

ASL ORISTANO
Programma Sanitario Triennale 2024-2026

Sommario

Parte I - Il contesto di riferimento	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.....	12
C.2 Il territorio e la distribuzione delle strutture.....	21
D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria.....	25
Parte II - La Programmazione sanitaria triennale	28
A. Indirizzi strategici aziendali.....	28
B.1 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica. Offerta di prestazioni e servizi.....	29
B.2 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa	42
B.3 Area dell'assistenza distrettuale. Offerta di prestazioni e servizi	53
B.4 Area dell'assistenza distrettuale - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa	68
B.5 Area dell'assistenza ospedaliera. Offerta di prestazioni e servizi	94
B.6 Area dell'assistenza ospedaliera - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa	102
Parte III - La Programmazione economica-patrimoniale	106

Parte I - Il contesto di riferimento

A. Elementi identificativi dell'azienda sanitaria

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

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

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

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

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

La sede Legale della Azienda socio-sanitaria locale di Oristano è in via Carducci n. 35, 09170 Oristano (OR), P.IVA/C.F.: 01258180957. Il sito ufficiale dell'Azienda è "www.asl5oristano.it", PEC: protocollo@pec.asloristano.it

Il logo aziendale è il seguente:



B. Missione e visione dell'Azienda Sanitaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Contesto territoriale e demografico

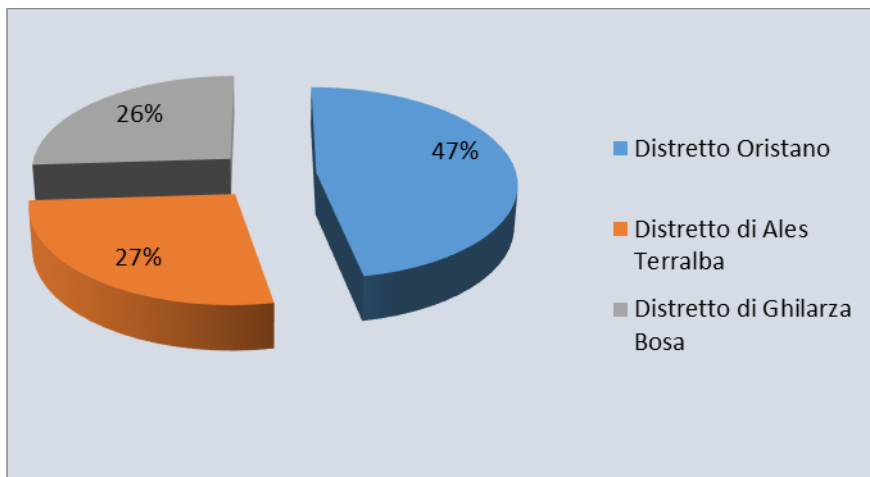
L'ambito territoriale della ASL di Oristano coincide con la attuale Provincia di Oristano e comprende 88 Comuni con una estensione di 3.040 Km² e una popolazione residente all'01.01.2022 di 152.426 abitanti per una densità abitativa di 50,14 abitanti.

Di seguito l'elenco dei comuni con popolazione al 01.01.2022.

Distretto Oristano		Distretto Ales Terralba		Distretto Ghilarza Bosa	
Comune	Pop.	Comune	Pop.	Comune	Pop.
Allai	358	Albagiara	246	Abbasanta	2.594
Baratili San Pietro	1.211	Ales	1.293	Aidomaggiore	398
Bauladu	647	Arborea	3.777	Ardauli	780
Cabras	8.809	Assolo	348	Bidoni	128
Milis	1.433	Asuni	311	Bonarcado	1.519
Narbolia	1.692	Baradili	76	Boroneddu	154
Nurachi	1.692	Baressa	568	Bosa	7.539
Ollastra	1.144	Curcuris	311	Busachi	1.172
Oristano	30.653	Genoni	771	Cuglieri	2.487
Palmas Arborea	1.475	Gonnoscodina	436	Flussio	426
Riola Sardo	2.060	Gonnosnò	712	Fordongianus	850
Samugheo	2.796	Gonnostramatza	809	Ghilarza	4.241
Santa Giusta	4.646	Laconi	1.685	Magomadas	604
San Vero Milis	2.434	Marrubiu	4.643	Modolo	155
Siamaggiore	884	Masullas	1.012	Montresta	440
Siamanna	773	Mogorella	412	Neoneli	622
Siapiccia	344	Mogoro	3.959	Norbello	1.141
Simaxis	2.146	Morgongiori	661	Nughedu Santa Vittoria	441
Solarussa	2.291	Nureci	320	Paulilatino	2.096
Tramatza	937	Pau	276	Sagama	195
Villanova Truschedu	293	Pompu	215	Santu Lussurgiu	2.229
Villaurbana	1.490	Ruinas	621	Scano di Montiferro	1.417
Zeddiani	1.131	San Nicolò d'Arcidano	2.526	Sedilo	1.995
Zerfaliu	1.017	Senis	424	Seneghe	1.682
		Simala	284	Sennariolo	155
		Sini	485	Soddi	120
		Siris	223	Sorradile	349
		Terralba	9.792	Suni	994
		Uras	2.697	Tadasuni	141
		Usellus	727	Tinnura	239
		Villa Sant'Antonio	333	Tresnuraghes	1.051
		Villa Verde	288	Ulà Tirso	475
TOTALE	72.356	TOTALE	41.241	TOTALE	38.829

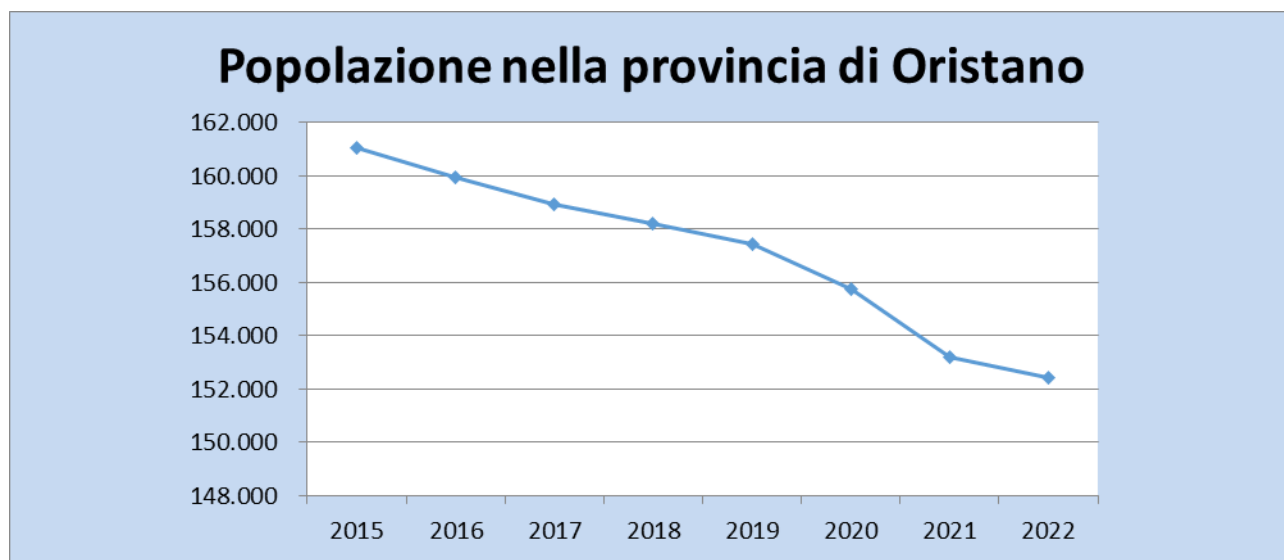
Fonte dati: GeoDemo ISTAT all'01.01.2022 (dati del mese di ottobre 2023)

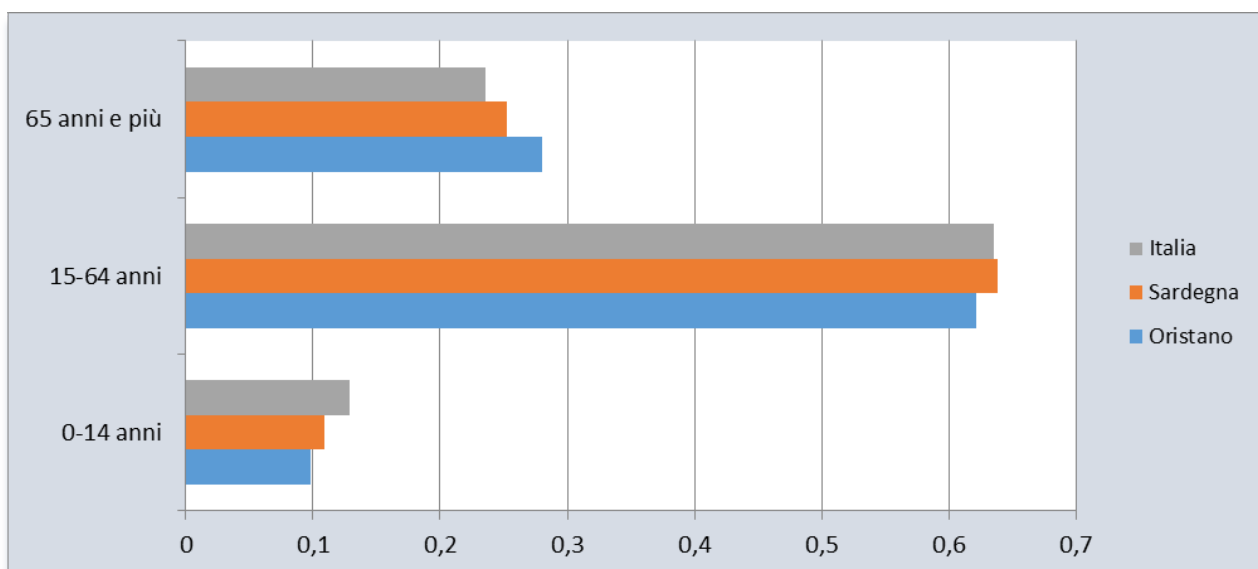
La distribuzione della popolazione nel territorio provinciale è la seguente:



Distribuzione della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2022

La comparazione dei dati demografici degli ultimi due anni (2021-2022) evidenzia una diminuzione della popolazione residente di 780 individui.





Struttura della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2022

Indicatore	Oristano	Sardegna	Italia
Totale popolazione	152.426	1.587.413	59.030.133
Popolazione 0-14 anni	14.718	169.063	7.489.795
Popolazione 15-64 anni	94.408	1.009.604	37.488.934
Popolazione 65 anni e più	43.300	408.746	14.051.404
Età media	49,5	48,1	46,2
Indice di invecchiamento	28,41%	25,75%	23,80%
Indice di vecchiaia	294,20%	241,77%	187,61%
Indice di dipendenza strutturale	61,45%	57,23%	57,46%
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	45,86%	40,49%	37,48%

Elaborazioni su Indicatori strutturali Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2022

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

L'indice di invecchiamento¹ risulta al di sopra del valore regionale e nazionale denotando una maggiore incidenza degli ultra-sessantacinquenni rispetto alla popolazione residente. La popolazione anziana totale risulta pari a 43.300 unità (28,4% sul totale).

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

L'indice di vecchiaia² risulta molto alto sia rispetto al dato regionale ma soprattutto rispetto al dato nazionale; si registrano 294 anziani ogni 100 giovani.

L'indice di dipendenza strutturale³ e l'indice di dipendenza strutturale degli anziani, rappresentano rispettivamente il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) su quella attiva (15-64 anni). Anch'essi per il territorio della Provincia di Oristano (61,45%) risultano essere superiori rispetto ai dati regionali e nazionali. Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% denota la presenza di uno squilibrio generazionale.

Lo Studio di Sorveglianza Passi, (dati nazionali anni 2020-2021), sul tema delle patologie croniche ha rilevato che la condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'età (interessa il 29% delle persone fra 50 e 69 anni) e tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche (28%) o bassa istruzione (35% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare).

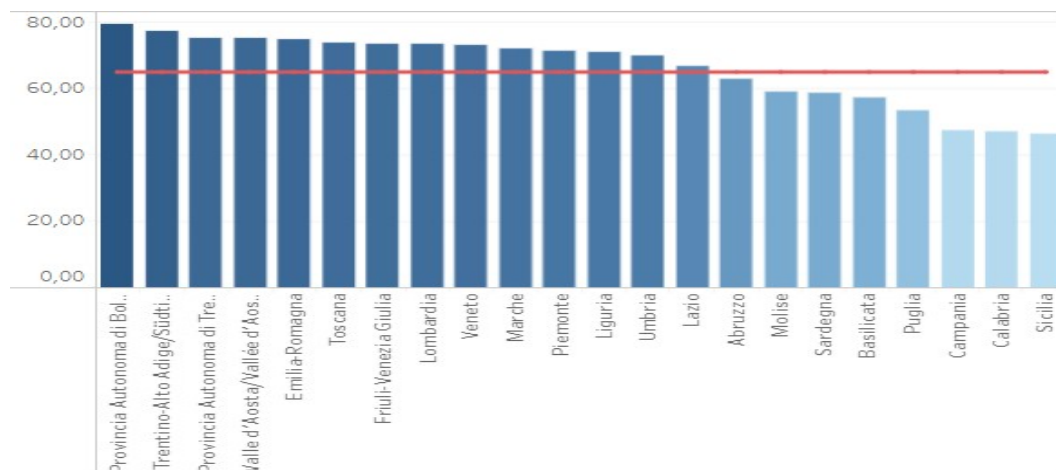
Nell'osservare gli altri determinanti di salute sulla popolazione della provincia, oltre agli indici strutturali, si può constatare che gli andamenti sul versante dell'occupazione e dell'istruzione non sono migliori.

Il tasso di occupazione della popolazione tra i 20 e i 64 anni registrano nella provincia di Oristano, nell'anno 2022, valori più bassi rispetto alla media regionale e nazionale.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Media Nazionale	62,3	63	63,5	61,9	62,7	64,8
Sardegna	53,7	56,1	57,3	55,2	57,0	58,6
Oristano	51,2	56,6	54,2	56,0	54,0	54,2

tasso di occupazione 20-64 anni. Periodo 2017-2022

Rapporto BES edizione 2023: il BES dei Territori



tasso di occupazione 20-64 anni. Periodo 2017-2022. Anno 2022. In rosso il valore nazionale pari a 64,8

Rapporto BES edizione 2023: il BES dei Territori

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

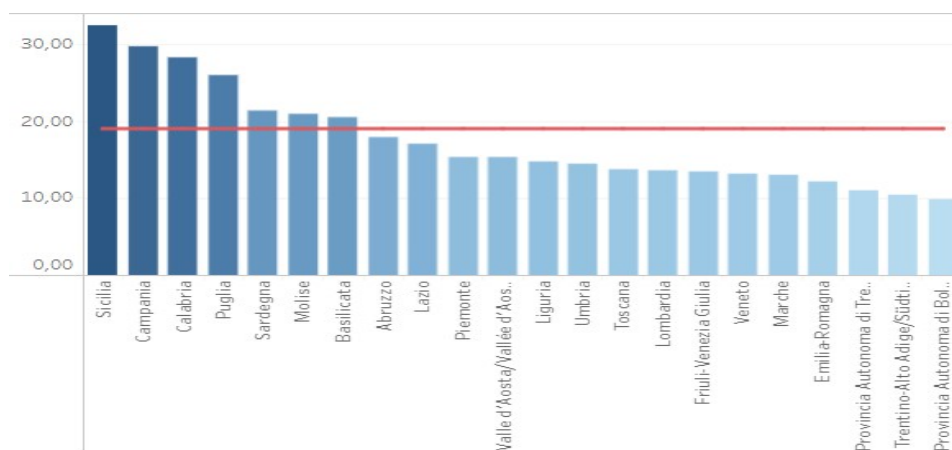
³ (Rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e ≥ 65 anni) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100 - Rapporto tra la popolazione ≥ 65 anni e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100)

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 regionale e nazionale.

	2019	2020	2021	2022
Media Nazionale	22,2	23,7	23,1	19,0
Sardegna	27,7	26,2	23,6	21,4
Oristano	30,3	28,8	25,8	22,7

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

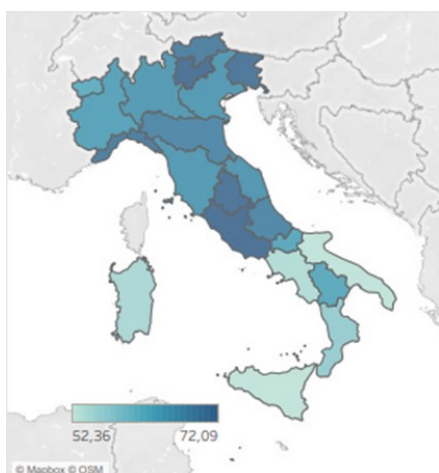
Rapporto BES edizione 2023: il BES dei Territori



% di persone di 15-29 anni che non lavorano né studiano (Neet). Anno 2022. In rosso il valore nazionale per a 19

Rapporto BES edizione 2023: il BES dei Territori

Una ulteriore conferma del fatto che la Sardegna è tra le regioni con il più basso livello di istruzione viene dato dalla percentuale di 25-64 enni che non hanno completato la scuola secondaria di II grado, che risulta ben al di sotto del dato regionale e nazionale



	2019	2020	2021	2022
Media Nazionale	62,2	62,6	62,7	63,0
Sardegna	54,2	54,1	54,2	54,6
Oristano	50,2	46,1	47,2	48,2

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

Rapporto BES edizione 2023: il BES dei Territori

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

Rapporto BES 2020: il BES dei Territori

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

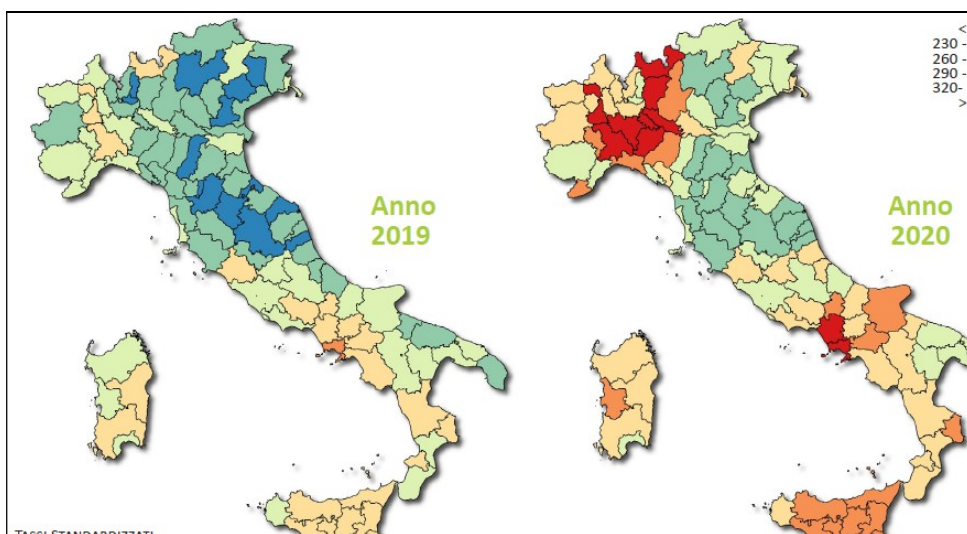
Una popolazione con indicatori di struttura particolarmente elevati per la parte anziana e la presenza di un quadro socio-economico non favorevole porta a diversi fenomeni di natura sia sociale sia sanitaria, in particolare:

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

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

C.1 Il contesto epidemiologico

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



Gli ultimi dati disponibili sui decessi per causa si riferiscono all'anno 2020 e sono di seguito rappresentati in termini di valori percentuali (peso percentuale), di ogni singolo gruppo di cause di morte rispetto alla mortalità totale dell'anno di riferimento.

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

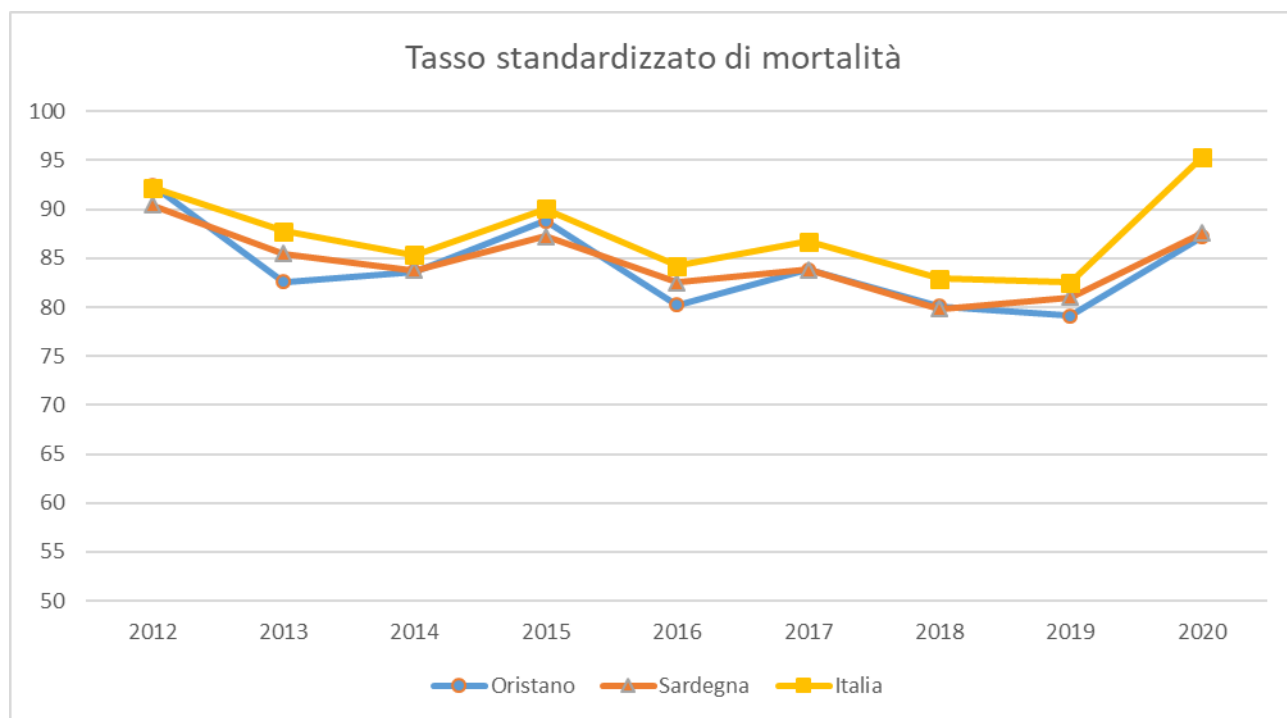
Nella provincia i dati non si discostano in maniera sostanziale da quelli nazionali e regionali, con i due gruppi di patologie che maggiormente incidono nella salute delle persone, le malattie del sistema circolatorio con il 27,51% dei casi rispetto al totale delle cause di morte ed i tumori con il 26,93%. Insieme i due gruppi di patologie sono responsabili di circa il 54% di tutti i decessi.

La terza causa di morte riguarda le malattie del sistema respiratorio (5,90% in provincia di Oristano rispetto al dato più alto a livello nazionale 7,66%); a questa si aggiunge la nuova causa di morte registrata nel 2020 che riguarda il Covid-19, per cui si rileva una percentuale di mortalità pari al 5,07% nella provincia in linea con il dato regionale ma nettamente inferiore al dato nazionale del 10,56%.

Percentuali rispetto al totale Descrizione	2019			2020		
	Oristano	Sardegna	Italia	Oristano	Sardegna	Italia
Malattie del sistema circolatorio	29,78%	29,34%	34,61%	27,51%	27,20%	30,48%
Tumori	29,89%	30,58%	27,95%	26,93%	27,70%	23,84%
Malattie del sistema respiratorio	6,44%	7,32%	8,53%	5,90%	6,67%	7,66%
Disturbi psichici e comportamentali	6,06%	5,56%	4,07%	5,66%	5,37%	3,62%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	5,04%	5,16%	4,74%	5,51%	5,50%	4,45%
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	2,71%	2,63%	2,37%	5,17%	4,12%	3,33%
Covid-19	0,00%	0,00%	0,00%	5,07%	5,64%	10,56%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4,33%	4,36%	4,51%	4,15%	4,66%	4,50%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,66%	4,69%	3,75%	4,15%	4,17%	3,25%
Malattie dell'apparato digerente	4,39%	4,51%	3,61%	4,05%	3,52%	3,07%
Malattie dell'apparato genitourinario	2,17%	1,65%	1,95%	2,44%	1,85%	1,91%
Malattie infettive e parassitarie	2,22%	2,36%	2,28%	1,37%	1,78%	1,84%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,81%	0,77%	0,57%	0,98%	0,69%	0,52%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,81%	0,59%	0,53%	0,68%	0,60%	0,49%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0,38%	0,19%	0,24%	0,24%	0,23%	0,21%
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	0,32%	0,23%	0,19%	0,20%	0,24%	0,18%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	0,00%	0,08%	0,10%	0,00%	0,05%	0,09%

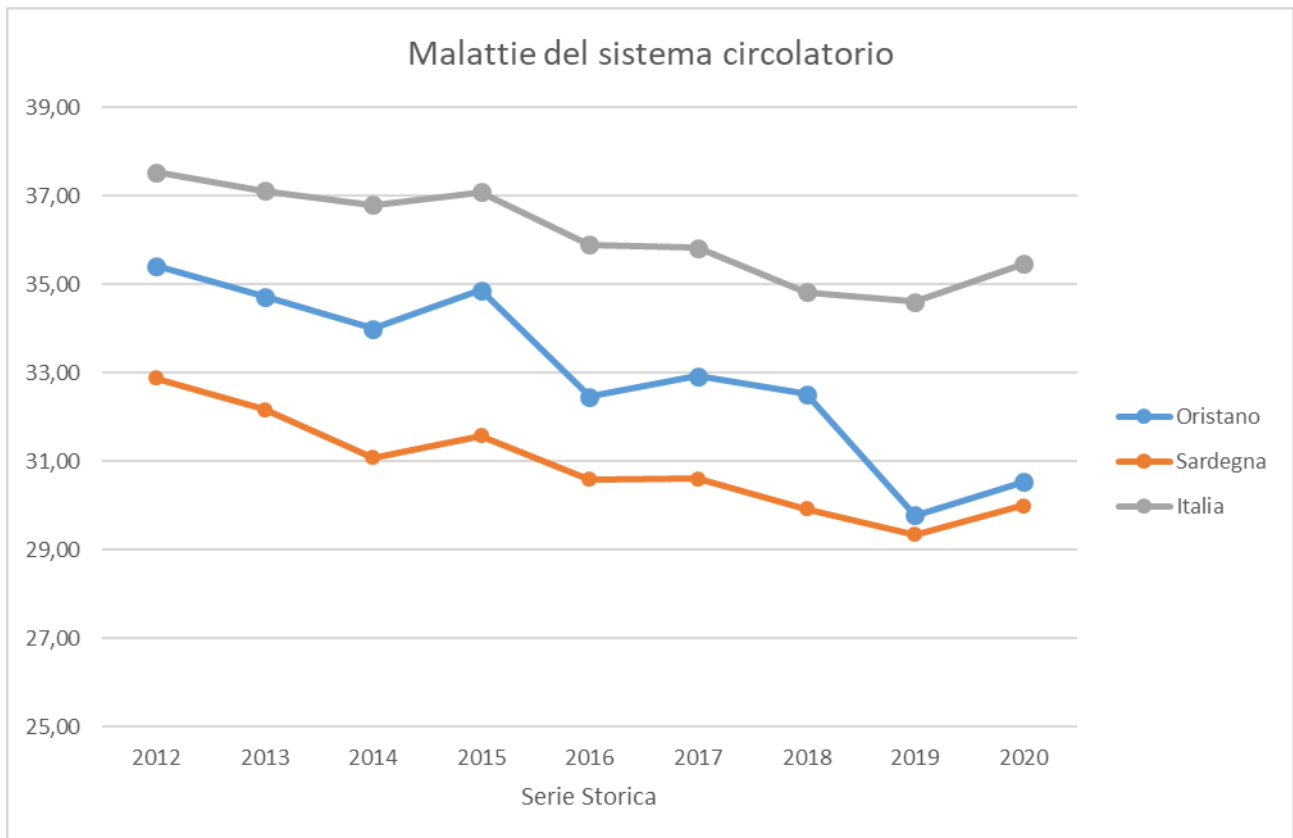
Cause di morte: Istat 2019-2020

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



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2012-2020

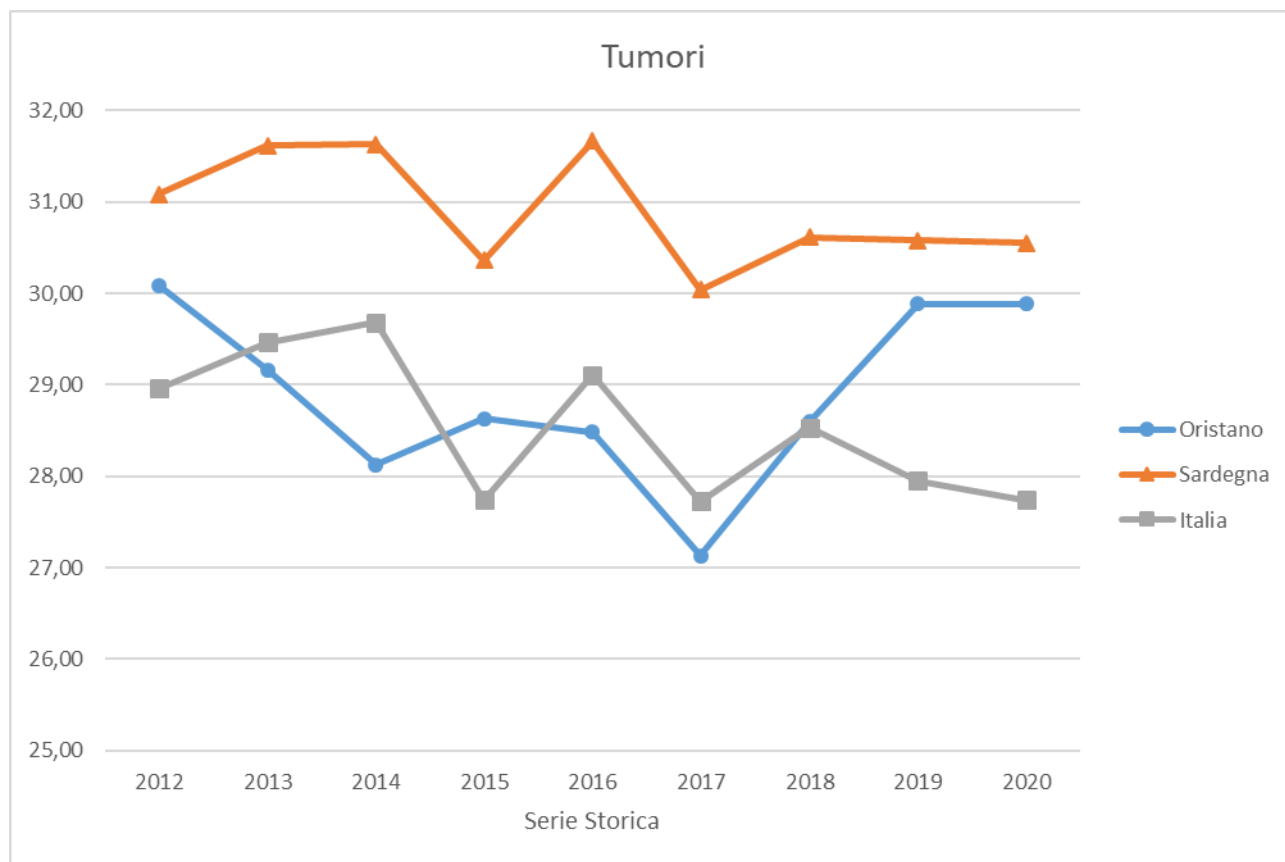
La mortalità in provincia per le malattie del sistema circolatorio si attestano su valori sempre inferiori al dato nazionale (35,46%) ma equivalenti al dato regionale (30%).



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2012-2020

Nel 2022 il 76% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema circolatorio sono da attribuire alle malattie cerebrovascolari (26%), ad altre malattie del cuore (26% nel 2022) e ad altre malattie del sistema circolatorio (23%); il 9,93% delle cause di morte di tale gruppo di malattie sono da attribuire all'infarto del miocardio acuto.

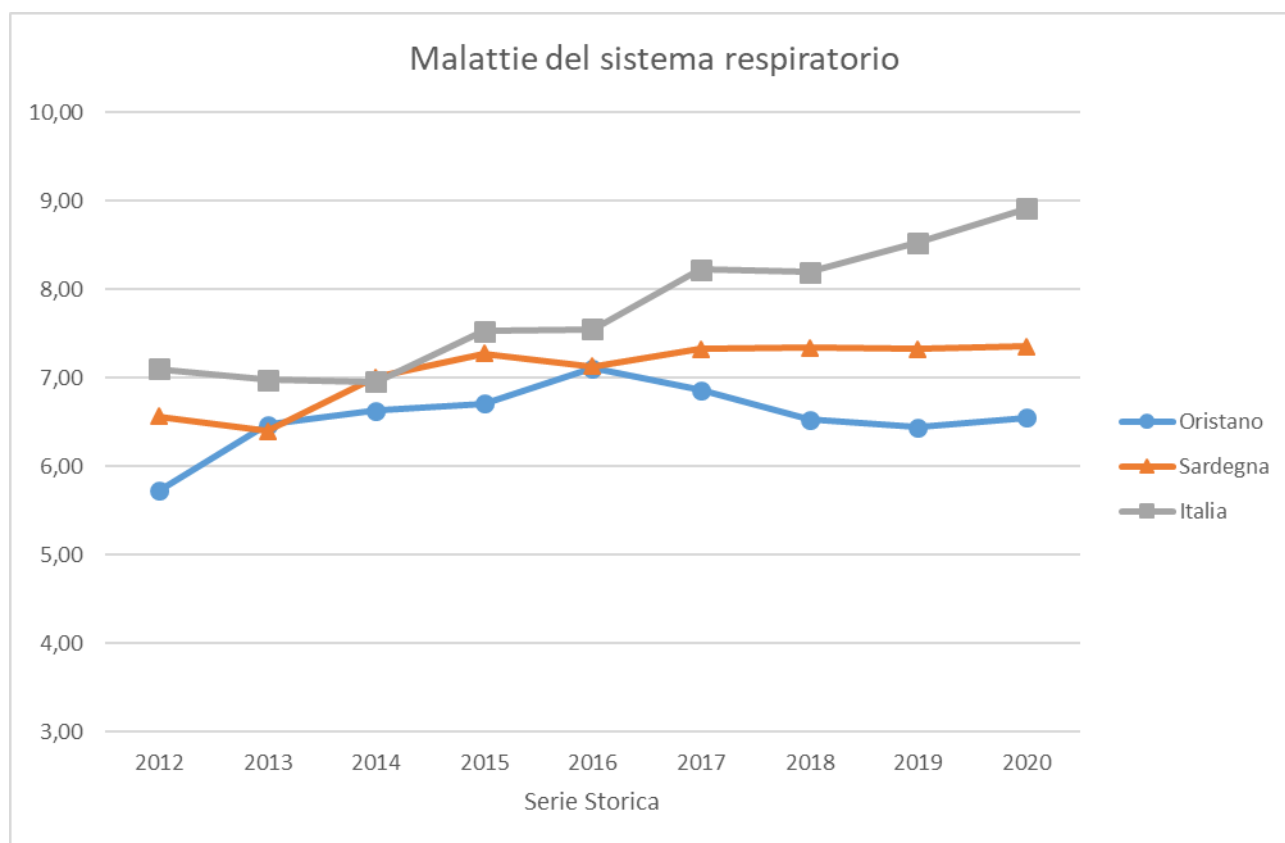
La mortalità per tumori nella provincia di Oristano si attesta su valori sempre molto vicini al dato nazionale ma inferiori al dato regionale, con una costante riduzione dal 2012 al 2017. Vede un aumento nel 2018 e 2019, per poi stabilizzarsi nell'ultimo biennio.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2012-2020

Nel 2022 il 57,25% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo dei tumori sono da attribuire ai tumori maligni di trachea, dei bronchi e dei polmoni (13,77%), agli altri tumori maligni (12,86%), ai tumori maligni del colon, del retto e dell'ano (12,50%), ai tumori maligni del seno (9,06%), ai tumori maligni del pancreas (9,06%).

Per quanto riguarda la mortalità delle malattie del sistema respiratorio, questa si attesta su valori inferiori rispetto al dato nazionale (scostamento di 2,37%) e regionale (0,8%), con un trend stabile rispetto al 2018.



Elaborazioni su Cause di morte: Istat 2017-2019

Nel 2022 il 95,04% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema respiratorio sono da attribuire alle malattie croniche delle basse vie respiratorie (36,36%), seguito da polmonite (33,06%) e ad altre malattie del sistema respiratorio (25,62%); il 4,13% e lo 0,83% delle cause di morte di tale gruppo di malattie sono da attribuire rispettivamente ad influenza e asma, entrambe stabili dal 2017.

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

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

MEV(i) ed. 2020-2021

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

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

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

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

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

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

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

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

Lo studio di sorveglianza PASSI tra il 2017 e il 2020 ha rilevato che in Italia il 18% delle persone fra 18 e 69 anni intervistate ha riferito che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi. 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 (circa 7% nel periodo 2016-2021 e 6% nel periodo 2021-2022), le malattie cardiovascolari e il diabete (5%), e i tumori (4%); al contrario, le malattie croniche del fegato, l'insufficienza renale e l'ictus (1%) sono le meno frequenti.

Dal grafico che segue si può notare come la variabilità regionale della cronicità non descrive un chiaro gradiente geografico, perché si registrano prevalenze più elevate in alcune Regioni del meridione, come in

Sardegna (26%) ma anche tra le Regioni del Nord come nel Friuli Venezia Giulia (22%) o del Centro come il Lazio (21%). Analogamente accade per la policronicità.

Indicatori - PASSI 2021-2022			
	Persone libere da patologie croniche *	Persone con almeno 1 patologia cronica *	Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbilità) *
Abruzzo	82.4	17.6	4.9
Basilicata	82.9	17.1	3.7
Calabria	79.8	20.2	5.4
Campania	82.2	17.8	4.0
Emilia Romagna	79.9	20.1	5.3
Friuli Venezia Giulia	77.7	22.3	5.1
Lazio	79.4	20.6	5.8
Liguria	79.6	20.4	3.7
Lombardia			
Marche	84.4	15.6	3.6
Molise	85.2	14.9	4.2
Piemonte	80.1	19.9	4.3
Provincia di Bolzano	80.2	19.8	5.4
Provincia di Trento	83.2	16.8	3.4
Puglia	89.4	10.7	2.0
Sardegna	74.1	26.0	6.8
Sicilia	81.8	18.2	3.0
Toscana	83.9	16.1	3.2
Umbria	83.3	16.7	4.0
Valle d'Aosta	79.5	20.5	6.0
Veneto	80.3	19.7	4.1
Italia	81.5	18.5	4.2

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

Sudio di Sorveglianza PASSI 2021-2022

Considerazioni conclusive

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

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

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

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

Sul fronte della prevenzione:

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

Sul fronte della domanda:

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

Sul fronte dell'offerta:

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

C.2 Il territorio e la distribuzione delle strutture

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

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

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

	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE	
Distretto di Oristano		9 punti di guardia medica (+2 nel periodo estivo)		
		37 Medici di Medicina Generale		
		3 Pediatri di Libera Scelta		
	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	2 Studi di Radiologia
			1 Punto di soccorso avanzato 118	1 Studio di Cardiologia
			1 SER.D	
			1 SISP - Vaccini Covid-Oristano	
			1 Pres. Pneumotisiologico	
			1 Consultorio	
			1 Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)	
			1 Centro FKT	
			1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
			1 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza	
			1 Hospice Residenziale e Ambulatoriale	
			1 Servizio di Farmacia territoriale	
			1 Centro Dialisi	
Samugheo		1 Poliambulatorio	1 Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica	
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica		
		1 Ufficio del Servizio Veterinario		

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

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

		1 Struttura Residenziale Alta Intensità - Assistenza Psichiatrica +NPIA
	Siris	1 Struttura Residenziale Media Intensità – Assistenza NPIA
	Arborea	1 Ufficio del Servizio Veterinario

	COMUNE	STRUTTURE PUBBLICHE	STRUTTURE PRIVATE	
Distretto di Ghilarza-Bosa		8 Punti di Guardia Medica (+1 nel periodo estivo)		
		20 Medici di Medicina Generale		
		5 Pediatri di Libera Scelta		
		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 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		

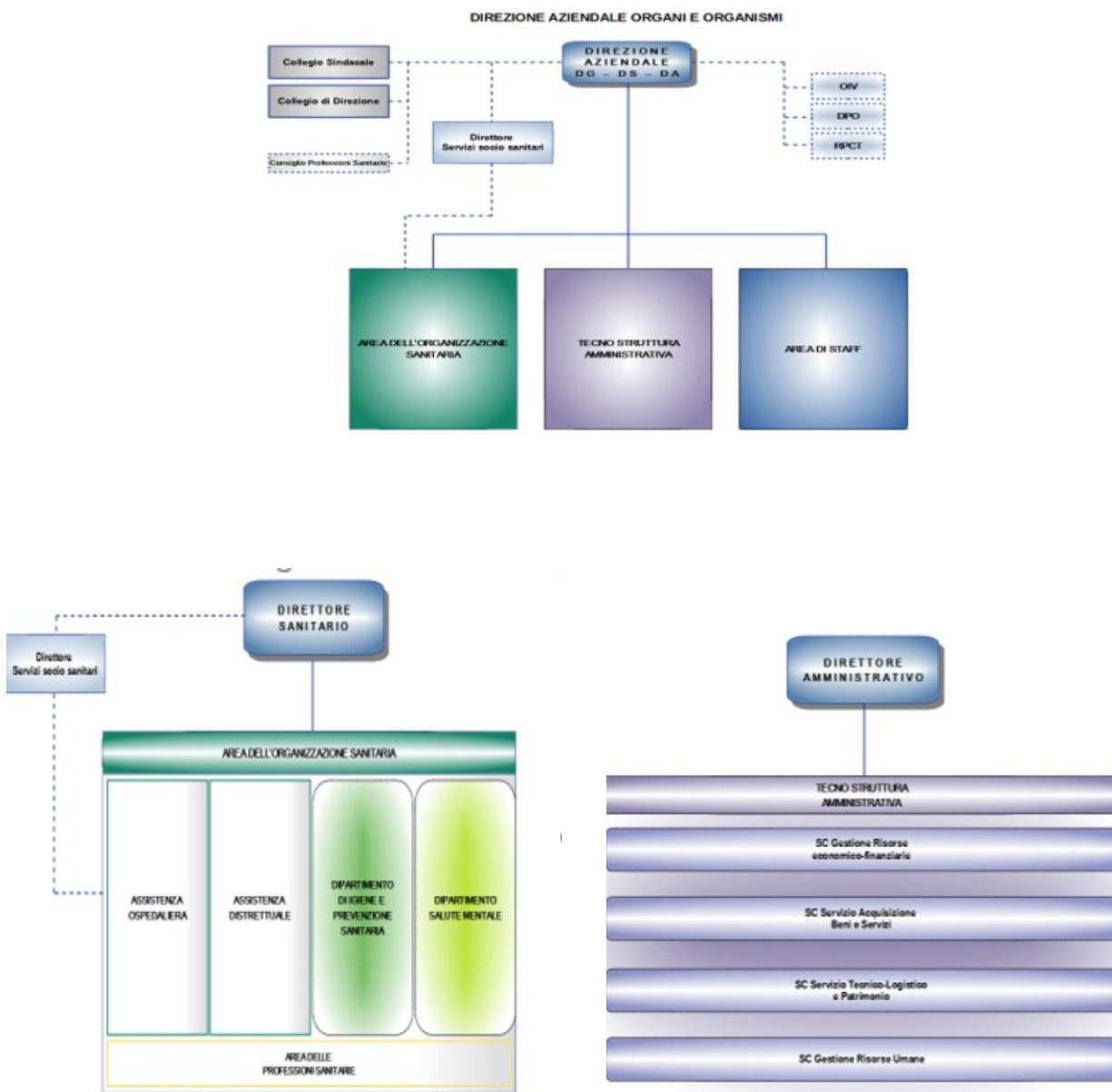
	Bosa	1 Presidio Ospedaliero PO Mastino	
		1 Poliambulatorio	
		1 Ambulatorio Igiene Pubblica	
		1 Ufficio del Servizio Veterinario	
		1 Consultorio	
		1 Centro FKT	
		1 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78	
		1 Centro di Salute Mentale	
		1 Servizio di Farmacia territoriale	
		1 Centro Dialisi ad attività limitata	

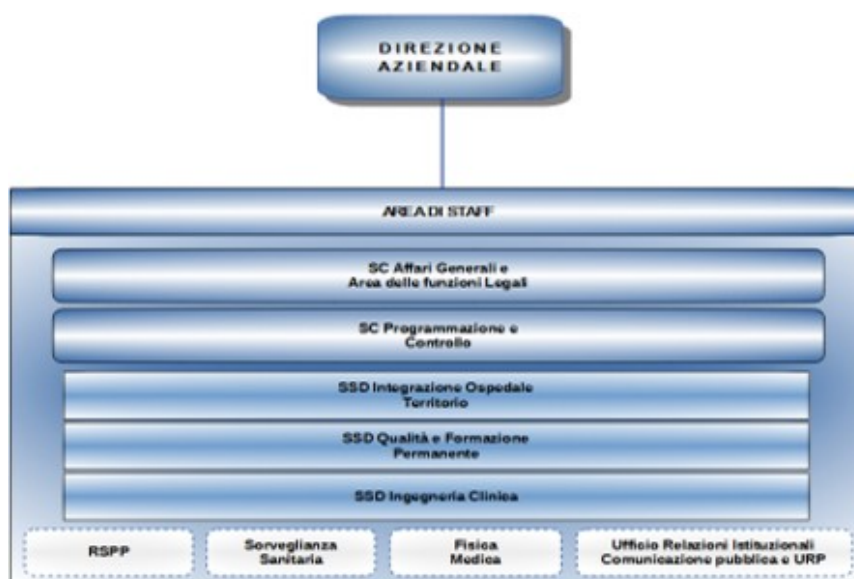
Dati all'01.10.2023

D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria

La nuova ASL di Oristano, costituita l'1.01.2022 in ragione della legge regionale n. 24 di riforma del SSR, con delibera del direttore generale n. 463 del 5.12.2022 si è dotata dell'Atto Aziendale che ne definisce la struttura organizzativa.

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





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

Di seguito il personale operante nella ASL di Oristano nel 2023:

Tipo Contratto	Ruolo Ammin.vo	Ruolo Sanitario	Ruolo Profess.le	Ruolo Tecnico	Totale
<i>Dirigenza medica</i>		234			234
<i>Dirigenza veterinaria</i>		52			52
<i>Dirigenza sanitaria non medica</i>		44			44
<i>Dirigenti P/T/A</i>	5		3	1	9
<i>Comparto</i>	132	1.032	2	88	1.154
Totale	137	1.362	5	89	1.593

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 2024-2026 con il reclutamento di diverse figure; tra le più carenti si rammentano i medici delle seguenti discipline: medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, malattie dell'apparato respiratorio, medicina interna, ortopedia, anestesia e rianimazione, gastroenterologia, igiene epidemiologia e sanità pubblica, pediatria, nefrologia, chirurgia, psichiatria. Il medesimo problema si registra a seguito della grave carenza di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e guardie mediche per i quali si rileva un'offerta insufficiente rispetto ai fabbisogni.

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

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

Sono diversi i fattori che incidono sulle difficoltà di reclutamento di personale e tra queste si evidenziano, l'insufficiente numero di medici in possesso del titolo di formazione specialistica per via di una programmazione che si è dimostrata non adeguata rispetto alla domanda del servizio sanitario. Vi è stata poi un'elevata uscita dei medici in servizio sia per pensionamento ma anche per una maggiore attrattività del settore privato. Inoltre, il personale utilmente collocato nelle graduatorie di assunzione privilegiano la presa in servizio nei centri di Cagliari e Sassari.

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

Parte II - La Programmazione sanitaria triennale

A. Indirizzi strategici aziendali

Gli obiettivi che questa Azienda intende perseguire nel triennio 2024-2026 sono riconducibili al progetto di riforma del Servizio Sanitario Regionale in atto dettato dalla LR 24/2020 e alle specifiche esigenze della ASL di Oristano nel dare attuazione all'Atto Aziendale approvato di recente.

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

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

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

Gli obiettivi Aziendali saranno incentrati inoltre sull'espletamento degli adempimenti collegati alla recente adozione dell'Atto Aziendale e all'implementazione dei progetti legati alla riforma del Servizio sanitario regionale in atto, nonché al Patto per la Salute 2019-2021 e ai progetti indicati nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR missione 6 salute).

In sintesi, i risultati che l'Azienda si prefigge si riferiscono ad una riqualificazione dell'offerta assistenziale unitamente al perseguimento di una migliore efficienza nella gestione delle risorse, senza peraltro pregiudicare la piena assicurazione dei LEA, garantendo 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 del benessere animale secondo piani pluriennali di intervento nazionali e regionali contenenti obiettivi e target di riferimento già definiti. Le attività svolte sono sempre più intersettoriali e in raccordo con tutti i nodi della rete sociosanitaria per un utilizzo coordinato delle risorse interne ed esterne al sistema sanitario.

Igiene e Sanità Pubblica

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica nel corso dell'anno 2022 e parte del 2023 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 ed alla precaria condizione epidemiologica derivante dalla pandemia, il servizio è riuscito a soddisfare la richiesta di domanda di salute della popolazione.

Un notevole impegno è stato dedicato allo svolgimento delle campagne vaccinali di cui si riportano i dati nelle tabelle sottostanti.

Nell'anno 2022 è diminuita la necessità di impegnare ingenti risorse sul fronte della campagna anti covid. Di seguito si riportano i dati di attività del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica nell'ambito della campagna vaccinale anti covid del biennio 2021-2022:

Vaccini anti covid somministrati ai residenti	31.12.2021		31.12.2022	
	Valore assoluto	%	Valore assoluto	%
Numero Dosi Somministrate	126.690	68,13%	74.656	39,94%
Soggetti vaccinabili non vaccinati	59.255	31,87%	112.278	60,06%
Soggetti vaccinabili	185.945	100,00%	186.934	100,00%
Soggetti vaccinati con 1 dose	126.690	68,13%	74.656	39,94%
Soggetti vaccinati con 1 dose Janseen	/	/	/	/
Soggetti vaccinati con 2 dosi	120.369	64,73%	73.438	39,29%
Soggetti vaccinati con almeno 1 dose	126.690	68,13%	74.656	39,94%
Soggetti con ciclo completo di vaccinazione	120.369	64,73%	73.438	39,29%

Relativamente allo svolgimento delle altre campagne vaccinali, quali consueti compiti istituzionali del servizio, di seguito si rappresentano:

ATTIVITA' VACCINALE				
Numerosità della coorte 2019/2020 (denominatore):	751		731	
Vaccino	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2021	% rispetto alla coorte	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2022	% rispetto alla coorte
Polio ^(a)	708	94,3%	681	93,2%
Difterite ^(a)	708	94,3%	682	93,3%
Tetano ^(a)	708	94,3%	682	93,3%
Pertosse ^(a)	708	94,3%	682	93,3%
Epatite B ^(a)	708	94,3%	678	92,7%
Haemophilus influenzae tipo b ^(b)	708	94,3%	677	92,6%
Morbillo [®]	703	93,6%	678	92,7%
Parotite ^(c)	703	93,6%	678	92,7%
Rosolia ^(c)	703	93,6%	678	92,7%
Varicella ^(c)	703	93,6%	674	92,2%
Meningococco C coniugato ^(b)	654	87,1%	643	88,0%
Pneumococco coniugato ^(b)	682	90,8%	665	91,0%

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

Numerosità della coorte 2021 (denominatore)	753	
Vaccino	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 30/09/2023	% rispetto alla coorte
Polio ^(a)	713	94,69%
Difterite ^(a)	713	94,69%
Tetano ^(a)	713	94,69%
Pertosse ^(a)	713	94,69%
Epatite B ^(a)	713	94,69%
Haemophilus influenzae tipo b ^(b)	713	94,69%
Morbillo [®]	712	94,56%
Parotite ^(c)	712	94,56%
Rosolia ^(c)	712	94,56%
Varicella ^(c)	710	91,29%
Meningococco C coniugato ^(b)	0	0
Pneumococco coniugato ^(b)	712	90,90%

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

Per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie rappresentate nelle tabelle precedenti, è stata raggiunta una copertura vaccinale prossima ai valori attesi nel corso del 2023. Per le vaccinazioni facoltative sono stati ottenuti dei valori lievemente inferiori (tabelle sotto riportate).

Altri vaccini somministrati, anche se non inseriti nel calendario della Regione/P.A.

Vaccino	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2021	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2022
Epatite A	1	1
Rotavirus	540	576
Meningococco B	538	567
Meningococco tetravalente ACYW-135 coniugato	654	637
Vaccino	Numero prime/secondo dosi al 31/12/2021	Numero prime/secondo dosi al 31/12/2022
MPRV: prima dose	700	678
MPRV: seconda dose ^(d)	0	4

(d) nei casi in cui la seconda dose venga anticipata, rispetto all'età prevista nel calendario vaccinale

Altri vaccini somministrati, anche se non inseriti nel calendario della Regione/P.A.

Vaccino	Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 30/09/2023	% rispetto alla coorte
Epatite A	1	--
Rotavirus	594	81,62%
Meningococco B	600	79,68%
Meningococco tetravalente ACYW-135 coniugato	680	90,31%
Vaccino	Numero prime/secondo dosi al 30/09/2023	% rispetto alla coorte
MPRV: prima dose	712	94,56%
MPRV: seconda dose ^(d)	2	--

(d) nei casi in cui la seconda dose venga anticipata, rispetto all'età prevista nel calendario vaccinale

Cicli vaccinali completati al 31/12/2022

Vaccinazione anti-HPV Femmine

Coorte dell'anno	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV=solo Femmine)	611	534	571	591	529	621	593	601	628	652	645	647	633	662	664
Vaccino	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
HPV (prima dose)	390	338	487	476	410	457	480	481	510	552	540	571	545	594	476
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica)	275	215	316	385	362	416	437	432	480	534	508	529	514	557	449
% rispetto alla coorte (bambine)	45%	40%	55%	65%	68%	67%	74%	72%	76%	82%	79%	82%	81%	84%	68%

Vaccinazione anti-HPV Maschi

Coorte dell'anno	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996
Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV=solo Maschi)	604	632	644	567	635	631	578	602	632	630	660	685	679	506	703
Vaccino	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008
HPV (prima dose)	338	337	424	353	362	86	18	19	7	3	3	3	1	2	0
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica)	223	227	289	271	298	56	14	13	6	3	3	3	0	1	0

A causa dagli eventi legati alla pandemia, l'adesione alla vaccinazione anti HPV ha subito un graduale decremento sia nel genere femminile che maschile.

Un intenso lavoro è stato attuato dagli operatori sanitari per garantire la vaccinazione antinfluenzale a tutta la coorte di riferimento, durante la campagna antinfluenzale 2022 raggiungendo una copertura vaccinale pari ad un terzo della popolazione ultra 65 enne, alla quale va aggiunta la quota di vaccinazione effettuata dal servizio per la popolazione fragile e la quota di vaccinazioni somministrate da MMG e PLS.

Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano

Vaccinazione antinfluenzale	2019	2020	2021	2022
Coorte (anziani >=65 anni)	61.992	64.504	67.016	43.300
Numero Vaccinazioni antinfluenzali anziani >=65 anni	8.370	7.216	14.820	15.314
% rispetto alla coorte	14%	11%	22%	35,37%
<i>Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna.</i>				

Per l'anno 2023 le certificazioni medico legali sono state rilasciate primariamente dal servizio di Medicina Legale. Il Servizio di Igiene Pubblica ha ripreso l'erogazione di tali prestazioni sanitarie nel 2023 (1.687

certificazioni rilasciate). Inoltre nel 2023 sono state effettuate 776 visite per il rilascio di idoneità sportiva svolte dal servizio di Medicina Sportiva

Gli Screening Oncologici

Altra importante attività che prosegue con grande difficoltà ma con ottimi risultati è quella legata agli screening oncologici.

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

A causa della diminuzione del tasso di adesione verificatosi durante il periodo del COVID, è stato necessario aumentare il numero di inviti per riuscire a recuperare il gap venutosi a creare nel biennio 2020-2021.

L'Assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro

Il **Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro (SPRESAL)** nell'anno 2020 e 2021 è stato coinvolto, mediante delega dell'autorità giudiziaria, in attività di accertamento su fatti legati all'emergenza epidemica; per tale motivo l'attività ha subito un aumento nel biennio.

	2019	2020	2021	2022
Indagini per infortuni sul lavoro	3	7	12	7
Indagini per malattie professionali	3	4	0	0
Lavoratori controllati	99	41	29	64
Interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria con piani mirati				
Aziende interessate	1.497	605	755	890
Aziende con interventi di vigilanza	2.250	2.406	1.438	1.161
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di malattie infettive)	103	2.975	4.838	63

Fonte dati: NSIS Mod FLS18 Quadro F

Il compito istituzionale del Servizio SPRESAL è quello della tutela della salute dei lavoratori, attraverso la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e del miglioramento del benessere dei lavoratori, espletando attività di vigilanza, assistenza e di promozione della salute rivolte al mondo del lavoro. La priorità degli interventi del servizio viene definita sulla base della realtà produttiva e dell'evidenza epidemiologica degli infortuni e delle malattie professionali, tenendo conto dei livelli essenziali di assistenza previsti nel Piano Sanitario Nazionale e degli obiettivi di salute e sicurezza individuati dal Piano Sanitario della Regione Sardegna.

Il Servizio garantisce annualmente la partecipazione attiva ai lavori dell'Ufficio Operativo e del Comitato Regionale di Coordinamento, e il regolare espletamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro, secondo criteri di efficienza ed efficacia nell'ambito delle decisioni assunte da tali organi. In particolare:

- Commissione medica per ricorso avverso art 41-D.Lgs 81/08
- Visite mediche per lavoratori ex esposti amianto
- Controllo cartelle sanitarie e di rischio di almeno il 50% delle aziende visitate
- Controllo piani di lavoro amianto in particolare gli accertamenti sanitari e cartelle cliniche lavoratori attualmente esposti
- Controllo e coordinamento degli accertamenti sanitari effettuati dai medici competenti.
- Attività di informazione formazione e assistenza con particolare riguardo ai Piani Mirati di Prevenzione.
- l'aggiornamento del registro mesoteliomi asbesto correlato, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale.
- Indagini di Polizia Giudiziaria d'iniziativa o su delega della Procura.
- Attività di vigilanza e controllo sui comparti dell'edilizia, agricoltura, attività manifatturiere, Trasporto e magazzinaggio, Commercio all'ingrosso e al dettaglio, riparazione di autoveicoli e motocicli e altri servizi

Il **Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.)** ha il compito di promuovere e tutelare la salute della popolazione attraverso la prevenzione dei rischi correlati agli alimenti e agli stili di vita nutrizionali operando nei seguenti settori:

Sorveglianza Nutrizionale

Nel corso di quest'anno 2023 sono state esaminate, sotto l'aspetto calorico nutrizionale n°17 tabelle dietetiche. Il Servizio ha aderito al Sistema di Sorveglianza OKkio alla Salute per l'anno 2023 effettuando le rilevazioni di competenza in 9 scuole su 9 selezionate al controllo.

Sicurezza Alimentare per le quali si sono svolti:

- Controlli Ufficiali su imprese alimentari

Col termine Controllo Ufficiale si intende qualsiasi forma di controllo o attività eseguita dal S.I.A.N. in qualità di Autorità competente nel territorio della ASL di Oristano, per assicurare la conformità igienico-sanitaria dei processi produttivi e dei prodotti alimentari perseguendo come obiettivi:

- prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per la salute pubblica;
- garantire pratiche commerciali leali per gli alimenti e adeguata informazione al consumatore.

Al 31/12/2022 risultano registrate presso il servizio 4.718 attività produttive così distribuite:

TIPOLOGIA IMPRESA	NUMERO
Aziende agricole (produttori primari)	1037
Produttori e confezionatori al dettaglio e all'ingrosso	624
Ristorazione pubblica e collettiva	1638
Commercio all'ingrosso e al dettaglio	1180
Deposito e vendita Prodotti fitosanitari (PFS)	28
Mezzi di trasporto	211
Totale	4718

La programmazione 2023 delle attività per tale ambito sono:

Ispezioni

sono state effettuate n. 177 ispezioni programmate per l'anno 2023

sono state effettuate n. 3 ispezioni presso il commercio e utilizzo di prodotti fitosanitari

sono state effettuate n. 26 ispezioni effettuate ad hoc (certificati di esportazione, verifica requisiti approvvigionamenti autonomi, segnalazioni privati, segnalazioni NAS etc)

Campionamenti alimenti

Sulla base dei Piani regionali di programmazione e coordinamento degli interventi in materia di controllo ufficiale degli alimenti sono stati effettuati 145 campionamenti

Campionamenti MOCA

Sulla base del Piano regionale di controllo ufficiale dei materiali e oggetti destinati a venire a contatto con gli alimenti sono stati effettuati 3/3 campionamenti

Campionamenti acque minerali

è stata fornita assistenza per la verbalizzazione di n° 6 campionamenti presso gli stabilimenti di produzione di acque minerali così come previsto dal D. Lgs. 176/2011 e secondo le disposizioni del D.M. 10/2/2015 art.4

Allerte Alimentari

Sono state gestite un totale di 24 allerte alimentari

Rilascio certificazioni e pareri

- sono stati rilasciati 10 certificati sanitari per l'esportazione di prodotti destinati al consumo umano
- sono stati rilasciati 2 certificazioni di non commerciabilità di sostanze alimentari
- sono stati rilasciati 2 certificazioni di idoneità di acqua destinata al consumo umano

Sanzioni amministrative e attività di Polizia Giudiziaria

- sono state comminate n°12 sanzioni amministrative per violazioni alle norme vigenti in materia di sicurezza alimentare
- nel corso dei controlli ufficiali sono stati effettuati n° 7 sequestri cautelativi di prodotti alimentari
- nel corso dei controlli ufficiali sono stati emanati n° 7 provvedimenti di sospensione attività

Gestioni procedimenti SUAPE

sono stati effettuati 160 controlli documentali e successive registrazioni sui procedimenti avviati dallo Sportello Unico delle Attività Produttive e Edilizie dei comuni ricadenti nel territorio di competenza della Asl di Oristano

Sorveglianza acque destinate al consumo umano.

Secondo il piano di programmazione dei controlli analitici esterni, sono stati eseguiti 350 campionamenti suddivisi in gruppi A e B (di verifica e di routine).

Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

La missione della **Servizio di Sanità Animale** è la tutela della salute animale e, indirettamente, della salute collettiva in sintonia con la strategia "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.

L'Offerta di prestazioni e servizi su tale ambito si possono così riassumere:

- Attuazione dei "Controlli Ufficiali" e delle "Altre Attività Ufficiali" negli allevamenti, in veste di "Autorità Competente Locale", per garantire l'applicazione delle norme sulla salute degli animali e per la prevenzione e controllo delle malattie animali trasmissibili, compreso l'accertamento dello stato di salute degli animali destinati alla produzione alimentare, secondo quanto riportato in specifici programmi dell'UE, nazionali, regionali. Le malattie oggetto di programmi e controlli fanno parte delle cosiddette "malattie elencate", il cui elenco è predefinito dall'UE e dal Ministero della Salute (sulla base del rischio sanitario, come per esempio le zoonosi, o perché a forte impatto economico-

commerciale sulla produzione zootecnica in termini quantitativi e qualitativi – malattie soggette a notifica obbligatoria). Particolare interesse rivestono i piani di prevenzione e controllo della Tuberculosis, Brucellosi, Leucosi, BSE, Scrapie, Influenza aviaria, Salmonellosi, Peste Suina Classica, Peste Suina Africana, Febbre Catarrale degli Ovini o Blue Tongue, Anemia Infettiva Equina, West Nile, Anemia Infettiva Equina, malattie delle api.

- Controlli ufficiali sulle movimentazioni degli animali e rilascio dei certificati sanitari, quando dovuti, per l'invio degli animali ai macelli, ad altri allevamenti, mercati, fiere;
- Accertamenti sanitari e certificazioni su richiesta e nell'interesse dei privati o su richiesta da parte di pubbliche amministrazioni;
- Assicurare l'affidabilità e la completezza dei dati e delle informazioni registrate nel "Sistema Informativo Veterinario" del Ministero della Salute (<https://www.vetinfo.it/>) costituente una sorta di "fascicolo sanitario elettronico" della salute animale. Detto sistema informativo comprende, tra l'altro, la Banca Dati Nazionale (BDN) dell'anagrafe zootecnica quale nodo principale della rete di epidemiosorveglianza, strumento di certificazione sanitaria degli allevamenti, base dati del sistema di identificazione e registrazione degli operatori, degli stabilimenti e degli animali, fondamento per la tracciabilità e rintracciabilità degli animali destinati alla produzione alimentare o di interesse zootecnico nonché presupposto informativo per la programmazione delle politiche e delle azioni in campo sanitario e in campo agricolo;
- Predisposizione e gestione dei sistemi di risposta alle emergenze sanitarie veterinarie, sia epidemiche che non epidemiche;
- Informazione e comunicazione ai cittadini sulle tematiche di sanità pubblica veterinaria;
- Concorso al miglioramento della qualità nei processi produttivi riguardanti le produzioni zootecniche attraverso la stretta collaborazione con gli Operatori del Settore Alimentare e con altri portatori di interesse (garantire la rintracciabilità degli animali produttori di alimenti, promozione di elevati standard di qualità, promozione del conseguimento di elevati livelli di biosicurezza, attuazione delle attività sanitarie e informative per l'acquisizione e il mantenimento delle "qualifiche sanitarie" necessarie a garantire il libero commercio di animali e alimenti di origine animale).

Il **Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale (SIAOA)** ha svolto, nel primo semestre 2023, la sua funzione di ispezione e verifica sulle seguenti attività produttive presenti nel nostro territorio provinciale:

ATTIVITA' PRODUTTIVE	NUMERO
Mattatoi carni rosse	5
Mattatoi carni bianche	4
Sezionamento carni rosse	3
Sezionamento carni bianche	3
Laboratori preparazioni di carni	3
Laboratori prodotti a base di carni	2
Depositi carni e prodotti ittici	12
Stabilimenti di lavorazione prodotti della pesca	17
Mercato ittico	-
Imbarcazioni da pesca riconosciute	1
Centri di depurazione mitili	2
Centri di spedizione mitili (compresi echinodermi)	7
Centri imballaggio uova	2
Laboratori di smielatura	17
Macellerie - laboratori annessi-pollerie	238
Pescherie	94
Mercati pubblici-iper-supermercati	73
Rivendite surgelati e congelati	4
Mense	-
Rosticcerie-gastronomie	-
Autonegozi	39
Ditte Trasporto carni e prodotti ittici	146
Agriturismo e Ristoranti banqueting	108 + 75

L'entità delle macellazioni di bovini, ovicaprini, suino, equine, pollame e conigli nel primo semestre del 2023 sono state 657.359.

Altre attività di pertinenza della struttura riguardano l'attività di controllo dei prodotti ittici nei punti di sbarco, nei depositi e nei centri di spedizione e depurazione di molluschi nell'intero compendio della Provincia per i quali si può affermare che non sono stati rilevati problemi sanitari.

Ancora, nel corso dell'anno 2023, sono stati commercializzati, previo controllo sanitario del Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale di circa q.li 22.693 di prodotti della pesca e q.li 7.346 di molluschi eduli lamellibranchi.

Nella Provincia di Oristano risultano essere attive le seguenti realtà produttive su cui il **Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale** effettua le sue attività di ispezione e controllo.

ATTIVITÀ PRODUTTIVE	NUMERO
Depositi latte e formaggi	10
Stabilimenti di lavorazione prodotti a base di latte	17
Automezzi trasporto animali vivi	200
Mangimifici	6

Nell'anno in corso sono state registrate 10 attività, riconosciuti 3 stabilimenti, sono stati eseguiti 50 campionamenti di alimenti e 2 categorizzazioni del profilo di rischio. Sono state inoltre portate a termine 2 istruttorie per impianti a riconoscimento CE e 8 registrati DUAPE. Sono state eseguite 5 indagini epidemiologiche a seguito di segnalazioni di allerte alimentari e 50 campionamenti rispetto al Piano Regionale Residui nei macelli.

I dati riepilogativi del Piano Regionale Residui 2022 dimostrano l'assenza di Residui negli alimenti di origine animale sottoposti a campionamento (n.31 campioni di matrici organiche ed istologici) presso gli impianti di macellazione ed alcune strutture produttive localizzate nell'Ambito Territoriale

I dati aggregati di attività dei tre Servizi Veterinari e del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione sono sintetizzati nelle tabelle sotto riportate "Ispezioni e Verifiche" e "Campionamenti e Controlli". Nell'anno 2022, per la maggior parte degli ambiti, si registra il rispetto delle attività programmate per quell'anno.

Ispezioni e Verifiche

	2019	2020	2021	(Delta % 2021-2020)	2022	Attività programmata 2022
Alimenti e Nutrizione						
Alimenti (come definito dall'art 2 Reg. CE 178/2022)	696	433	485	12%	312	250
Acque di destinazione al consumo umano	14	6	11	83%	0	0
Prodotti fitosanitari	27	29	38	31%	29	26
Sanità Animale						
Piani risanamento malattie animali	7.139	9.050	8.936	-1%	10.816	10.816
Controllo malattie infettive animali	21	14	737	5164%	27	27
Anagrafe ed identificazione animale	1.612	224	230	3%	294	294
Urgenze ed emergenze	70	85	90	6%	90	90
Allev. Prod. Zootecniche						
Latte	173	197	nd		80	100
Farmaci	135	55	nd		74	100
Alimentazione animale	16	13	nd		5	10
Benessere animale	63	115	nd		113	100
Stabilimenti trasf. Latte (caseifici) con non conf.	11	12	nd		0	0
Certificazioni con ispezione per export formaggi	679	470	nd		404	500
Alimenti di Origine Animale						
Stabilimenti e attività commerciali	406	2.384	2.235	-6%	2.480	2.507
Controllo carni macellate (capi diverse specie)	835.093	862.027	893.405	4%	986.851	893.405
Agriturismo	110	53	43	-19%	108	113

Anche per quanto riguarda i campionamenti, questi prevedono un volume richiesto dalla programmazione regionale e le ulteriori attività sono svolte solo a seguito dell'attivazione di sistemi di allerta o legate a esigenze epidemiologiche e eventi straordinari.

Campionamenti e Controlli

	2019	2020	2021	(Delta % 2021- 2020)	2022	Attività programmata 2022
Alimenti e Nutrizione						
Alimenti (come definito dall'art 2 Reg. CE 178/2022)	230	294	372	27%	285	209
Acque destinate al consumo umano***	875	645	528	-18%	460	400
Sanità Animale						
Test Tubercolosi	60	15.907	17.153	8%	15.981	15.981
Campioni sanitari per accertamento malattie animali	50.313	42.868	39.494	-8%	53.268	53.268
Vaccinazioni per malattie animali	51.418	40.841	47.085	15%	236.984	236.984
Allev. Prod. Zootecniche						
Latte e formaggi	120	51	50	-2%	53	50
Ricerca residui prodotti lattiero caseari	126	32	32	0%	28	28
Alimentazione animale	152	62	66	6%	66	66
Alimenti di Origine Animale						
Controllo malattie al macello	1.768	1.301	1.768	36%	3.778	755
Alimenti di origine animale	114	49	114	133%	82	82
Ricerca residui alimenti di origine animale	90	49	90	84%	31	31

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

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

Le attività sotto elencate registrano una forte contrazione rispetto al periodo di pre pandemia soprattutto per l'accertamento dello stato di invalidità, Legge 104/92 con evidenti impatti a livello sociale. Rispetto all'anno 2019 si è avuta una contrazione del 72% nell'anno 2020, e una ripresa graduale nel 2021 (-48%) e nel 2022 (-25%).

Attività	2019	2020	2021	2022	tempi di attesa anno 2022
Utenti beneficiari vitalizio Legge 210/92	5	5	5	5	0
Patenti Co.Me.Lo.	2.380	1.714	1.669	1.981	0
Certificazioni per rilascio/rinnovo patenti auto e nautiche	5.984	10	1.044	1.233	30 giorni
Certificazioni necroscopiche (Servizio medicina legale)	680	66	195	187	0
Visite collegiali	12	4	2	4	30 giorni
Visite di idoneità rilascio/rinnovo porto d'armi/ detenzione armi	1.067	18	112	212	30 giorni
Visite per l'accertamento dello stato di invalidità, Legge104/92 etc.	7.625	2.173	3.978	5.724	14 mesi
Altre certificazioni (certif. Elettorali, adozioni, deambulaz. ridotta)	420		97	83	30 giorni
Accertamenti Medico Legali richiesti dal giudice di sorveglianza o dal tribunale	-	1	3	9	0

L'Unità Operativa di Medicina Legale della ASL di Oristano si occupa di erogare le seguenti prestazioni:

- Accertamento di invalidità civile ed handicap;
(in tale ambito di attività da piena attuazione alle disposizioni di cui all'Art. 6 comma 3 bis della Legge 09/03/06 n. 80, riguardante i soggetti affetti da patologie oncologiche, che ha come obiettivo la rapida definizione dell'iter amministrativo finalizzato all'erogazione delle provvidenze economiche, concesse a tali soggetti, entro 15 giorni dalla presentazione della domanda;
- Valutazione ed accertamento dei casi di cui alla Legge 68/99 (inserimento lavorativo per i portatori di handicap – liste speciali di collocamento);
- Valutazione ed accertamento dei Benefici a favore di ciechi civili e sordomuti;
- Espletamento delle visite richieste dal Tribunale di Sorveglianza;
- Istruzione di istanze relative all'applicazione della Legge 210/92 per gli accertamenti del danno da trasfusione e da vaccinazione, con trasmissione della pratica alla Commissione Medica Ospedaliera (C.M.O.) di Cagliari.
- Si occupa della Commissione Medica Locale (CoMeLo), servizio rivolto ai cittadini che necessitano di patente di guida (primo rilascio), rinnovo patente (per scadenza), revisione della patente. La Commissione è competente nei casi in cui siano presenti alcune patologie o ci sia stato un ritiro ex art 186 e/o 187 cds.
- Altre Certificazioni Medico Legali
- Collaborazione con l'area legale in tema di risarcimento del Danno (CVS);
- Attività medico-collegiale;
- Erogazione, ai cittadini ed ai dipendenti ASL, di informazioni per quanto di competenza.

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

Il **Servizio di Medicina Legale** si propone nel triennio 2024-2026 di attivare un Il Servizio di Psicopatologia Forense, che garantisce ogni intervento richiesto dal Tribunale (Procura, GIP, Tribunale Ordinario, Assise, Appello, Sorveglianza, Civile) sotto forma di consulenza tecnica o perizia, oppure affiancamento al Magistrato o ad altre figure da lui indicate, negli accertamenti di legge.

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

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

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

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

Tutte le aree di intervento e i processi del **Servizio Sanità Animale**, compresi quelli previsti per la programmazione attuativa anni 2024-2026, 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), Arbovirosi (West Nile ed altri virus), controlli nel settore acquacoltura, macellazioni uso famiglia, controlli della campagna venatoria cinghiali, manifestazioni popolari equestri, Controlli sul sistema di identificazione e registrazione degli operatori, degli stabilimenti e degli animali (cosiddetto sistema I&R di cui al D.lgs 134/2022 e DM 07.03.2023), gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche.

In stretto rapporto con quanto previsto dall’Azione PP10 del PRP 2020-2025 (Misure per il Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza), il **Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale (S.I.A.O.A)** di questa Azienda per il triennio 2024-2026, oltre alle attività pianificate a livello regionale, prevede di poter attuare a livello Aziendale la Decisione CE (UE) 2020/1729 attraverso la pianificazione ed attuazione di un certo numero di campionamenti di matrici organiche di animali e di carni di origine suina, bovina e pollame da carne ai fini del monitoraggio sulla resistenza agli antimicrobici dei batteri zoonotici e commensali.

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

Gli obiettivi sulla Prevenzione saranno improntati 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 diseguaglianze sociali e geografiche in quanto rendono le persone più vulnerabili ai fattori di rischio per la salute e la qualità della vita.

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

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

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

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

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

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

Con delibera del Direttore Generale 286 del 29/07/2022 è stato costituito un Gruppo di Coordinamento con l'individuazione di un referente per ogni Programma e definita la Scheda Operativa contenente le azioni e le corrispondenti attività da svolgere a livello locale per singola azione, comprensiva di un allegato contenente una tabella degli obiettivi e degli indicatori e corrispondenti valori attesi da perseguire negli anni 2022-2025.

Il gruppo di coordinamento ha il compito di riferire sullo stato di attuazione dei Programmi e sulle criticità rinvenute nella loro realizzazione.

In particolare, rispetto ai programmi di screening oncologico che questa azienda ha adottato (delibera del direttore generale n. 82 del 29.03.2022) si è intervenuti negli anni 2022 e 2023 con un Piano di recupero delle liste d'attesa Covid-19, di cui all'art. 29 del decreto legge 14 agosto 2020 n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 126 del 13.10.2020. La disposizione normativa nazionale detta disposizioni urgenti in materia di liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza. La Regione Sardegna con DGR 3/4 del 27.01.2022 ha aggiornato il proprio Piano operativo regionale di recupero delle liste di attesa Covid-19 distribuendo alle aziende regionali i fondi stanziati dalla legge di bilancio nazionale e assegnandoli alle singole ASL. Il Piano aziendale, ancora in fase di attuazione, prevede il recupero di prestazioni per i tre programmi di screening oncologici (tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon retto) mediante prestazioni aggiuntive per recuperare i gap venutosi a creare tra il 2019 e il periodo di pandemia.

I principali indicatori utilizzati per il monitoraggio dei programmi di screening mostrano nel corso del 2020 e del 2021 un peggioramento rispetto al 2019. I risultati sono invece attualmente soddisfacenti e in linea con il valore atteso regionale assegnato a questa Azienda.

Di seguito si illustra la programmazione delle singole azioni/attività per gli anni 2024-2026 funzionali al conseguimento a livello Aziendale degli obiettivi di Prevenzione e Promozione della Salute definiti nel Piano Regionale di Prevenzione 2022-2025.

PP01: Scuole che promuovono salute

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

Nell'ambito del Programma Predefinito PP01 Scuole che Promuovono Salute – M01 – Malattie croniche non trasmissibili si è lavorato sulle seguenti azioni:

- Favorire la formazione /informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute (M010S12),
- Favorire la formazione di tutti i componenti della ristorazione (M010S13),
- Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti (M010S14),

- Migliorare la tutela della salute dei consumatori (M010S15).

A seguito del lavoro svolto all'interno del gruppo di lavoro regionale (costituito con determina RAS n. 1319 del 24/11/2022) il S.I.A.N. provvederà alla programmazione e realizzazione di uno specifico programma di formazione/informazione per gli operatori del settore alimentare coinvolti nella preparazione/distribuzione di alimenti.

Per l'anno 2024 si prevede l'attuazione dell'obiettivo strategico MO10S07 "Sviluppare e/o migliorare le conoscenze e competenze di tutti componenti della comunità scolastica, agendo sull'ambiente formativo, sociale, fisico e organizzati e rafforzando la collaborazione con la comunità locale" attraverso la realizzazione di un progetto di educazione alimentare destinato alle scuole d'infanzia e primarie che coinvolga insegnanti, alunni e le loro famiglie, con un approccio didattico/formativo e attraverso laboratori pratici, orientato alla prevenzione di comportamenti errati, educando alla consapevolezza di una alimentazione sana e sostenibile.

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

- alimentazione, compresi gli aspetti legati alla sicurezza alimentare e alle indicazioni nutrizionali, alle intolleranze alimentari, e ai benefici legati all'uso del sale iodato
- attività fisica - dipendenze da sostanze d'abuso e altre dipendenze comportamentali
- incidentalità correlata all'ambiente domestico
- mobilità sostenibile e sicurezza stradale
- correlazioni tra ambiente e salute
- consapevolezza dell'uso di prodotti chimici
- competenze in materia di sicurezza e salute nei futuri lavoratori
- benessere mentale, bullismo, cyberbullismo
- sessualità/affettività - malattie infettive, comprese quelle sessualmente trasmesse, e antimicrobico-resistenza (AMR), vaccinazioni.

PP02: Comunità Attive

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

Gli obiettivi di attività indicati in tale ambito prevedono la promozione e il supporto per l'organizzazione di "Gruppi di cammino" nel 20% dei comuni della ASL5 entro l'anno 2023 e del 50% entro il 2025, e la programmazione di un incontro di "Formazione - Azione" diretto agli stakeholder presenti nel proprio territorio per la condivisione degli obiettivi.

Le attività previste per l'anno 2026 saranno programmate in base al futuro Piano Regionale della Prevenzione.

Programma PP04 “Dipendenze”

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

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

Si è voluto riprendere in maniera costante e strutturata l'attività sopra descritta di prevenzione universale e/o selettiva. Coerentemente a quanto previsto dal PRP 2024-26 il Servizio aziendale per le dipendenze patologiche si è adoperato quindi nell'anno 2023, con i suoi operatori, per promuovere degli incontri mirati organizzando diversi incontri soprattutto con gli alunni delle scuole. Sono state coinvolte 43 classi in materia di prevenzione delle dipendenze; sono stati svolti 2 incontri mediante uno sportello ascolto nelle scuole; sono stati realizzati 33 incontri nelle scuole in materia di prevenzione del gioco d'azzardo e 5 incontri con adulti sulla prevenzione del gioco azzardo e delle dipendenze tecnologiche. Nel 2024 si proseguirà con le attività di informazione e di formazione sulla base delle indicazioni regionali.

PP05: Sicurezza negli ambienti di vita

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

Azione 2/3 Tale azione si focalizza sulla promozione e adozione di Piani Urbani di Mobilità Sostenibile (PUMS), nei quali l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) contribuisce alla valutazione ambientale strategica (VAS).

Azione 3/3 Questa azione, dal titolo Prevenzione degli incidenti domestici negli anziani, includono l'istruzione e la preparazione del personale sanitario e sociosanitario, la pianificazione e la gestione di eventi mirati alla

comunicazione e all'informazione, nonché la contribuzione alla collaborazione nella formulazione di documenti regionali che stabiliscono le migliori pratiche consigliate.

L'attività prevista per questo Programma Predefinito è stata riprogrammata come indicato dall'assessorato dell'igiene e sanità pubblica con nota n. 4741 del 16.02.2023. Pertanto le attività inizialmente previste per l'anno 2022 sono state portate a termine nei termini previsti, mentre le attività per l'anno 2023 sono state programmate, calendarizzate ed in fase di erogazione. Per ciascuno degli anni 2024 e 2025, verranno progettate le attività di formazione e informazione previste, nel rispetto degli accordi intersettoriali. Le attività previste per l'anno 2026 saranno programmate in base al futuro Piano Regionale della Prevenzione.

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

Il **Servizio di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPreSAL)**, attuerà, attraverso la promozione di buone pratiche aziendali e con l'attività di assistenza e vigilanza, i Piani Mirati di Prevenzione (PMP) che verranno sviluppati con l'obiettivo di prevenire infortuni e malattie professionali in diversi settori lavorativi.

I PMP costituiscono lo strumento in grado di organizzare in modo sinergico le attività di assistenza e di vigilanza alle imprese. Il percorso del Piano Mirato di Prevenzione prevede tre fasi (assistenza, vigilanza e valutazione efficacia). In linea con quanto indicato dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, 3 dei 10 Programmi Predefiniti del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 si sviluppano con l'attuazione di 8 Piani Mirati di Prevenzione (PMP).

La scelta dei PMP è stata effettuata a livello regionale sulla base delle specificità territoriali, delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche, dal contesto socio-occupazionale, con particolare riferimento agli eventi infortunistici e tecnopatici più frequenti e più gravi nella popolazione lavorativa sarda, nonché per intervenuti nuovi disposti normativi.

PP06:

- PMP per il rischio da esposizione ad amianto nell'ambito della rimozione delle tubazioni interrato in cemento_amianto
- PMP dei rischi di malattie professionali nel comparto pesca
- PMP del rischio da esposizione al radon nei luoghi di lavoro sotterranei, nei luoghi di lavoro semi sotterranei o al piano terra in aree a rischio/aree prioritarie, negli stabilimenti termali (D.Lgs. 101/2020)

Report PP6 sulle attività svolte e sui risultati raggiunti

PP07:

- PMP del rischio cadute dall'alto nel comparto edilizia
- PMP dei rischi legati all'utilizzo di attrezzature agricole nel settore agricoltura
- Report PP7 su elaborazione e analisi dati collettivi aggregati sanitari e di rischio lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria di cui all'art. 40 e all'Allegato 3B del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

PP08:

- PMP del rischio stress lavoro correlato nel comparto sanità
- PMP del rischio da sovraccarico biomeccanico - prevenzione patologie professionali muscoloscheletriche nel comparto trasporti e logistica
- PMP del rischio cancerogeno per esposizione professionale a polveri di legno duro
- Report PP8 su elaborazione e analisi dati collettivi aggregati sanitari e di rischio lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria di cui all'art. 40 e all'Allegato 3B del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

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

Nel 2024 e 2025, parallelamente alla vigilanza, verrà effettuata una valutazione dei risultati.

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

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

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

PP09: Ambiente, Clima e salute

Le azioni svolte nel 2022 hanno riguardato: Intervento di informazione e sensibilizzazione incentrato su Risparmio energetico; Risparmio e tutela dell'acqua; Mobilità sostenibile. Nell'anno 2022, l'intervento di informazione e sensibilizzazione è stato indirizzato a focalizzare l'attenzione sui comportamenti virtuosi che ogni cittadino può adottare nel proprio stile di vita in chiave ecosostenibile, nel rispetto dell'ambiente e per la tutela della salute propria e della collettività. Attraverso tale attività si intende far prendere consapevolezza dei comportamenti e abitudini del singolo finalizzati a ridurre ed ottimizzare i consumi energetici, la riduzione dei consumi d'acqua in ambito domestico, con particolare attenzione all'acqua per uso potabile, e sulle principali azioni da intraprendere per una mobilità sostenibile, volte alla mitigazione delle problematiche ambientali e di salute pubblica correlati al traffico veicolare in ambito urbano. Per l'anno 2022 il raggiungimento degli obiettivi è rappresentato dalla redazione dei seguenti documenti, condivisi dal Gruppo di Lavoro: • “Programma interventi informazione e sensibilizzazione - Azione Trasversale Comunicazione_PP9”; • “Documento completo su stili di vita ecosostenibili_2022”, contenente il materiale sugli stili di vita ecosostenibili sulle tematiche selezionate per il 2022 (Risparmio energetico; Risparmio e tutela dell'acqua come principale risorsa naturale; Mobilità sostenibile); • “Contenuti da pubblicare nel 2022 estratti dal documento completo”, resi più fruibili per i cittadini rispetto a quanto riportato nel documento completo. La pubblicazione e la divulgazione, tramite sito aziendale, del materiale selezionato, è stata eseguita in data 23/12/2022. Quanto appena descritto è fruibile all'indirizzo: <https://www.asl5oristano.it/ambiente-clima-e-salute-le-azioni-virtuose>.

Le attività svolte nel 2023 hanno riguardato: Azione 5/17: azione trasversale formazione. L'intervento formativo annuale, rivolto a operatori sanitari (con particolare riferimento a MMG e PLS) e dell'ARPAS su epidemiologia ambientale e tossicologia ambientale è in fase di progettazione e si svolgerà a dicembre 2023.

Azione 17/17: azione Equity costituita dall'azione trasversale "Intersettorialità" finalizzata alla riduzione del rischio radon nella popolazione delle aree prioritarie di cui al D.Lgs. 101/2020.

Su indicazione del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Cagliari, in qualità di capofila regionale in materia di salute e ambiente, per mezzo della S.C. Salute e Ambiente, si è provveduto a inviare la nota PG/2023/25671 del 19/06/2023 avente oggetto Formazione specialistica dei tecnici comunali delle aree prioritarie a rischio radon per diventare "esperti in interventi di risanamento radon" ai sensi del D. Lgs. 101/2020 e ss.mm.ii., indirizzata agli Uffici Tecnici dei Comuni operanti nelle aree prioritarie per rischio radon che per il territorio di competenza della ASL di Oristano sono i seguenti: Albagiara, Ales, Baradili, Baresa, Curcuris, Genoni, Gonnoscodina, Gonnosnò, Laconi, Mogorella, Neoneli, Nughedu Santa Vittoria, Nureci, Pompu, Santu Lussurgiu, Senis, Simala. Sempre su indicazione del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Cagliari, in qualità di capofila regionale in materia di salute e ambiente, si è provveduto a

individuare anche i nominativi degli operatori sanitari che si occupano di salute e ambiente e di sicurezza e salute negli ambienti di lavoro della ASL di Oristano, per la partecipazione al corso di formazione.

Nella data 30/06/2023 è stata comunicata l'adesione al corso di formazione da parte del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Oristano come da nota PG/2023/27575 ed è stata inviata la comunicazione di disponibilità finanziaria come da nota PG/2023/0027556 per l'attuazione dell'attività di formazione che dovrebbe avere inizio entro fine 2023, per la durata di 60 ore complessive, per la quale il Dipartimento di Prevenzione di Cagliari capofila ha preso contatti con esperti dell'Istituto Superiore di Sanità.

L'attività da svolgere nel 2024 sarà la seguente:

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

Nell'anno 2025 ci si occuperà:

- *azione trasversale comunicazione*: interventi di informazione e sensibilizzazione relativi alla riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute, con particolare attenzione ai rischi correlati agli eventi alluvionali e di dissesto idrogeologico causati dalle precipitazioni intense, e alle misure necessarie per la riduzione dell'esposizione ai rischi per la salute della popolazione correlati a tali eventi.
- *azione trasversale formazione*: formazione per gli operatori sanitari e dell'ARPAS su valutazione di impatto ambientale e sanitario.
- *azione equity*: comunicazione rivolta alla popolazione residente nei Comuni delle aree prioritarie a rischio radon (di cui all'art. 11 del D.Lgs. 101/2020), con priorità per quelli più deprivati.

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

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

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

Le azioni che si intendono sviluppare sono le seguenti:

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

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

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

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

Programma P12 "Promozione della salute materno infantile e riproduttiva"

Tutte le azioni previste per il 2023 nel programma PP 12 sono state realizzate.

Sono state consegnate delle locandine informative sulla prevenzione in gravidanza in tutte le scuole superiori della provincia di Oristano, ai medici di famiglia per la diffusione ai propri assistiti, alle farmacie, nei poliambulatori e nei laboratori e nel servizio di igiene pubblica.

Sono state contattate le famiglie dei bambini nati nel 2022 al compimento dei 1 anno di vita. I dati ottenuti sono stati poi inseriti nelle 2 schede: gravidanza e neonato.

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

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

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

Nel 2023 gli operatori dei consultori hanno partecipato agli eventi formativi sulla prevenzione degli incidenti domestici e automobilistici in età pediatrica.

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

PL13: Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologici

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

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

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

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

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

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

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

A questo scopo saranno utili le Centrali Operative Territoriali (COT) di prossima istituzione; strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e 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 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.

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.

Nei primi mesi di quest'anno è stato costituito un gruppo di lavoro supportato da un consulente esterno per la redazione del PDTA per il trattamento dei tumori alla mammella. Il progetto si concluderà nell'anno e permetterà di avere un PDTA calato sulla realtà aziendale. Altro fronte su cui si sta lavorando è quello della redazione del PDTA per la presa in carico del paziente affetto da carcinoma al colon retto. Anche in questo caso i professionisti delle strutture interessate predisporranno un percorso personalizzato sulla realtà locale.

Sempre 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 funzionerà a regime nel 2024.

Per il 2024 si pensa inoltre di proseguire con lo sviluppo e la raccolta/aggiornamento dei PDTA aziendali soprattutto per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche (Diabete, malattie croniche renali, cardiovascolari e respiratorie).

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.

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.

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.

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

Le problematiche principali per l'assistenza delle persone con disabilità, degli anziani e dei soggetti non autosufficienti, nascono dalle carenze e inadeguatezze delle strutture attualmente esistenti, in quanto mancano strutture intermedie di tipo residenziale e riabilitativo. 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 degli Ospedali di Comunità offrirebbero risposte territoriali ai bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani e/o fragili.

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

Le giornate di degenza nelle RSA durante il 2021 sono aumentate rispetto al dato del 2019 e continuano a registrare un dato in aumento anche nel 2022. Questo fenomeno è soprattutto evidente per le attività riferite ai malati ad alta intensità assistenziale, ai malati terminali e i ventilati. La scarsità di posti letto nel territorio regionale per la cura e l'assistenza di tali pazienti (posti letto per post acuzie e Ospedali di Comunità)

comporta un ricorso inappropriato su tale livello assistenziale e su altri livelli quali quello della riabilitazione globale e dei ricoveri ospedalieri per acuti. La programmazione dell'offerta di servizi di assistenza residenziale dovrebbe garantire livelli di fruibilità e disponibilità idonei rispetto ai bisogni reali di assistenza, valorizzando anche un criterio di prossimità dell'offerta.

RSA - ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE erogata dai centri privati

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2021		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2022	
	n. giornate	importo	n. giornate	importo	n. giornate	importo	n. giornate	importo
Profili dal 1 al 5	4.187	302.585	4.112	294.724	3.930	280.022	4.723	340.056
Profili dal 6 al 9	1.675	97.150	1.827	105.966	1.666	96.315	1.311	76.038
Terminali e altri ad alta intensità ass.le.	8.960	1.356.174	9.695	1.470.539	11.058	1.672.517	10.895	1.656.040
Terminali e altri ad alta intensità ass.le. Ventilati	2.648	578.979	1.906	425.475	2.218	496.755	3.004	675.900
Storno per ricovero	-153	-10.928	-71	-3.853	-60	-1.604	-120	-8.590
TOT	17.317	2.323.960	17.469	2.292.851	18.812	2.544.005	19.813	2.739.444

Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali 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 biennio 2021-2022 sono aumentate rispetto all'anno 2020. La presenza dell'Hospice nel Comune di Oristano costituisce un elemento qualificante per l'offerta assistenziale in tale ambito.

HOSPICE di Oristano

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2021		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2022	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
Terminali - Giornata di degenza - Cure palliative	96	28.800,00	1.934	538.800	2.626	692.400	2.240	671.582

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

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

COMUNITA' INTEGRATE (ex Case Protette)

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2021		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2022	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
Assistenza socio sanitaria comunità integrate	93.962	1.005.038	108.117	1.124.417	146.146	1.519.919	161.962	1.684.405

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, soprattutto sulle attività con profilo assistenziale basso.

CENTRI DIURNI INTEGRATI del privato accreditato

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2021		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASL5 2022	
	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo	prestazioni	importo
Profilo assistenziale basso	1.835	53.215	1.098	37.382	1.169	37.450	5.809	168.461
Profilo assistenziale alto	1.425	51.300	1.373	39.846	1.709	49.561	1.308	47.088
Storno per ricovero	0	0	-7	-126	0	0	0	0
TOT	3.260	104.515	2.464	77.102	2.878	87.011	7.117	215.549

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. 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 triennio 2020-21-22 una drastica riduzione rispetto all'anno 2019 (-40% circa). 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 (+122% nell'anno 2022 rispetto all'anno 2019), mentre non sono state erogate prestazioni a ciclo diurno.

RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal privato accreditato

	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASLS 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASLS 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASLS 2021		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASLS 2022	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Assistenza residenziale								
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.054	686.987	3.218	1.080.450	2.941	991.759	4.569	1.544.728
Riab. Glob. a ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.247	403.100	1.809	402.649	1.822	309.168	1.385	236.835
Riab. residenziale a valenza socio riabilitativa	4.208	253.861	4.207	254.103	3.700	223.480	3.139	189.596
TOT	8.509	1.343.948	9.234	1.737.202	8.463	1.524.407	9.093	1.971.159
Assistenza semi residenziale								
Riab. globale a ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	76	11.400	0	0	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità	281	20.654	39	2.866	0	0	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
TOT	365	32.854	39	2.866	0	0	0	0
Assistenza ambulatoriale								
Ambulatoriale intensiva	732	49.044	185	12.596	1.466	98.042	834	55.878
Ambulatoriale estensiva	13.801	653.292	11.323	520.858	13.784	634.064	13.194	606.924
Ambulatoriale mantenimento	933	32.655	618	21.630	1.697	59.395	367	12.845
TOT	15.466	734.991	12.126	555.084	16.947	791.501	14.395	675.647
Assistenza domiciliare								
Domiciliare estensiva	16.774	767.700	13.881	634.545	16.994	764.640	18.901	850.545
Domiciliare di mantenimento	5.795	220.514	4.369	166.022	6.209	235.942	4.191	159.258
TOT	22.569	988.214	18.250	800.567	23.203	1.000.582	23.092	1.009.803

RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal pubblico

Trattamenti adulti	INSERIMENTI AUTORIZZATI ASLS 2019		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASLS 2020		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASLS 2021		INSERIMENTI AUTORIZZATI ASLS 2022	
	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore	N.	Valore
Assistenza ambulatoriale								
Ambulatoriale estensiva	6.761	311.006	3.016	138.736	4.166	191.636	4.046	186.116
Ambulatoriale mantenimento	1.798	62.930	512	17.920	812	28.420	648	22.680
TOT	8.559	373.936	3.528	156.656	4.978	220.056	4.694	208.796
Assistenza domiciliare								
Domiciliare estensiva	2.326	104.670	1.062	47.790	1.269	57.105	1.709	76.905
Domiciliare di mantenimento	781	29.678	155	5.890	546	20.748	895	34.010
TOT	3.107	134.348	1.217	53.680	1.815	77.853	2.604	110.915
Trattamenti bambini								
Assistenza ambulatoriale estensiva	2.378	109.388	1.033	47.518	1.172	53.912	1.429	65.734
Assistenza domiciliare estensiva	412	18.540	258	11.610	243	10.935	298	13.410

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 (ADI), rivolte a persone di ogni età non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, tesa essenzialmente, attraverso trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana dei pazienti. Si erogano altresì le cure Palliative e le Cure Domiciliari Integrate di 3° livello in stretto collegamento e coordinamento con l'Hospice. Sono inoltre presenti le prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.

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

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

Rispetto all'anno 2019 i casi trattati in assistenza domiciliare nel triennio 2020-21-22 si sono ridotti con una flessione di circa il 30% nell'anno 2022.

CURE DOMICILIARI INTEGRATE	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	VARIAZIONI 2021-2019		Anno 2022	VARIAZIONI 2022-2021	
				valore assoluto	valore %		valore assoluto	valore %
Numero casi trattati	2.303	1.817	1.819	-484	-21%	1.576	-243	-13%
Numero di accessi dei MMG/PLS	24.581	17.046	16.793	-7.788	-32%	14.719	-2.074	-12%
Numero di ore di Assistenza infermieristica	42.224	39.710	41.580	-644	-2%	40.154	-1.426	-3%

Fonte: FLS21 anni 2019-2022.

L'assistenza specialistica ambulatoriale

Nel corso dell'anno 2022 non si è riusciti a colmare la differenza di prestazioni erogate in epoca pre-pandemica (2019), ciò è dovuto, nelle strutture pubbliche, sia al permanere delle agende che garantiscono ancora appuntamenti maggiormente scaglionati gli uni dagli altri e sia per la nota crisi nell'organico medico sia strutturato che convenzionato. Si nota inoltre una forte contrazione in alcune branche anche del privato accreditato.

Nella tabella che segue notiamo che le prestazioni erogate nel 2022 rispetto all'anno 2019 si sono ridotte del 14%, con una riduzione dell'attività del privato pari al 18% e del pubblico pari al 12%.

Una riduzione del 14% di per sé non presenterebbe un dato eccessivamente negativo se non fosse che la riduzione delle prestazioni ha riguardato tutte le branche tranne la neurologia, con punte di riduzione importanti.

Le maggiori riduzioni rispetto all'anno 2019, prossimi e superiori al 50%, si sono registrate nelle branche di Anestesia (-53%), Chirurgia Generale (-51%), Chirurgia Vascolare - Angiologia (-59%), Dermosifilopatia (-45%), Oculistica (-48%), Oncologia (-40%), otorinolaringoiatria (-58%), Pneumologia (-52%), Urologia (-68%).

Presentano punte elevate di riduzione le prestazioni offerte nelle branche di Endocrinologia (-85%), Odontostomatologia (-82%) e Psichiatria (-77%). Per alcune di queste branche la maggiore responsabilità nella riduzione dell'attività ha riguardato il privato accreditato (Chirurgia Generale -62%, Endocrinologia -96%, Otorinolaringoiatria -81% e Urologia -82%). In particolare la Casa di Cura Madonna del Rimedio ha quasi azzerato le prestazioni di Endocrinologia.

È lieve invece la riduzione delle prestazioni erogate nelle branche di Radiologia (-9%), Gastroenterologia (-7%), branche in cui si è investito molto sulla riduzione delle liste d'attesa mediante gli incentivi proposti anche a livello nazionale per il personale che garantiva prestazioni aggiuntive rispetto al normale orario di lavoro. È lieve anche la riduzione dell'attività del Laboratorio Analisi (-4%). In particolare si riscontra un incremento del valore delle prestazioni rese dal Privato Accreditato nelle prestazioni di diagnostica per immagini che denotano l'aumento di prestazioni rese soprattutto di TAC e Risonanza per cui il pubblico sconta ancora difficoltà nel reperire personale medico che possa consentire un incremento delle attività rivolte all'esterno.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione Strutture Pubbliche e Private Accreditate della ASL di Oristano anni 2019, 2022

Fonte: file C

Branca	2019				2022			
	Pubblico		Privato		Pubblico		Privato	
	Prestazio ni	Importo	Prestazio ni	Importo	Prestazio ni	Importo	Prestazio ni	Importo
ANESTESIA	3.331	78.556,78	0	0,00	1.577	42.812,92	0	0,00
CARDIOLOGIA	34.908	827.547,44	10.445	222.944,68	23.237	652.693,86	10.909	225.819,00
CHIRURGIA GENERALE	3.356	284.194,82	4.647	172.342,97	2.153	216.759,05	1.761	59.829,28
CHIRURGIA PLASTICA	2.338	33.123,84	0	0,00	2.077	24.277,84	0	0,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	2.965	96.322,46	0	0,00	1.220	42.389,97	0	0,00
DERMOSIFILOPATIA	1.364	16.008,22	1.255	22.079,36	366	3.605,69	1.084	18.099,65
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - MEDICINA NUCLEARE	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	53.062	2.278.661,95	23.332	1.241.701,07	46.813	1.906.578,00	22.598	2.545.118,97
ENDOCRINOLOGIA	2.083	48.880,57	15.398	142.911,25	1.975	47.817,20	562	39.286,34
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPI. DIGEST.	5.454	269.168,98	1.271	63.539,11	5.640	291.587,46	587	32.176,83
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	587.725	2.861.736,86	440.983	1.835.402,47	593.313	2.595.838,79	397.762	1.787.101,06
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	52.771	329.727,12	229.887	1.322.791,32	35.268	251.581,53	169.377	1.111.853,86
NEFROLOGIA	17.817	2.255.523,24	11.036	1.504.728,21	12.877	1.665.835,63	9.530	1.338.456,29
NEUROCHIRURGIA	3	546,58	0	0,00	14	467,07	0	0,00
NEUROLOGIA	5.407	95.008,79	398	7.726,68	6.569	138.365,18	0	0,00
OCULISTICA	19.373	230.764,00	5.878	1.807.905,90	9.337	118.386,79	3.845	2.090.531,91
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	6.757	116.159,91	0	0,00	1.205	22.973,35	0	0,00
ONCOLOGIA	1.412	18.447,34	0	0,00	854	11.546,36	0	0,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6.526	401.966,60	1.999	50.398,67	4.808	227.779,09	1.614	29.974,11
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7.423	120.257,80	0	0,00	5.618	84.936,93	0	0,00
OTORINOLARINGOIATRIA	5.086	45.300,69	638	11.653,24	2.269	22.225,79	120	2.452,80
PNEUMOLOGIA	10.109	211.085,31	0	0,00	4.855	126.264,00	0	0,00
PSICHIATRIA	5.395	75.630,94	0	0,00	1.074	21.505,03	188	2.153,44
RADIOTERAPIA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
UROLOGIA	2.414	119.001,75	4.225	227.411,60	1.334	101.038,48	769	124.651,86
ALTRO	138.071	2.786.456,89	9.412	317.252,48	97.923	2.598.026,45	3.758	148.208,70
TOTALE	975.150	13.600.079	760.804	8.950.789	862.376	11.215.292	624.464	9.555.714

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione Strutture Pubbliche e Private Accreditate della ASL di Oristano anni 2019, 2022 – Confronto periodi

Fonte: file C

Branca	2019		2022		Riduzione % 2019-2022	Riduzione % 2022-2019 Strutture Pubbliche	Riduzione % 2019-2022 Strutture Private
	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato			
ANESTESIA	3.331	0	1.577	0	-53%	-53%	
CARDIOLOGIA	34.908	10.445	23.237	10.909	-25%	-33%	4%
CHIRURGIA GENERALE	3.356	4.647	2.153	1.761	-51%	-36%	-62%
CHIRURGIA PLASTICA	2.338	0	2.077	0	-11%	-11%	
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	2.965	0	1.220	0	-59%	-59%	
DERMOSIFILOPATIA	1.364	1.255	366	1.084	-45%	-73%	-14%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - MEDICINA NUCLEARE	0	0	0	0			
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	53.062	23.332	46.813	22.598	-9%	-12%	-3%
ENDOCRINOLOGIA	2.083	15.398	1.975	562	-85%	-5%	-96%
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPI. DIGEST.	5.454	1.271	5.640	587	-7%	3%	-54%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	587.725	440.983	593.313	397.762	-4%	1%	-10%
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	52.771	229.887	35.268	169.377	-28%	-33%	-26%
NEFROLOGIA	17.817	11.036	12.877	9.530	-22%	-28%	-14%
NEUROCHIRURGIA	3	0	14	0			
NEUROLOGIA	5.407	398	6.569	0	13%	21%	-100%
OCULISTICA	19.373	5.878	9.337	3.845	-48%	-52%	-35%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	6.757	0	1.205	0	-82%	-82%	
ONCOLOGIA	1.412	0	854	0	-40%	-40%	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6.526	1.999	4.808	1.614	-25%	-26%	-19%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7.423	0	5.618	0	-24%	-24%	
OTORINOLARINGOIATRIA	5.086	638	2.269	120	-58%	-55%	-81%
PNEUMOLOGIA	10.109	0	4.855	0	-52%	-52%	
PSICHIATRIA	5.395	0	1.074	188	-77%	-80%	
RADIOTERAPIA	0	0	0	0			
UROLOGIA	2.414	4.225	1.334	769	-68%	-45%	-82%
ALTRO	138.071	9.412	97.923	3.758	-31%	-29%	-60%
TOTALE	975.150	760.804	862.376	624.464	-14%	-12%	-18%

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione Strutture Pubbliche e Private Accreditate della ASL di Oristano primi otto mesi 2023 e proiezione all'anno

Fonte: file C

Branca	Gen - Ago 2023		Proiezione anno 2023 rispetto al periodo Gen- Ago	
	N. Prestazioni	Importo	N. Prestazioni	Importo
ANESTESIA	823	27.957,66	1.235	41.936,49
CARDIOLOGIA	27.257	684.960,65	40.886	1.027.440,98
CHIRURGIA GENERALE	2.804	221.042,74	4.206	331.564,11
CHIRURGIA PLASTICA	1.361	14.805,88	2.042	22.208,82
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	869	30.149,12	1.304	45.223,68
DERMOSIFILOPATIA	1.474	22.572,96	2.211	33.859,44
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - MEDICINA NUCLEARE	0	0,00	0	0,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	46.119	2.864.306,02	69.179	4.296.459,03
ENDOCRINOLOGIA	1.786	57.650,94	2.679	86.476,41
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPIA DIGEST.	4.320	232.614,09	6.480	348.921,14
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	642.212	2.825.918,17	963.318	4.238.877,25
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIABILIT. ETC.	142.066	943.357,04	213.099	1.415.035,56
NEFROLOGIA	17.372	2.348.732,11	26.058	3.523.098,17
NEUROCHIRURGIA	38	382,66	57	573,99
NEUROLOGIA	5.638	122.924,45	8.457	184.386,68
OCULISTICA	10.258	1.600.583,41	15.387	2.400.875,11
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	1.393	27.812,83	2.090	41.719,25
ONCOLOGIA	641	10.565,59	962	15.848,39
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5.210	196.715,67	7.815	295.073,51
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.802	54.333,83	5.703	81.500,75
OTORINOLARINGOIATRIA	2.087	20.406,27	3.131	30.609,41
PNEUMOLOGIA	2.092	64.551,55	3.138	96.827,32
PSICHIATRIA	619	18.313,96	929	27.470,94
RADIOTERAPIA	4	3.259,17	6	4.888,76
UROLOGIA	1.857	269.477,11	2.786	404.215,67
ALTRO	74.791	2.033.159,32	112.187	3.049.738,98
TOTALE	996.893	14.696.553	1.495.340	22.044.829,80

Dall'analisi delle prestazioni erogate nei primi 8 mesi del 2023 pare proseguire la tendenza in diminuzione per le prestazioni nelle branche di Anestesia, Pneumologia e Psichiatria. Sempre nel 2023 si registra una tendenza in aumento del numero di prestazioni rispetto al 2022, per le branche di Cardiologia, Dermofisiopatologia e Ortopedia. Per queste branche si accorcia il divario con il 2019. Per le Branche di Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Endocrinologia, Oculistica, Odontostomatologia, Oncologia,

Otorinolaringoiatria e Urologia, pare invece che nonostante una tendenza in aumento delle prestazioni offerte non si riesca ad avvicinarsi ai valori registrati nel 2019.

L'offerta di prestazioni per i nostri residenti nell'anno 2022 è garantita per il 79% dai presidi pubblici e privati della ASL di Oristano (il 45% viene erogato dal pubblico e il 34% è erogato dal privato accreditato). Il 18% viene invece erogato da altre strutture infra-regione, soprattutto Brotzu, ASL di Cagliari e ASL di Nuoro, e per il restante 3% è erogato in mobilità passiva da altre Aziende extra Regione. La stessa analisi fatta sul valore della produzione rivela che il 35% del valore delle prestazioni erogate ai nostri residenti è da riconoscere come mobilità passiva infra regione mentre il 31% è da riconoscere al privato accreditato.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione per i residenti ASL5. Anni 2019 e 2022

Fonte: File C

	Prestazioni 2019	Valore 2019	Prestazioni 2022	Valore 2022	% prestazioni sul totale anno 2019	% prestazioni sul totale anno 2022
Pubblico ASL5	899.683	10.067.105	792.987	7.318.459	44%	45%
Privato ASL 5	724.459	7.992.205	586.285	7.688.577	36%	34%
Produzione TOTALE ASL 5 per i residenti	1.624.142	18.059.311	1.379.272	15.007.037	80%	79%
Produzione ASL 1	7.574	190.147	1.670	49.283	0%	0%
Produzione ASL 2	4.286	56.845	2.629	36.210	0%	0%
Produzione ASL 3	90.110	1.783.191	79.827	1.705.620	4%	5%
Produzione ASL 4	853	12.948	1.126	17.287	0%	0%
Produzione ASL 6	40.779	665.978	45.478	894.584	2%	3%
Produzione ASL 7	1.195	24.950	895	13.889	0%	0%
Produzione ASL 8	65.282	2.183.968	66.567	2.447.347	3%	4%
Produzione AOU Cagliari	40.716	501.582	34.595	447.208	2%	2%
Produzione AOU Sassari	14.847	289.590	1.711	11.875	1%	0%
Produzione A.R.N.A.S. Brotzu	92.382	2.607.079	87.459	2.962.713	5%	5%
Mater Olbia Hospital	159	4.992	2.672	263.678	0%	0%
Produzione TOTALE da altre ASL e Aziende infra regione	358.183	8.321.271	324.629	8.849.694	18%	18%
Produzione Extra-regione	46.883	1.335.121	48.312	1.331.251	2%	3%
TOTALE PRESTAZIONI PER RESIDENTI ASL 5	2.029.208	27.715.703	1.752.213	25.187.981	100%	100%

Di seguito si rappresenta il fabbisogno, dei nostri residenti, di prestazioni di specialistica ambulatoriale 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 ed extra-regionali, che erogano prestazioni per i nostri residenti.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione per i residenti ASL5 distinto per Azienda erogante e per branca. Anno 2022

Fonte dati: File C

Branca	N° prestazioni													% Prest. erogate da ASL5
	ASL1	ASL 2	ASL3	ASL4	ASL6	ASL 7	ASL8	ARNAS Brotzu	AOU Cagliari	AOU Sassari	Mater Olbia	Extra-regione	ASL5	
Anestesia	139	95	137	1	27	22	543	114	3	0	3	1.414	1.423	36%
Cardiologia	82	42	1.734	34	2.747	56	2.612	3.428	660	0	18	803	31.018	72%
Chirurgia Generale	11	12	448	10	98	7	54	240	94	0	35	137	3.327	74%
Chirurgia Plastica	0	0	198	1	60	0	78	124	6	0	16	92	1.974	77%
Chirurgia Vascolare - Angiologia	0	0	177	4	565	2	236	16	56	0	4	16	1.148	52%
Dermosifilopatia	0	0	724	0	89	7	185	406	162	0	11	137	1.366	44%
Diagnostica Per Immagini - Medicina Nucleare	0	0	0	0	0	0	0	885	178	0	0	129	0	0
Diagnostica Per Immagini - Radiol. Diagnostica	269	198	7.025	73	10.147	43	8.658	4.369	569	0	298	2.488	58.056	63%
Endocrinologia	0	4	247	1	173	0	202	44	55	0	12	143	2.284	72%
Gastroenterologia - Chir. Ed Endoscop. Digest.	25	10	270	16	820	13	629	454	273	0	67	300	4.511	61%
Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiol. Etc.	802	1.474	41.247	734	18.820	137	30.739	39.806	23.634	1.252	1.119	33.581	925.391	83%
Med. Fisica E Riabilit. - Recupero E Riab. Etc.	41	324	2.023	0	4.647	229	6.357	454	178	0	1	1.970	200.616	93%
Nefrologia	0	0	967	0	562	0	580	1.392	79	0	0	280	21.588	85%
Neurochirurgia	0	0	109	0	5	0	125	0	5	0	44	24	9	3%
Neurologia	1	29	592	74	395	1	2.398	732	305	0	34	404	4.948	50%
Oculistica	32	9	1.211	6	442	26	1.542	150	994	0	0	402	11.097	70%
Odontostomatologia - Chir. Maxillo Facciale	26	2	81	35	1.183	0	227	0	148	0	0	46	1.109	39%
Oncologia	0	15	792	0	21	13	352	27	49	0	17	483	767	30%
Ortopedia E Traumatologia	38	22	524	9	330	8	302	91	134	0	33	400	5.706	75%
Ostetricia E Ginecologia	0	49	626	1	295	2	2.227	110	566	0	48	302	5.053	54%
Otorinolaringoiatria	9	25	505	1	265	8	404	38	716	0	8	231	2.029	48%
Pneumologia	0	0	484	1	62	48	744	130	83	0	17	329	4.336	70%
Psichiatria	0	8	52	0	4	6	217	493	52	0	0	182	1.116	52%
Radioterapia	0	0	9.561	0	0	0	0	20.352	2	0	829	1.439	0	0
Urologia	0	6	85	3	85	3	282	65	3	0	2	61	1.805	75%
Altro	195	305	10.008	122	3.636	264	6.874	13.539	5.591	459	56	2.519	88.595	67%
TOTALE	1.670	2.629	79.827	1.126	45.478	895	66.567	87.459	34.595	1.711	2.672	48.312	1.379.272	79%

Sono erogate in buona parte da altre strutture extra ASL le prestazioni della branca di anestesia (64%), dermosifilopatia (56%), neurologia (50%), odontostomatologia (61%), oncologia (70%), otorinolaringoiatria (52%). Sono questi i fronti su cui agire prioritariamente per fornire ai nostri residenti la possibilità di ricevere cure nel proprio territorio.

Un aumento delle prestazioni da offrire non si concilia però con la disponibilità del personale dipendente ad effettuare prestazioni aggiuntive o a ricoprire incarichi o coprire ore vacanti nei poliambulatori da parte della medicina specialistica convenzionata; ciò è dovuto alla già citata grave carenza di personale medico sia ospedaliero che territoriale. I progetti di abbattimento delle liste d'attesa e i fondi di finanziamento a questi dedicati dal governo nazionale e quindi regionale, non hanno potuto purtroppo trovare riscontro se non in alcuni ambiti come la gastroenterologia e la radiologia che pure continuano a soddisfare solo il 60% delle esigenze dei nostri cittadini.

Appare chiaro che diventa difficile da parte del pubblico incrementare il numero di prestazioni tali da ridurre i tempi di attesa. Pertanto lo sforzo di recuperare quella fetta di attività erogata dalle altre ASL o Aziende del territorio regionale, per riportarle nei territori di prossimità dei nostri residenti, e al contempo ridurre i tempi di attesa per le prestazioni critiche, diventa immane senza un intervento della politica nazionale e regionale sul personale.

Di seguito si riportano i tempi medi di attesa (in giorni) delle prestazioni prenotate nella nostra Azienda con classe di priorità B (Breve), D (Differibile) e P (Programmabile), rilevate nella settimana indice del 3 - 7 luglio 2023. Si ricorda che i tempi massimi di attesa per la classe B è di 10 giorni, per la classe D è di 30 giorni per le prime visite specialistiche e 60 giorni per il primo esame di diagnostica strumentale, per la classe P è di 120 giorni.

La rilevazione dei Tempi medi di attesa delle prestazioni prenotate con classe di priorità B (Breve) non mostra problemi.

PROG R.	PRESTAZIONE	ASL 5 Classe B	ASL 5 Classe D	ASL 5 Classe P
1	VISITA CARDIOLOGICA	5	44	34
2	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE			
3	VISITA ENDOCRINOLOGICA	3	53	144
4	VISITA NEUROLOGICA	9	42	57
5	ESAME COMPLESSIVO OCCHIO (VISITA OCULISTICA)	7	80	45
6	VISITA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	5	61	71
7	VISITA GINECOLOGICA	5	25	40
8	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	8	108	126
9	VISITA UROLOGICA	6	103	4
10	VISITA DERMATOLOGICA	8	46	57
11	VISITA FISIATRICA	8	75	70
12	VISITA GASTROENTEROLOGICA			54
13	VISITA ONCOLOGICA	3		
14	VISITA PNEUMOLOGICA	7		
15	Mammografia bilaterale - (2 proiezioni)		107	139
16	Mammografia monolaterale - (2 proiezioni)			
17	Tomografia computerizzata (tc) del torace	3	4	42
18	Tomografia computerizzata (tc) del torace, senza e con contrasto			14
19	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome superiore			
20	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome superiore, senza e con contrasto			
21	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome inferiore			
22	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome inferiore, senza e con contrasto			
23	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome completo	4		2
24	Tomografia computerizzata (tc) dell' addome completo, senza e con contrasto			12
25	Tomografia computerizzata (tc) del capo	4	5	6
26	Tomografia computerizzata (tc) del capo, senza e con contrasto			
27	Tomografia computerizzata (tc) del rachide		71	7
30	Tomografia computerizzata (tc) del rachide senza e con contrasto			
33	Tomografia computerizzata (tc) del bacino e articolazioni sacro-iliache			15
34	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico			
35	Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto			
36	Risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico			
37	Risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico, senza e con contrasto			
38	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna			
39	Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna, senza e con contrasto			
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	5	43	66
41	Ecocolordopplergrafia cardiaca			
42	Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici	10	58	114
43	Ecografia dell' addome superiore	1	14	12
44	Ecografia dell' addome inferiore		12	52
45	Ecografia addome completo	7	18	15
46	Ecografia della mammella - bilaterale	3	7	19
47	Ecografia della mammella - monolaterale	6		
48	Ecografia ostetrica			

49	Ecografia ginecologica		2	36
50	Eco(color)dopplergrafia degli arti sup. o inf. o distrettuale, arteriosa o venosa	9	87	84
51	Colonscopia con endoscopio flessibile	5		21
52	Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso			
53	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile - endoscopia del colon discendente			
54	Esofagogastroduodenoscopia [egd] - endoscopia dell' intestino tenue		6	
55	Esofagogastroduodenoscopia [egd] con biopsia - biopsia di una o piu sedi di esofago, stomaco e duodeno			357
56	Elettrocardiogramma	5	35	33
57	Elettrocardiogramma dinamico - dispositivi analogici (holter)		163	157
58	Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile			
59	Altri test cardiovascolari da sforzo - test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo			
60	Esame audiometrico tonale	2	122	91
61	Spirometria semplice			
62	Spirometria globale			
63	Fotografia del fundus - per occhio			
64	Elettromiografia semplice [emg] - analisi qualitativa o quantitativa per muscolo			

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

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

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

- Componente 1 "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale; a sua volta distinta sui seguenti investimenti
 - 1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona;
 - 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina;
 - 1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI);
 - 1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
 - 1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici;
 - 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

- Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale"
 - 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature);
 - 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile.

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

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

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

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

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

Gran parte degli investimenti sono evidentemente rivolti al potenziamento dell'assistenza territoriale coerentemente con quanto contenuto nel progetto di riforma sanitaria regionale che ha delineato il nuovo modello organizzativo territoriale regionale.

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

Missione 6 – Componente 1

1.1 Case della Comunità

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

1.2.2 Centrali operative territoriali COT

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

1.3 Ospedali di Comunità

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

Missione 6 Componente 2

1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiature sanitarie

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

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

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

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

Per la Provincia di Oristano è prevista l'attivazione di 2 COT, anche grazie alle risorse nazionali e regionali dedicate (investimento 1.2 del PNRR missione 6 componente 1); una nel comune di Oristano e una nel comune di Ghilarza. È prevista inoltre una ulteriore COT nel comune di Ales (finanziamenti FESR).

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

La Centrale operativa territoriale di Ghilarza sarà ubicata presso l'ospedale Delogu di Ghilarza. I lavori sono iniziati nel 2023 e proseguiranno nell'anno con l'ultimazione dei lavori prevista per il mese di dicembre (termine ultimo marzo 2024). Le attrezzature saranno fornite nel 2024. L'intera operazione si concluderà con la chiusura delle operazioni e la piena funzionalità del servizio nell'anno 2024.

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

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

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

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

- appropriatezza delle prestazioni attraverso percorsi diagnostici-terapeutici e assistenziali, presa in carico globale e orientamento di pazienti e famiglie;
- riconoscibilità e accessibilità dei servizi;
- unitarietà e integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- semplificazione nell'accesso ai servizi integrati.

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

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

La ASL di Oristano ha già portato avanti negli anni un progetto di sviluppo delle attività tipiche di una Casa della Comunità, nella Casa della Salute attivata a Bosa. Tale progetto prevedeva la creazione di un ambulatorio integrato dove lavorano, fianco a fianco, medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, medici di continuità assistenziale (guardie mediche). Collocato al piano terra dell'Ospedale Mastino, ha lo

scopo di realizzare una sorta di “filiera della salute” a cui il paziente può rivolgersi per le più diverse necessità, dalla visita generica all'esame specialistico. Il progetto prevede l'attivazione di un modello di integrazione ospedale-territorio teso a integrare fortemente i servizi sanitari del territorio e quelli ospedalieri, al fine di rispondere, in maniera ottimale e appropriata, alla domanda di salute dei cittadini.

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

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

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

- Oristano
- Tramatza
- Samugheo
- Ghilarza
- Santulussurgiu

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

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

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

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

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

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

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

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

Con la Deliberazione RAS n. 57/14 del 18.11.2020⁴ di adozione⁵, del Piano di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale e di recepimento delle "Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità ex L. 17 luglio 2020 n. 77", viene introdotta la figura dell'Infermiere di famiglia o di comunità in Sardegna. In tale documento, ove si delineano orientamenti organizzativi e formativi, la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità sono "ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio".

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

Il DM 77 del 23/05/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo

⁴ "Recepimento dei piani di riorganizzazione della rete territoriale e ospedaliera in emergenza Covid-19, ai sensi dell'art. 1 e 2 Decreto Legge 19 maggio 2020, n.34, nel Programma operativo regionale adottato ai sensi dell'art. 18, comma 1, Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18"

⁵ ai sensi dell'art. 1 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34

dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, nel confermare l'importanza della figura ne definisce lo standard nella misura di 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Precisa, inoltre, che tale standard sia da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

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

Tale figura afferisce al distretto sanitario e si inserisce nell'organizzazione territoriale aziendale, all'interno delle Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità e Unità di Continuità Assistenziale per divenire punto riferimento per la popolazione assistita finalizzato ad incrementare la presa in carico e la gestione proattiva dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbidity, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali. Tutto ciò in risposta ai bisogni di salute che si stanno delineando nel nostro territorio in virtù dei cambiamenti sociodemografici: incremento di persone con almeno una patologia cronica o di condizioni di co-morbidity in particolare in soggetti over settantacinquenni, progressiva semplificazione della dimensione e composizione delle famiglie con una sempre più crescente fetta della popolazione over sessantacinquenni che vivono sole. Tali caratteristiche richiedono un modello assistenziale orientato verso un'offerta territoriale, sostanzialmente differente da quello centrato sull'ospedale, e che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona. L'assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per l'attività di prevenzione e promozione della salute e di percorsi di presa in carico delle persone affette da cronicità per rispondere alle esigenze dettate dal Piano Nazionale della Cronicità e dal Piano Nazionale della Prevenzione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per il territorio provinciale di Oristano è stata prevista l'attivazione di due Ospedali di Comunità uno a Bosa e uno a Ghilarza da finanziare con i fondi del PNRR (missione 6 componente 1 investimento 1.3), Ospedali previsti anche nella Rete Ospedaliera adottata dalla Giunta Regionale (delibera n. 6/15 del 02.02.2016) e approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Principali problematiche motivo di ricovero sono state:

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

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

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

Inoltre, dal domicilio, vengono richiesti accessi per:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quello della telegestione nella diagnostica per immagini è il primo passo compiuto verso la telemedicina: la procedura recentemente approvata farà da apripista ad altri ambiti, come la cardiologia o la diabetologia per i quali si provvederà ad attivare specifici progetti nel 2024. Altri ambiti di applicazione della teleradiologia, sono il teleconsulto e la teleconsulenza. Il primo permette a più medici, fisicamente distanti, di comunicare tra loro attraverso un network informatico per definire la diagnosi di un caso e programmare la terapia. La seconda è invece una prestazione professionale richiesta da un medico per avere un parere qualificato su un caso di particolare rilevanza o di difficile diagnosi. Questi strumenti si potranno rivelare utili nella gestione del paziente cronico ricoverato presso l'Ospeale di Comunità.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il percorso tipo del paziente è il seguente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Rete è composta da differenti modalità assistenziali

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

L'inizio delle attività di Cure Domiciliari Palliative è avvenuto nel giugno 2015 nel Distretto di Oristano con la presa in carico del primo paziente e con la riunione della prima equipe di cure palliative. Si è poi proseguito con le attività anche nei Distretti di Ales-Terralba e Bosa-Ghilarza. L'equipe di Cure Palliative (organizzazione

funzionale dei tre Distretti sociosanitari, nell'ambito della Unità Operativa Cure Domiciliari Integrate del Distretto sociosanitario), adeguatamente formata, si ispira al principio della presa in carico globale della persona portatrice di bisogni sociosanitari complessi e presuppone un passaggio dalla visione specialistica alla visione olistica della persona nelle sue diverse dimensioni e funzioni, per passare dal concetto di cura della malattia a quello del "prendersi cura", nel senso di farsi carico dell'assistito nella sua unitarietà e globalità.

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

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

La struttura è stata realizzata dal Comune di Oristano nella città capoluogo con fondi comunali su un terreno di proprietà della ASL di Oristano. Per il funzionamento della struttura, che può ospitare 8 pazienti, è indispensabile prevedere una dotazione organica minima, nel rispetto degli standard organizzativi per l'accreditamento, composta da 3 medici, 10 infermieri, 6 OSS, oltre alla presenza di altre figure necessarie al funzionamento del servizio che potrebbero essere garantite mediante l'impiego di progetti specifici dedicati.

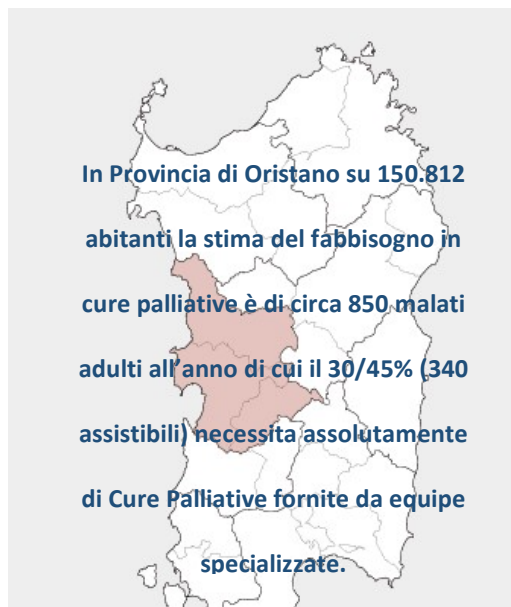
Nel periodo di emergenza legata alla pandemia le attività riferibili alle cure domiciliari e palliative, non si sono mai interrotte anche se hanno subito una drastica riduzione in termini di risorse umane dedicate e quindi di attività, problemi che non accennano a risolversi a causa della ancora marcata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

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

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

L'Asl di Oristano, intende in quest'ottica ampliare e valorizzare l'esperienza sulle cure palliative che era presente in passato e che è oggi presente grazie all'esperienza portata avanti in questi anni dall'Hospice. Il progetto prevede la definizione di un modello di Rete locale di Cure Palliative coerente con le leggi regionali, con le conferenze stato-regioni e con i modelli e standard indicati dai DM 71 e 77 del 2022. Tali normative sanciscono che ogni Azienda Sanitaria possa istituire la propria rete locale delle cure palliative e che sia strutturata all'interno dei servizi territoriali distrettuali ed ospedalieri con interazioni e azioni trasversali ai

distretti e compenetrazioni ospedaliere, domiciliari, residenziali e attività di ricovero e cura in struttura (Hospice).



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

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

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

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

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

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

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

Nell'**Ambulatorio** di Cure Palliative

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

UOC di Cure Palliative ASL 5



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Negli anni si è lavorato nel presidiare i tre fronti sotto elencati utili ad un governo della domanda:

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

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

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

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

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

L'anno 2020 è stato segnato profondamente dall'emergenza SARS-CoV-2, che ha sottoposto il sistema sanitario a episodi di grande stress nell'affrontare momenti di emergenza spesso diversi.

Questo fenomeno unitamente alla grave carenza di medici da reclutare per far fronte alla riduzione del personale presente nei reparti a seguito di pensionamento, hanno comportato una riduzione e un rallentamento delle attività di ricovero nel biennio 2020-2021 che prosegue anche nel 2022.

Dalle tabelle che seguono si può notare la notevole riduzione dell'attività di ricovero dell'anno 2022 rispetto al periodo pre-covid. La produzione in valore assoluto dei ricoveri pubblici diminuisce nell'anno 2022 del 31% rispetto all'anno 2019, ma la riduzione maggiore ha riguardato i presidi di Bosa e Ghilarza; l'attività nel PO San Martino si riduce del 19%. Si registra inoltre una riduzione dei ricoveri della Casa di Cura privata accreditata Madonna del Rimedio di Oristano (-25%).

Ricoveri - Produzione ASL 5 anni 2019-2021 e 2022

Fonte: file A

Presidio	2019			2021			2022			Diff. % 2022- 2019
	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	
San Martino Oristano	10.507	2.286	8.221	8.264	1.487	6.777	8.552	1.527	7.025	-19%
Mastino Bosa	1.465	344	1.121	382	0	382	567	173	394	-61%
Delogu Ghilarza	1.380	405	975	189	20	169	123	38	85	-91%
Presidi Pubblici ASL Oristano	13.352	3.035	10.317	8.835	1.507	7.328	9.242	1.738	7.504	-31%
Casa di Cura Oristano	3.819	2.281	1.538	3.311	1.173	2.138	2.850	1.099	1.751	-25%
TOTALE ASL Oristano	17.171	5.316	11.855	12.146	2.680	9.466	12.092	2.837	9.255	-30%

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

Ricoveri - Produzione ASL 5 anni 2019-2021 e 2022

Fonte: file A

Presidio	2019			2021			2022			Diff. % 2022-2019
San Martino Oristano	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	
Cardiologia	935	226	709	761	195	566	783	209	574	-16%
Chirurgia	1.062	208	854	903	59	844	1.026	72	954	-3%
Chirurgia Week Surgery	155	42	113	0	0	0	0	0	0	-100%
Ematologia	335	330	5	179	179	0	201	201	0	-40%
Endoscopia Digestiva	64	0	64	85	0	85	83	0	83	30%
Ginecologia	1.440	416	1.024	951	207	744	894	210	684	-38%
Medicina	2.791	48	2.743	2.359	15	2.344	2.474	8	2.466	-11%
Medicina Covid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Microcitemia	95	95	0	77	77	0	81	81	0	-15%
Nefrologia	98	0	98	119	119	0	1	0	1	-99%
Nefrologia DH	26	26	0	1	0	1	110	110	0	323%
Neuroriabilitazione	100	49	51	103	45	58	71	25	46	-29%
Nido	430	0	430	369	0	369	340	0	340	-21%
Oncologia	534	533	1	497	497	0	519	519	0	-3%
Ortopedia	969	230	739	689	41	648	604	21	583	-38%
Patologia Neonatale	170	0	170	131	0	131	96	0	96	-44%
Pediatria	419	26	393	258	22	236	385	28	357	-8%
Psichiatria	306	3	303	263	4	259	309	5	304	1%
Rianimazione	79	21	58	78	3	75	74	2	72	-6%
Urologia	440	33	407	335	24	311	398	36	362	-10%
Utic	59	0	59	106	0	106	103	0	103	75%

Presidio	2019			2021			2022			Diff. % 2022-2019
Delogu Ghilarza	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	
Chirurgia	256	256	0	0	0	0	19	19	0	-93%
Medicina Covid	0	0	0	54	0	54	65	0	65	
Medicina	1.043	68	975	135	0	115	21	1	20	-98%
Ortopedia	41	41	0	0	0	0	0	0	0	-100%
Urologia	40	40	0	0	0	0	18	18	0	-55%

Presidio	2019			2021			2022			Diff. % 2022-2019
Mastino Bosa	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	
Chirurgia	500	291	209	0	0	0	168	167	1	-66%
Medicina Covid	0	0	0	16	0	16	5	0	5	
Medicina	912	0	912	366	0	366	393	5	388	-57%
Ortopedia	53	53	0	0	0	0	1	1	0	-98%

Presidio	2019			2021			2022			Diff. % 2022-2019
	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	Totale dimessi	DH	Ordinari	
Casa di Cura Madonna del Rimedio Oristano										
Cardiologia	60	0	60	0	0	0	34	1	33	-43%
Chirurgia	1.367	1.015	352	1.149	744	405	1.147	753	394	-16%
Lungodegenza	34	0	34	9	0	9	4	0	4	-88%
Medicina	618	73	545	565	109	456	395	100	295	-36%
Neurologia	85	33	52	51	18	33	18	10	8	-79%
Oculistica	1.001	957	44	253	133	120	120	34	86	-88%
Ortopedia	0	0	0	523	40	483	448	62	386	
Otorinolaringoiatria	195	50	145	0	0	0	0	0	0	-100%
Riabilitazione	60	0	60	395	0	395	300	0	300	400%
Urologia	399	153	246	366	129	237	384	139	245	-4%

Di seguito alcuni dei principali indicatori di attività.

Indicatori Ricovero Ospedaliero San Martino - Oristano anni 2019-2020-2021-2022 (fonte: ABACO)

Presidio	Denominazione indicatore	2019	2020	2021	2022	Delta (2021-2020)	Delta (2022-2021)
San Martino - Oristano	Occupazione PL DH	143,02%	146,10%	138,80%	117,30%	-7,30%	-21,50%
	Occupazione PL RO	79,38%	61,90%	64,30%	60,70%	2,40%	-3,60%
	RO - Turn Over	1,86	4,14	3,77	4,48	-0,37	0,71
	RO - Indice di rotazione	40,5	33,68	34,49	32,08	0,81	-2,41
	RO - Degenza media	7,15	7,73	7,71	7,5	-0,02	-0,21
	RO - Giorni Degenza Media Preoperatoria		2	2,38	1,64	0,38	-0,74
	Peso Medio RO	1,39	1,08	1,17	1,17	0,09	0,00
	Peso Medio DH	1,2	0,89	1,02	0,82	0,13	-0,20
	Dimessi vivi 0-2 giorni (RO) (riduzione ricoveri evitabili)	1.448	1.083	1.084	2.136	1	1052,00
	% DRG dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	49,30%	48,30%	46,50%	36,40%	-1,80%	-10,10%
	% ricoveri urgenti brevi (riduzione ricoveri evitabili)	5,40%	5,90%	5,00%	6,40%	-0,90%	1,40%
	% ricoveri DH medici con finalità diagnostica (riduzione ricoveri evitabili)	11,70%	13,80%	12,40%	7,27%	-1,40%	-5,13%
	% DRG LEA (all. B.P.S.) non appropriati	10,00%	8,40%	8,20%	11,40%	-0,20%	3,20%
	% DRG Chirurgici in DH	42,10%	32,90%	32,50%	51,50%	0,40%	19,00%

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

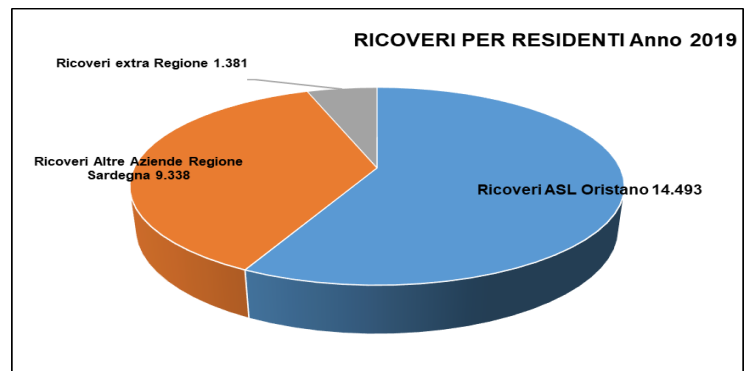
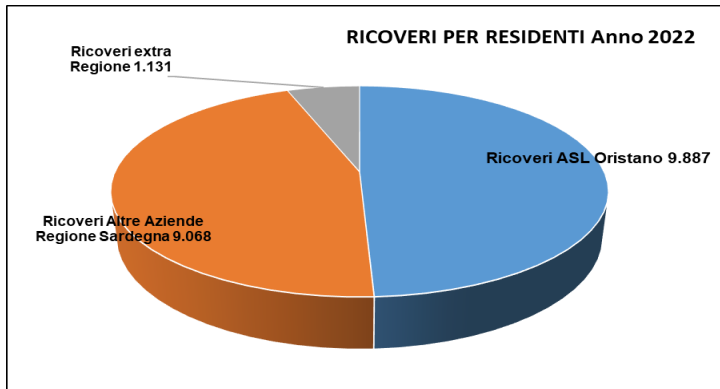
AREA CLINICA	INDICATORE	2017 fonte PNE			2018 fonte: 360-3M	2019 fonte: 360-3M	2020 fonte: 360-3M	2021 fonte: 360-3M	2022 fonte: 360-3M
		tasso grezzo	% ADJ	% Italia	tasso grezzo	tasso grezzo	tasso grezzo	tasso grezzo	tasso grezzo
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	93,33	87,75	75,61	94,93	93,33	70,91	66,29	91,86
GRAVIDANZA E PARTO	% parti con taglio cesareo	27	23,57	23,36	21,19	27	24	21	17,51
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	73,02	80,67	64,74	79,92	73,02	52,26	29,59	25,26
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	44,90	59,55	46,27	47,83	44,90	31,72	28,77	30,89

Nella tabella successiva è rappresentato il confronto, per gli anni 2019-2022, dei ricoveri fatti per i nostri residenti sia dai presidi pubblici e privati accreditati della ASL di Oristano che da altre Aziende regionali e extra regionali.

Ricoveri per i residenti della ASL 5 anni 2019, 2022

Fonte: file A

	2019				2022			
	Totale dimessi	Totale Valore	Dimessi DH	Dimessi Ordinari	Totale dimessi	Totale Valore	Dimessi DH	Dimessi Ordinari
Pubblico ASL5	11.358	34.643.100	2.491	8.867	8.050	28.454.429	1.436	6.614
Privato ASL 5	3.135	6.351.267	1.796	1.339	1.837	4.762.319	814	1.023
Produzione TOTALE ASL 5	14.493	40.994.367	4.287	10.206	9.887	33.216.748	2.250	7.637
Ricoveri ASL1	121	254.277	47	74	124	325.634	24	100
Ricoveri ASL2	68	128.592	16	52	140	519.385	6	134
Ricoveri ASL3	1.404	5.364.952	340	1.064	939	3.347.593	243	696
Ricoveri ASL4	29	69.057	15	14	64	200.029	23	41
Ricoveri ASL6	690	1.749.344	149	541	760	2.067.928	217	543
Ricoveri ASL7	48	94.257	14	34	59	205.178	15	44
Ricoveri ASL8	2.470	7.062.554	996	1.474	2.971	8.476.513	1.470	1.501
Ricoveri AOU Sassari	859	3.390.719	287	572	1.022	3.933.051	456	566
Ricoveri AOU Cagliari	1.250	3.617.444	500	750	938	2.963.006	368	570
Ricoveri Azienda Brotzu	2.399	9.023.438	1.159	1.240	2.051	8.376.675	762	1.289
Produzione TOTALE infra regione	9.338	30.754.636	3.523	5.815	9.068	30.414.991	3.584	5.484
Produzione extra regione	1.381	6.365.102	354	1.027	1.131	5.649.645	287	844
% Ricoveri di altre Aziende per nostri residenti	43%	48%			51%	52%		
TOTALE RICOVERI PER RESIDENTI ASL 5	25.212	78.114.104	8.164	17.048	20.086	69.281.384	6.121	13.965



Prima dell'evento pandemico il 37% dei residenti nella provincia di Oristano si rivolgeva a strutture ospedaliere di altre ASL o Aziende del Sistema Sanitario Regionale. La percentuale sale al 45% nel 2022 mentre rimane pressoché invariato il valore della mobilità passiva extra-regione. Nel 2022, rispetto alle 9.068 prestazioni erogate ai nostri residenti dalle altre aziende regionali, il 66% dei pazienti ha scelto di rivolgersi alle aziende dislocate nella città metropolitana di Cagliari (ASL di Cagliari 33%, Brotzu 23% e Azienda Ospedaliero Universitaria 10%).

MDC (Major Diagnostic Category) - Numero di prestazioni per i Residenti della ASL di Oristano erogate dalle aziende sanitarie regionali - anno 2022

MDC	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL6	ASL7	ASL8	AOU Sassari	AOU Cagliari	Azienda Brotzu	Mater Olbia Hospital	ASL5
MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	3		89	3	13		296	98	32	220	13	449
MALATTIE E DISTURBI DELL'OCCHIO	1		8			10	11	297	109	184		52
MALATTIE E DISTURBI DELL'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	15		46	1		2	134	53	78	57	5	28
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	11	1	62	5	43	6	129	37	21	112	2	1.043
MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	1	6	117	5	124	8	61	119	69	267		1.068
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	21		29	6	52	1	146	35	101	113	10	1.242
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO EPATOBILIARE E DEL PANCREAS	7		13	3	20		37	25	50	43	5	475
MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETICO E TESSUTO CONNETTIVO	23	7	35	19	76	15	1.073	124	69	71	26	914
MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO E DELLA MAMMELLA	2	1	56		7		75	43	57	62	11	405
MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	7		18	8	9	1	39	5	33	39	13	299
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO URINARIO	3		49	1	33	2	55	36	2	88	1	659
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO GENITALE MASCHILE	1		5	3	13		54	19		44		204
MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE	7	2	61		134		195	5	60	90	15	186
GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	7	5	84	1	88	3	83	22	66	38		608
NEONATI	3	1	54		57	1	41	12	50	26		395
MALATTIE DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	1		27		12		102	10	5	39		307
NEOPLASIE EMATOLOGICHE E SOLIDE		3	135		54	2	175	45	66	364	1	589
MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMATICHE)	7	1	25	2	12		57	15	12	26	2	440
MALATTIE E DISTURBI PSICHICI	2	1	4		1	8	87	6		4		240
USO DI ALCOOL E DROGHE E DISTURBI PSICHICI INDOTTI DA ALCOOL E DROGHE		1					2	1				12
TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DI FARMACI	2		7	1	1		5	1	1	13		40
USTIONI			1					4		1		
FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE E ALTRO RICORSO A SERVIZI SANITARI		1	6	6	6		51	8	39	119	6	175
TRAUMI MULTIPI SIGNIFICATIVI			1					2		7		25
INFEZIONI DA HIV							40	1	11			1
DRG ERRATE E ALTRI DRG												
NON ATTRIBIBILE AD ALTRO DRG			6		5		3			7	1	18
PRE-MDC			6				14	8	9	23		13
	124	30	944	64	760	59	2.965	1.031	940	2.057	111	9.887

Rispetto ai gruppi di diagnosi principali sopra rappresentati possiamo notare come nell'anno 2022 le criticità si riferiscono alle malattie e disturbi del sistema nervoso, malattie e disturbi dell'occhio, malattie e disturbi dell'orecchio, naso, bocca e gola, malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo, malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile, neoplasie ematologiche e solide. Per questi gruppi di diagnosi si registrano elevati indici di fuga rispetto al fabbisogno.

L'attuale situazione di carenza del personale sanitario soprattutto medico non permette di offrire una quantità di prestazioni adeguate rispetto alle esigenze della popolazione. Si conferma pertanto la necessità di intervenire con azioni di potenziamento della dotazione organica soprattutto del Pronto soccorso, Anestesia e Rianimazione, Medicina Interna, Emodinamica, Radiologia, Nefrologia, Ortopedia.

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

rispetto al dato nazionale mentre il dato della provincia di Oristano mostra valori quasi sempre inferiori alla media nazionale e sempre al di sotto della media regionale.

Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali

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

Fonte: Rapporto SDO 2019 Ministero della Salute

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

Fonte: elaborazioni su file A

Le azioni di questa azienda, descritte nei paragrafi precedenti, programmate sul fronte dell'assistenza territoriale per la presa in carico dei pazienti cronici (attività di prevenzione, diagnosi precoce, presa in carico e assistenza sul territorio), potrebbero mitigare questo fenomeno a vantaggio di una più corretta allocazione delle risorse e di una più adeguata assistenza del paziente.

I dati che seguono, sugli accessi al pronto soccorso nel periodo 2019-2022, illustrano come nell'ultimo triennio in esame si assista ad un progressivo riallineamento dell'accesso al pronto soccorso per i codici rossi, gialli e verdi rispetto all'anno 2019 di pre-pandemia. Si rileva invece positivamente il dato di un minor ricorso al pronto soccorso per i codici bianchi.

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

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

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

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO anno 2022	DEA - PS San Martino	PS Delogu	PS Mastino	PS pediatrico	PS ginecologico	Totale
Codice Nero: decesso - il paziente non è rianimabile	5		1			6
Codice Rosso: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure	785	6	26	2	1	820
Codice Giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	8.824	118	564	238	233	9.977
Codice Verde: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili	12.746	2.532	3.319	2.745	846	22.188
Codice Bianco: non critico, pazienti non urgenti	667	471	272	52	30	1.492
Totale	23.027	3.127	4.182	3.037	1.110	34.483

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Di seguito si illustrano gli interventi programmati relativamente alla Missione 6 Componente 2:

1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiature sanitarie

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

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

Parte III - La Programmazione economica-patrimoniale

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