle Centrali Operative Territoriali della ASL n. 5 di Oristano, con l'obiettivo di verificare la concreta operatività del modello di presa in carico attualmente attivo e il livello di integrazione tra i diversi attori del sistema territoriale.

L'attività non si limiterà ad una ricognizione documentale dell'assetto organizzativo formalmente previsto dagli atti aziendali, ma sarà orientata principalmente alla verifica diretta del funzionamento operativo delle COT e delle modalità attraverso cui vengono attivati e gestiti i percorsi assistenziali dei pazienti cronici e policronici.

In particolare, l'intervento sarà volto a comprendere in che misura le Centrali Operative Territoriali operino effettivamente come snodo di coordinamento tra assistenza territoriale, medicina generale, servizi distrettuali e strutture ospedaliere, verificando il grado di integrazione dei processi e la continuità dei percorsi di presa in carico.

L'analisi sarà condotta attraverso una combinazione di attività che includono:

- analisi degli atti organizzativi e delle procedure operative adottate dall'Azienda;
- incontri strutturati con i referenti delle COT, dei Distretti e delle strutture coinvolte nei percorsi assistenziali;
- osservazione diretta dei processi operativi presso le Centrali individuate dall'Azienda;

- verifica delle modalità di attivazione dei Piani di Assistenza Individuale e dei flussi di raccordo tra i diversi professionisti coinvolti;
- attività di affiancamento operativo presso le COT e incontri strutturati con i referenti aziendali.

L'obiettivo della fase di assessment è quindi quello di ricostruire in modo puntuale il funzionamento effettivo del modello organizzativo attualmente in essere, individuando eventuali criticità operative, passaggi procedurali suscettibili di miglioramento e aree di potenziale rafforzamento dei processi di integrazione tra i diversi livelli assistenziali.

Gli esiti di tale analisi consentiranno di costruire una rappresentazione strutturata del modello operativo attuale (assetto AS IS) e costituiranno la base conoscitiva per la successiva fase di analisi della popolazione target e dei processi di presa in carico, finalizzata alla definizione del modello evolutivo di gestione della cronicità.

4. Analisi della popolazione assistita, dei flussi informativi e dei processi operative di presa in carico

La seconda fase dell'intervento è finalizzata all'analisi della popolazione assistita dalla ASL n. 5 di Oristano e alla verifica delle modalità con cui i pazienti cronici e policronici risultano attualmente presi in carico all'interno del sistema territoriale.

L'attività prenderà avvio da una ricognizione della popolazione attualmente coinvolta nei percorsi di presa in carico già attivati dall'Azienda, al fine di comprendere:

- i criteri di inclusione adottati;
- le tipologie di patologie croniche maggiormente rappresentate;
- il numero di pazienti effettivamente presi in carico;
- le modalità di attivazione e gestione dei Piani di Assistenza Individuale (PAI).

Tale analisi consentirà di valutare il grado di diffusione del modello di presa in carico attualmente operativo e di verificare la coerenza tra la popolazione effettivamente seguita e i livelli di bisogno assistenziale presenti nel territorio aziendale.

Parallelamente verrà effettuata un'analisi dei processi organizzativi attraverso cui la presa in carico viene concretamente attivata e gestita. In particolare, saranno analizzate le modalità con cui i pazienti vengono identificati, segnalati ai servizi territoriali, inseriti nei percorsi assistenziali e monitorati nel tempo.

L'attenzione sarà rivolta in particolare a:

- modalità di identificazione dei pazienti candidabili alla presa in carico;
- flussi di attivazione dei percorsi assistenziali tra medicina generale, servizi territoriali e strutture ospedaliere;
- modalità di predisposizione e aggiornamento dei Piani di Assistenza Individuale;
- strumenti utilizzati per il monitoraggio dei percorsi assistenziali e della continuità delle cure.

Questa analisi consentirà di comprendere in che misura il modello di presa in carico risulti effettivamente strutturato e quale sia il livello di integrazione operativa tra i diversi attori del sistema assistenziale.

Accanto all'analisi dei processi organizzativi, verrà condotta un'analisi approfondita dei principali flussi informativi sanitari disponibili, finalizzata a ricostruire i pattern di utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione cronica.

In particolare, saranno analizzati, ove disponibili:

- flussi relativi ai ricoveri ospedalieri (SDO);
- accessi al Pronto Soccorso;
- consumi di farmaceutica territoriale;
- prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- attivazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI).

L'analisi integrata di tali dati consentirà di individuare i principali driver di consumo sanitario e di identificare eventuali fenomeni di utilizzo ricorrente o inappropriato dei servizi, spesso associati a situazioni di mancata presa in carico o di insufficiente continuità assistenziale.

Particolare attenzione sarà dedicata all'individuazione dei pazienti caratterizzati da elevata frequenza di accessi ai servizi sanitari, da ricoveri ripetuti per patologie croniche o da ricorrenti episodi di riacutizzazione clinica.

Tale attività sarà funzionale alla costruzione di una base informativa solida per la definizione della popolazione target da includere nei percorsi di presa in carico proattiva.

Come già anticipato nel paragrafo metodologico precedente, qualora siano già presenti a livello aziendale o regionale strumenti strutturati di stratificazione della popolazione, questi verranno utilizzati per la definizione dei target assistenziali e per l'allineamento tra livelli di rischio e percorsi di presa in carico.

In assenza o nelle more della piena disponibilità di tali strumenti, la definizione dei cluster prioritari verrà effettuata attraverso l'analisi integrata dei consumi sanitari, individuando i pazienti ad alto rischio di scompenso delle patologie croniche e caratterizzati da elevato utilizzo dei servizi sanitari.

L'esito di questa fase sarà rappresentato dall'identificazione di uno o più cluster prioritari di popolazione cronica sui quali sviluppare il modello evolutivo di presa in carico e i relativi Piani di Assistenza Individuale.

In accordo con la Direzione Strategica, potrà essere individuato un campione pilota riferito a patologie ad alta prevalenza e impatto, quali diabete, scompenso cardiaco, BPCO e ipertensione complessa, al fine di analizzare i consumi sanitari e le potenziali aree di inappropriatezza.

In conclusione particolare attenzione in questa fase progettuale sarà dedicata alla capacità del sistema aziendale di identificare la popolazione target sulla base dei livelli di bisogno assistenziale, di attivare percorsi personalizzati formalizzati nei Piani di Assistenza Individuale (PAI), di monitorare la continuità assistenziale e l'aderenza terapeutica e di orientare in modo appropriato l'utilizzo delle risorse, anche al fine di ridurre il ricorso inappropriato al pronto soccorso e ai ricoveri evitabili.

5. Progettazione del modello evolutivo di presa in carico

Sulla base degli esiti delle attività di assessment organizzativo e delle analisi relative alla popolazione assistita, ai flussi informativi e ai processi di presa in carico attualmente in essere, verrà sviluppata una proposta evolutiva del modello organizzativo di gestione della cronicità della ASL n. 5 di Oristano. L'obiettivo di questa fase è supportare l'Azienda nella definizione di un modello di presa in carico proattiva della popolazione cronica e policronica che risulti coerente con il quadro normativo nazionale, sostenibile sotto il profilo organizzativo ed effettivamente integrato tra i diversi livelli assistenziali.

La progettazione del modello evolutivo sarà orientata a rafforzare il ruolo delle Centrali Operative Territoriali come nodo di coordinamento dei percorsi assistenziali e come strumento di governo dei processi di presa in carico.

In particolare, le attività progettuali saranno finalizzate a:

- definire criteri operativi di identificazione e selezione della popolazione da prendere in carico, coerenti con i bisogni assistenziali degli stessi;
- strutturare percorsi assistenziali integrati tra medici di medicina generale, servizi territoriali e distrettuali e strutture ospedaliere;
- supportare la definizione dei Piani di Assistenza Individuale (PAI) come strumento operativo e non formale di gestione dei percorsi;
- definire modalità organizzative di coordinamento e monitoraggio delle attività delle COT.

Particolare attenzione sarà dedicata alla definizione dei processi di attivazione e gestione dei PAI, al fine di garantire una presa in carico effettivamente personalizzata e continuativa dei pazienti cronici.

I Piani di Assistenza Individuale rappresentano infatti lo strumento centrale attraverso il quale tradurre operativamente il modello di presa in carico, definendo per ciascun paziente:

- gli obiettivi assistenziali;
- le prestazioni previste nei diversi setting di cura;
- i professionisti coinvolti nel percorso;
- le modalità di monitoraggio nel tempo.

Parallelamente, nell'ambito di questa fase verrà sviluppato il disegno organizzativo di strumenti di governo operativo dei percorsi assistenziali, finalizzati a supportare la Direzione Aziendale e le strutture territoriali nel monitoraggio delle attività.

In particolare, potrà essere definito il modello funzionale di una control room assistenziale, intesa come strumento organizzativo di coordinamento e monitoraggio dei percorsi di presa in carico.

Tale struttura potrà avvalersi di dashboard direzionali e strumenti di analisi dei dati finalizzati a monitorare:

- l'attivazione dei percorsi di presa in carico;
- l'aderenza ai PAI;
- l'evoluzione dei principali indicatori clinici e organizzativi;
- l'impatto sui consumi sanitari.

L'obiettivo complessivo di questa fase è quindi quello di definire un modello organizzativo evolutivo che consenta alla ASL n. 5 di Oristano di rafforzare la capacità di governo della cronicità, migliorando l'integrazione tra i servizi e favorendo una gestione più appropriata e sostenibile della domanda assistenziale.

6. Sistema di monitoraggio e valutazione di esito, di impatto e di sostenibilità

Un elemento centrale del modello evolutivo di presa in carico proposto consiste nella definizione di un sistema strutturato di monitoraggio delle attività e degli esiti, finalizzato a supportare la ASL n. 5 di Oristano nel governo dei percorsi assistenziali e nella valutazione dell'efficacia del modello organizzativo adottato.

Il sistema di monitoraggio sarà costruito in coerenza con le evidenze emerse nelle fasi di analisi precedenti e sarà finalizzato a garantire una misurazione continua delle attività di presa in carico e dei relativi risultati clinici, organizzativi ed economici.

A tal fine verrà definito un set strutturato di Key Performance Indicators (KPI) articolato su tre principali dimensioni di analisi.

KPI clinici

Gli indicatori clinici saranno orientati alla valutazione dell'evoluzione dello stato di salute della popolazione presa in carico e alla prevenzione degli eventi acuti associati alla gestione non ottimale delle patologie croniche.

Tra gli indicatori che potranno essere considerati rientrano, a titolo esemplificativo:

- frequenza di riacutizzazioni delle principali patologie croniche;
- tasso di ricoveri ospedalieri potenzialmente evitabili;
- numero di accessi al Pronto Soccorso correlati a patologie croniche;
- aderenza terapeutica nei pazienti presi in carico.

KPI organizzativi

Gli indicatori organizzativi saranno finalizzati a monitorare l'effettivo funzionamento del modello di presa in carico e il livello di integrazione tra i diversi servizi coinvolti nei percorsi assistenziali.

Tra i principali ambiti di monitoraggio potranno essere inclusi:

- numero di pazienti presi in carico nell'ambito del modello organizzativo;
- tempi di attivazione dei percorsi assistenziali;
- percentuale di pazienti con Piano di Assistenza Individuale formalizzato;
- continuità assistenziale tra dimissione ospedaliera e attivazione dei servizi territoriali.

KPI economici e di utilizzo dei servizi

Una terza dimensione di monitoraggio riguarderà l'analisi dell'utilizzo delle risorse sanitarie e l'impatto organizzativo ed economico del modello di presa in carico.

In particolare, verranno analizzati indicatori relativi all'impatto economico generato da:

- andamento dei ricoveri ospedalieri per patologie croniche;
- variazione degli accessi al Pronto Soccorso;
- utilizzo delle prestazioni specialistiche e diagnostiche;
- andamento dei consumi farmaceutici correlati alle principali patologie croniche.

L'analisi integrata di tali indicatori consentirà di valutare nel tempo l'impatto del modello organizzativo sui principali driver di consumo sanitario e di supportare la Direzione Aziendale nell'individuazione di eventuali azioni correttive.

Strumenti di monitoraggio e reporting

Il sistema di monitoraggio sarà supportato dalla definizione di strumenti di reporting periodico e, ove opportuno, dalla predisposizione di dashboard direzionali in grado di rappresentare in modo sintetico l'andamento dei principali indicatori.

Tali strumenti potranno essere utilizzati sia a livello operativo, per il monitoraggio delle attività delle Centrali Operative Territoriali e dei servizi coinvolti nei percorsi assistenziali, sia a livello direzionale, per supportare le decisioni di programmazione e l'evoluzione del modello organizzativo.

Nel suo complesso, il sistema di monitoraggio rappresenterà quindi uno strumento fondamentale per garantire la sostenibilità e la progressiva evoluzione del modello di presa in carico, consentendo alla ASL n. 5 di Oristano di orientare le proprie politiche di gestione della cronicità sulla base di evidenze oggettive e misurabili.

7. Team di progetto e competenze professionali

Le attività previste dal presente intervento saranno realizzate da un team multidisciplinare di professionisti di RSM Italy, con esperienza consolidata in ambito di organizzazione sanitaria, programmazione dei servizi territoriali e analisi dei flussi informativi sanitari.

Il coordinamento operativo del progetto e il ruolo di Project Manager saranno affidati a Oddone de Siebert, Partner di RSM Italy, che garantirà il presidio complessivo delle attività progettuali, il coordinamento del gruppo di lavoro e il raccordo con la Direzione Strategica della ASL n. 5 di Oristano. Nel corso della propria attività professionale ha maturato una significativa esperienza nella consulenza strategica e organizzativa nel settore sanitario, partecipando a numerosi progetti di analisi organizzativa, riorganizzazione dei servizi territoriali e sviluppo di modelli di governance dei sistemi sanitari.

La responsabilità scientifica dell'intervento sarà affidata a Danilo Bono, che svolgerà il ruolo di Responsabile Scientifico del progetto, assicurando la coerenza metodologica delle attività di analisi e di progettazione organizzativa, nonché il presidio degli aspetti clinico-organizzativi connessi allo sviluppo dei modelli di presa in carico della cronicità. Medico anestesista e rianimatore, ha ricoperto nel corso della propria carriera incarichi di direzione nell'ambito dell'emergenza sanitaria territoriale e del sistema 118, coordinando strutture e centrali operative a livello regionale e maturando una lunga esperienza nella gestione dei servizi sanitari e nell'organizzazione delle reti assistenziali territoriali.

A supporto del Project Manager e del Responsabile Scientifico opererà un team di lavoro composto da:

- due Senior Expert con competenze complementari rispettivamente in organizzazione sanitaria territoriale e in ambito amministrativo-giuridico, con esperienza nei modelli di governance dei servizi sanitari e nei profili normativi e procedurali della programmazione sanitaria.
- Un Senior Expert in analisi dei dati e dei flussi informativi sanitari, che supporterà le attività di analisi della popolazione assistita, di utilizzo dei flussi sanitari e di definizione degli indicatori di monitoraggio.

L'integrazione di tali competenze consente di presidiare in modo coordinato le diverse dimensioni del progetto:

- dimensione organizzativa e di governance dei servizi sanitari;
- dimensione clinico-assistenziale legata ai modelli di gestione della cronicità;
- dimensione informativa e analitica attraverso l'utilizzo dei flussi sanitari e dei sistemi informativi;
- dimensione economico-organizzativa con particolare riferimento alla valutazione dell'impatto dei modelli di presa in carico sui consumi sanitari.

Il team opererà in stretto raccordo con i referenti individuati dalla ASL n. 5 di Oristano, garantendo un coinvolgimento costante delle strutture aziendali interessate e momenti periodici di confronto con la Direzione Strategica per la condivisione degli avanzamenti progettuali.

8. Articolazione delle fasi di lavoro e cronoprogramma

L'intervento sarà sviluppato attraverso un percorso strutturato articolato in quattro fasi progressive e integrate. La sequenza delle attività è progettata per consentire una progressiva analisi del modello organizzativo attualmente in essere presso la ASL n. 5 di Oristano, l'identificazione della popolazione target e la definizione di un modello evolutivo di presa in carico supportato da un sistema strutturato di monitoraggio degli esiti.

La durata complessiva dell'intervento è stimata in 90 giornate solari, corrispondenti indicativamente a circa 13 settimane di attività progettuale.

Le principali attività del team di lavoro sono articolate come segue.

Fase 1 – Assessment organizzativo delle Centrali Operative Territoriali

Durata prevista: circa 3 settimane

Il team di progetto realizzerà l'analisi dell'assetto organizzativo delle COT della ASL n. 5 di Oristano, attraverso l'esame degli atti organizzativi, incontri con i referenti aziendali e osservazione operativa dei processi. L'attività sarà finalizzata alla mappatura del modello organizzativo attuale e dei principali processi di presa in carico dei pazienti cronici.

Fase 2 – Analisi della popolazione assistita e dei flussi informativi sanitari

Durata prevista: circa 4 settimane

Il team procederà all'analisi dell'attuale popolazione presa in carico, dei processi di attivazione dei percorsi assistenziali e dei principali flussi informativi sanitari (ricoveri ospedalieri, accessi al Pronto Soccorso, farmaceutica territoriale, specialistica ambulatoriale e ADI). L'attività consentirà di individuare i cluster di popolazione cronica e di definire la popolazione target per il modello di presa in carico.

Fase 3 – Progettazione del modello evolutivo di presa in carico

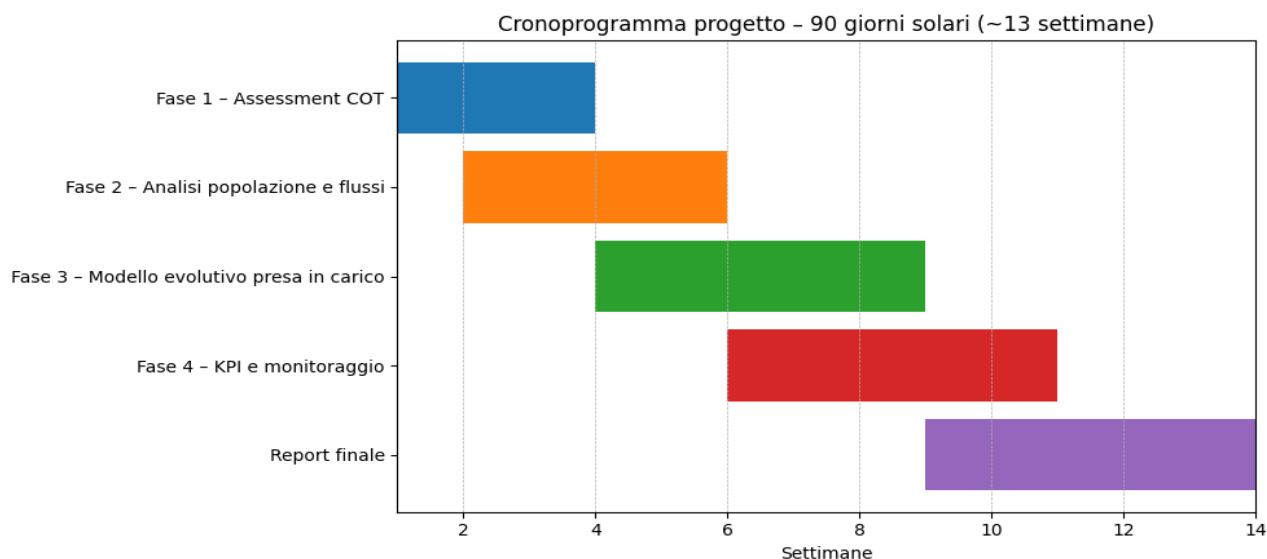
Durata prevista: circa 4 settimane

Il team di lavoro svilupperà il modello organizzativo evolutivo di gestione della cronicità, definendo i criteri di presa in carico della popolazione target, i percorsi assistenziali integrati e le modalità di formalizzazione dei Piani di Assistenza Individuale. In questa fase verranno inoltre definiti gli strumenti organizzativi di coordinamento e supporto alle attività delle COT.

Fase 4 – Sistema di monitoraggio e valutazione di impatto

Durata prevista: circa 2 settimane

Il team procederà alla definizione del sistema di monitoraggio del modello di presa in carico, individuando indicatori di performance (KPI) di natura clinica, organizzativa ed economica e predisponendo strumenti di reporting a supporto della Direzione Aziendale. La fase si concluderà con l'elaborazione del report finale di progetto.



Le attività saranno realizzate attraverso un impegno complessivo stimato in **circa 120 giornate professionali**, distribuite tra le diverse figure del team di progetto. Le 120 giornate professionali complessive derivano dal coinvolgimento contemporaneo di più figure professionali nelle diverse fasi progettuali. In considerazione della natura organizzativa e operativa delle attività previste, **la maggior parte delle attività sarà svolta in presenza presso le sedi della ASL n. 5 di Oristano**, al fine di garantire un'interazione diretta con i referenti aziendali e una verifica operativa dei processi assistenziali.

Milano, 06/03/2026

RSM Italy Corporate Finance S.r.l.
 Nicola Tufo
 Procuratore
firmato digitalmente