

allegato alla Delibera Commissario Straordinario ASL Lanusei n. 92 del 01.04.2015

PIANO DI RIORGANIZZAZIONE E RIQUALIFICAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

SECONDO LE PREVISIONI DELLA L.R. N. 23/2014, COME ULTERIORMENTE SPECIFICATO DALLA DELIB.G.R. N. 1/14 DEL 13.1.2015.

Indice:

- 1. SITUAZIONE DEMOGRAFICA E VIARIA**
- 2. CRITICITÀ NELLA EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)**
- 3. OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO NELLA EROGAZIONE DEI LEA;**
- 4. RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI - AZIONI POSTE IN ESSERE.**
- 5. RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI – AZIONI PROPOSTE**
 - 5.1 PREVENZIONE**
 - 5.2 SALUTE MENTALE E DIPENDENZE**
 - 5.3 CURE PRIMARIE**
 - 5.5 CURE INTERMEDIE**
 - 5.5 CURE OSPEDALIERE**
 - 5.6 EMERGENZA URGENZA.**
- 6. CONCLUSIONI**

1. SITUAZIONE DEMOGRAFICA E VIARIA.

Con una popolazione pari a 57.699 abitanti (demo ISTAT, 1° gennaio 2014, ultimo dato disponibile alla data della stesura del documento) corrispondente al 3,5% della popolazione sarda (pari a 1.663.859 abitanti) ed una densità di 31 abitanti per Km² (contro i 69 del dato regionale), l'Ogliastra si pone come l'area a più bassa antropizzazione della Sardegna. Negli ultimi 15 anni la popolazione ogliastrina è tendenzialmente stabile (57.980 abitanti nel censimento del 2001). L'Ogliastra è nota per essere la terra dei centenari, tra l'altro essendo residente a Perdasdefogu la famiglia Melis, la più anziana al mondo: 837 anni tra 9 fratelli e sorelle. La proporzione di grandi anziani (85 anni ed oltre) è la più elevata della Sardegna per il genere maschile (2,4% seguita dall'Oristanese al 2,3%, verso una media sarda dell'1,9%) ed insieme all'Oristanese mantiene la proporzione maggiore per entrambi i generi (3,3% Ogliastra e 3,4% Oristano, 2,8% Sardegna).

All'interno della provincia vi sono forti disomogeneità demografiche, essendo il territorio ripartito in due aree principali: quella costiera e quella interna montana. Infatti, se si considerano solo i comuni costieri, l'indice di densità demografica sale a 50 abitanti / Km²: a fronte di un territorio pari al 30% dell'intera provincia nei comuni costieri risiede il 50% della popolazione. Il saldo naturale di popolazione, unito ai flussi migratori mostra un trend verso lo spopolamento delle zone interne, a favore delle zone costiere. La provincia, e le zone costiere in particolare, vivono un aumento importante della popolazione nei mesi da giugno a settembre, grazie al turismo (nel 2012, 904.710 presenze, vd. *sintesi statistiche sul turismo, Estratto di Sardegna in cifre, 2014*).

Peculiarità unica dell'Ogliastra è l'isolamento determinato dalla carenza dei collegamenti interni (strade a doppia corsia assenti, come i treni ordinari) e della distanza dai principali punti di accesso all'Isola (porti e aeroporti distano dalle città ogliastrine più che da qualsiasi altro punto dell'Isola). Tale situazione ha rappresentato un freno allo sviluppo del territorio, ma ha preservato l'ambiente e oggi può essere un punto di forza sia nel campo del economico (Turismo) che in quello scientifico (con la nascita dei parchi genetici).

Sotto l'aspetto della erogazione dei servizi, questi sono gli aspetti più rilevanti da tenere in considerazione onde garantire equità nei livelli essenziali di assistenza (LEA) al cittadino Ogliastrino in misura analoga a quanto garantito nelle aree metropolitane più importanti (Cagliari e Sassari), misurabili sia a livello della prevenzione, quanto della assistenza distrettuale e ospedaliera.

2. CRITICITÀ NELLA EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA).

Le prestazioni e servizi sanitari attualmente sono solo parzialmente efficaci nel soddisfacimento del bisogno di salute, mostrando rilevanti margini di miglioramento, come mostrato da alcuni indicatori ricavabili dai flussi informativi correnti ed inseriti:

- nella griglia di monitoraggio dei LEA (adempimento relativo al “mantenimento nell’erogazione dei LEA” di cui all’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, per Sardegna vd. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6_Lea.jsp?lingua=italiano&id=3962&menu=lea&idP=1302),
- nel Piano Nazionale di valutazione degli Esiti (PNE, vd. <http://95.110.213.190/PNEed14/>),
- nel rapporto Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) annuale del Ministero (ultima annualità completa disponibile, il 2013, vd. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2190) e
- nel Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" di cui alla conferenza stato regioni del 4 agosto 2014 e successive modifiche ed integrazioni (vd. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1694_listaFile_itemName_1_file.pdf).

In questa sede basti ricordare l’**elevato ricorso all’ospedale**, che colloca la ASL in cima alla classifica per il più elevato tasso di ospedalizzazione della Regione: 187 ricoveri per 1000 abitanti (relativamente all’ultimo anno disponibile anche per la mobilità passiva, il 2013) verso una media regionale di 168 ricoveri per 1000 abitanti ed uno standard nazionale ora posto a 160 ricoveri per 1000 abitanti.

Altro dato macro rilevante è **la scarsa complessità** di quanto viene erogato in regime di ricovero ordinario per acuti. L’indicatore che meglio sintetizza questa realtà è l’Indice di Case Mix (ICM; rapporto fra il peso medio dei ricoveri per acuti in regime ordinario erogati per cittadini ASL e del resto d’Italia), che per l’anno 2013 è pari a pari a 0,71 (del 29% inferiore rispetto allo standard nazionale), verso una media regionale pari a 0,91 (comunque inferiore del 9% allo standard nazionale, ponendo la regione all’ultimo posto in Italia). L’ICM è un buon indicatore della riferibilità di molta assistenza e cura (poco complessa) a livelli territoriali e ambulatoriali di erogazione delle prestazioni e servizi.

Relativamente all’accesso del cittadino al sistema della **continuità assistenziale**, nonostante la diffusione delle ex ‘guardie mediche’ sul territorio (11 punti), 12 comuni ne rimangono comunque sprovvisti. Tra i punti critici del sistema (dati anno 2014), basti citare la scarsa efficienza complessiva (una prestazione ogni tre ore in media), l’ampia variabilità nel numero di prestazioni (da 4’905 a Tortoli a 707 a Talana) e l’elevata proporzione di prestazioni effettuata nelle prime due ore di attività (in media 18%, fino al 25% di Perdasdefogu).

Per quanto riguarda l’**emergenza-urgenza**, oltre all’appropriatezza dell’utilizzo dei sistema (codici bianchi e verdi), rimane critico il tempo di arrivo (>30 dei minuti standard per i territori extraurbani) del medico del 118, in particolare nei territori più lontani (es. Seui) da Lanusei, dove è stabilmente ubicata l’unica ambulanza medicalizzata del territorio (affiancata, nel solo periodo estivo, da una seconda a Tortoli).

Altri indicatori sono troppo specifici per essere trattati in questa sede, oppure –soprattutto per quanto riguarda i livelli distrettuale e prevenzione- non esistono dati derivanti da flussi informativi istituzionali correnti per poter trarre delle indicazioni operative a livello locale, anche per la mancanza di riferimenti regionali o benchmarck con le altre realtà ASL.

Da ultimo, la integrazione nella programmazione a medio termine (3-5 anni) con prestazioni e servizi erogati da **privati convenzionati** risulta praticamente nulla, fatto salvo il carico economico annuale sul bilancio ASL (definito peraltro centralmente a livello regionale, senza il coinvolgimento della stessa ASL). Il ruolo di governo della domanda non è agito sostanzialmente e la partnership viene definita solamente formalmente con la sottoscrizione di contratti sul fac-simile regionale, senza adeguata negoziazione dei contenuti e verifica degli effetti (efficacia, efficienza) sulla salute della popolazione (in particolare a medio e lungo termine).

3. OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO NELLA EROGAZIONE DEI LEA

In sintesi, si ritiene prioritario intervenire sui seguenti punti:

- ridurre i ricoveri per acuti, aumentandone la appropriatezza, evitando i doppioni pubblico-privato nella erogazione di prestazioni di pari complessità nell'ambito della stessa disciplina (medicina e chirurgia, nel caso dei ricoveri ordinari);
- rafforzando la integrazione dei livelli di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza secondo modelli che propongono sinergie professionali verso priorità definite sulla epidemiologia locale, anche attraverso la individuazione di strutture che permettano la condivisione tra professionisti di spazi, tecnologie e operatori di supporto (case della salute);
- incrementando l'efficacia del Pronto Soccorso (PS), porta principale per il ricovero in Ospedale, e ridisegnando il sistema della continuità assistenziale e dell'emergenza-urgenza territoriale, in particolare per il bisogno percepito come non differibile (che non trova risposta prima di arrivare, o essere portato, in PS);
- dando maggiore spessore alle azioni organizzative di efficacia dimostrata in particolare delle cure primarie, specialistiche e intermedie (RSA ed, eventualmente, ospedale di comunità),
- coinvolgendo nel percorso complessivo l'erogatore privato (vincolato a risultati di qualità ed esito di salute, non solo di volume di prestazioni), le associazioni dei cittadini (bisogni espressi, aspettative) e le istituzioni locali (comuni, scuole, volontariato);
- evitando di aspettare la manifestazione della patologia (prevenzione, approccio pro-attivo) o di perdere di vista il cittadino dopo l'acuzie (cure palliative, *comprehensive chronic care model*), stimolando la condivisione di percorsi che vedano la presa in carico globale del cittadino: dal quesito diagnostico, alla terapia e al follow-up.

4. RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI - AZIONI POSTE IN ESSERE.

Per raggiungere tali obiettivi è evidente che sono indispensabili programmi sistemici (regionali) che vedano la stabilità negli anni delle strategie locali (es. Toscana, Emilia-Romagna, Lombardia...) con definizione di percorsi operativi che progressivamente vadano ad inspessire la prevenzione, la salute mentale, le cure primarie e le cure intermedie, lasciando alla degenza Ospedaliera in regime ordinario le risposte legate ad una emergente instabilità clinica in fase acuta che necessitano di una maggiore complessità degli interventi diagnostico-curativi.

Nei primi tre mesi di mandato, sono state comunque poste in essere le seguenti azioni:

- ridefinizione del piano triennale della performance ASL con priorità agli obiettivi di mandato e agli standard del monitoraggio dei LEA, del PNE, del rapporto SDO e del "regolamento ospedaliero";
- negoziazione di budget 2015, definendo gli obiettivi prioritari delle strutture sui seguenti criteri:
 - la **efficacia** dimostrata delle azioni verso il miglioramento della salute della popolazione di riferimento (*evidence based* medicine, nursing, practice...);
 - l'individuare margini di miglioramento nel costo sostenuto per servizi e prestazioni che non hanno un valore aggiunto dimostrato nell'esito di salute, ossia **eliminare le pratiche ad alto rischio di inappropriatazza** (*choosing wisely*, o slow medicine);
 - la **trasversalità** delle azioni che coinvolgono più livelli di assistenza (prevenzione, distretto, ospedale) e i legittimi portatori di interessi (cittadini, istituzioni).
- definizione di tavoli di lavoro ASL su percorsi specifici (di maggiore impatto sulla popolazione) che vedono coinvolti i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti territoriali e gli specialisti ospedalieri, i responsabili delle strutture distrettuali;
- ridefinizione dei contenuti del contratto con la ospedalità privata, nell'ottica di integrare l'offerta pubblica su obiettivi comuni di salute e di auto-valutarsi costantemente con indicatori di appropriatezza (su cui porre in essere immediate misure correttive);
- coinvolgimento delle associazioni dei Cittadini nella definizione delle priorità, soprattutto relativamente alla percezione delle modalità e qualità di soddisfacimento del bisogno (audit civico, infezioni correlata alla assistenza e dolore);

5. RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI – AZIONI PROPOSTE

5.1 PREVENZIONE

Una maggiore integrazione delle strutture e dei professionisti con gli attori esterni al Dipartimento (sia ASL che extra ASL) è necessaria onde garantire un più efficace raggiungimento degli standard previsti per gli indicatori di monitoraggio dei LEA, che vadano oltre l'ottica del 'progetto' e divengano parte essenziale e sostenibile della quotidiana attività di servizio (vaccinazioni, screening, sicurezza...). La frammentazione delle attività (es. vaccinazione antinfluenzale nella popolazione target, screening carcinoma cervice uterina...) ha spesso determinato difficoltà nel raggiungimento degli standard nazionali e, a monte, carenze negli stessi sistemi informativi che vanno a definire gli indicatori di efficacia.

Stante l'estensione del territorio, l'orografia, la tipologia degli allevamenti, nonché gli obiettivi di mandato assegnati, rilevanza particolare merita la sanità animale (blue tongue, peste suina, trichinellosi...).

Per la assenza di ulteriori indicazioni definitive regionali in merito (Piano regionale della prevenzione), in questa sede ci si limita a rimandare a quanto già recepito relativamente alla deliberazione della Giunta Regionale n. 53/28 del 29.12.2014 nel piano triennale della performance aziendale come ulteriormente specificato nella negoziazione degli obiettivi di budget per l'anno 2015.

5.2 SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

Anche in questo ambito è necessaria una maggiore integrazione dei professionisti e delle strutture con operatori e strutture sia intra che extra ASL, onde prevenire il disagio anche nelle età che precedono quella adulta (infanzia ed adolescenza), arrivare alla precoce identificazione del bisogno (presa in carico all'esordio dei sintomi) e completa definizione del percorso più efficace per una cura della patologia conclamata, anche quando questa risulta per lo più sommersa (ad es, dipendenza da alcool o da gioco).

Nel territorio ogliastrino le strutture residenziali per cittadini aventi disagio psichico con diverso grado di gravità sono sufficientemente rappresentate, essendo presenti:

- due comunità terapeutiche ad alta intensità (una pubblica e una privata);
- una comunità ad integrazione sociale (privata);
- una comunità di tipo assistenziale (privata).

Per ottimizzare la risposta ai bisogni dell'area psichiatrica, mancano strutture per l'abitare assistito (appartamenti che accolgono da due o tre utenti) e in particolare una comunità terapeutica mirata ad accogliere utenti con gravi disturbi della personalità e per soggetti con gravi disturbi da discontrollo degli impulsi (quali gravi disturbi da gioco d'azzardo patologico e dipendenze non farmacologiche).

Strutture specifiche per questa tipologia di utenza a tutt'oggi non sono presenti o scarsamente presenti a livello della nostra Regione, tanto che per i cittadini ogliastrini, in alcune occasioni, si è dovuto ricorrere a comunità specializzate con sede fuori Regione.

Nell'intento di dare delle risposte verso queste tipologie di bisogno, si propone l'apertura di una comunità terapeutica con due unità specializzate, avente come sede i primi due livelli (piano terra e primo piano) della struttura già edificata da anni ad Ussassai ed originariamente destinata a Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), ma mai aperta in quanto non presente un bisogno sottostante della popolazione di riferimento.

Non essendo pertanto necessaria una ulteriore RSA in Ogliastra (piuttosto ritenendo efficace ed efficiente completare e potenziare la struttura esistente), si propone ad Ussassai una comunità terapeutica che abbia:

- una unità specializzata per i disturbi gravi di personalità con venti posti letto;
- una unità specializzata per gravi disturbi da gioco d'azzardo patologico e altri disturbi del discontrollo degli impulsi con altri 20 posti letto.

5.3 CURE PRIMARIE

Tale area è cardine nell'efficace risposta al bisogno di salute e nel sistema di erogazione dei servizi sanitari, come pure dimostrato dal peso relativo degli indicatori specifici nella griglia di monitoraggio dei LEA. E' necessario focalizzare l'azione di miglioramento su programmi che diano riscontri negli indicatori di esito sulla popolazione (sia prevenzione, che diagnosi e cura). Le cure primarie mal si prestano ad essere misurate attraverso i "volumi di attività" o il "valore della produzione", mentre assumono rilevanza

imprescindibile l'adozione di percorsi globali centrati sulla persona, la appropriatezza dell'accesso ai servizi e gli 'outcome' a medio e lungo termine sui cittadini assistiti.

Si propone l'identificazione di tre 'case della salute' nei punti di maggiore concentrazione della popolazione e dei servizi: Lanusei, Jerzu e Tortolì. Secondo la previsione normativa (art. 7, LR 23/2014), la casa della salute rappresenta "[...] la struttura che raccoglie in un unico spazio l'offerta extraospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi [...]". Il modello si basa sull'expanded chronic care model, sulla continuità delle cure e sulla presa in carico precoce del bisogno di salute emergente, passando da un sistema basato sul numero di prestazioni effettuate (spesso ad alto tasso di inappropriatezza) a un sistema centrato sugli esiti di salute raggiunti (controllo pressorio, controllo glicemico, aderenza dei pazienti ai protocolli, proporzione di riacutizzazioni e di accesso all'ospedale).

La condivisione da parte di medici (*di medicina generale –MMG-, pediatri di libera scelta –PLS-, medici di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale, specialisti ambulatoriali e dipendenti ASL*), infermieri, personale socio-sanitario e tecnico-amministrativo e operatori sociali di:

- *spazi, logistica e servizi di supporto;*
- *tecnologie (comunicazioni, informatiche, diagnostiche) e*
- *strutture organizzative (sportello unico di accesso e unità di valutazione territoriale –PUA e UVT-, CUP, ticket) e percorsi clinico assistenziali,*

contribuiranno a raggiungere i risultati di una continuità delle cure per l'arco delle 24 ore sette giorni su sette (e quant'altro previsto dal comma 3 dell'art. 7 della LR 23/2014).

Saranno quindi destinati spazi per ambulatori medici di MMG e PLS, oltreché per i medici di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale, accanto agli ambulatori degli specialisti convenzionati e dipendenti ASL. Sarà presente un punto prelievi, una diagnostica strumentale di base (spirometro, ecografo, elettrocardiografo... anche con possibilità di teletrasmissione di immagini e referti), un ambulatorio infermieristico e ambulatorio per piccole urgenze, uno sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria (PUA) e l'unità di valutazione territoriale (UVT), con possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP) nonché al pagamento della quota a carico dell'assistito per prestazioni e servizi ASL (ticket).

Sarà garantito il collegamento funzionale con l'Ospedale per acuti (Lanusei), le strutture di riabilitazione e di lungo degenza (Jerzu), l'ospedale di comunità (Jerzu e Tortolì) e la Residenza Sanitaria Assistenziale (Tortolì) attraverso la definizione di specifici protocolli, che facilitino la dimissione dall'ospedale o la programmazione della degenza (con superamento della fase del pronto soccorso e del triage).

Nell'ottica della continuità delle cure e assistenza sulle 24 ore e 7 giorni su 7, si propone una co-presenza dei medici di continuità assistenziale pari a 2 (Lanusei e Jerzu) o 3 (Tortolì), che garantiranno le visite direttamente al domicilio del cittadino (laddove necessario), negli ambiti territoriali di competenza, attraverso la dotazione di auto mediche. Le visite al domicilio dovranno essere effettuate, possibilmente, insieme ad un infermiere. La possibilità dei medici di continuità assistenziale di accedere alle tecnologie diagnostiche e alle informazioni sui cittadini assistiti (cartella clinica informatizzata, ricette elettroniche, prenotazioni CUP online...) garantirà una più rapida ed efficace presa in carico del cittadino. La disponibilità dei medici di continuità assistenziale provenienti dagli attuali ambulatori di guardia medica consentirà di integrare la medicina generale rafforzando la presenza attiva anche nei territori che attualmente sono più 'scoperti' o comunque più lontani dalle case della salute, anche grazie alla diffusione della medicina in rete.

Nelle case della salute potrebbero essere utilmente ospitati anche gli equipaggi e le autoambulanze inserite nel sistema del 118, con composizione delle equipe e competenze tali (sia a Lanusei, che a Jerzu e Tortolì) da garantire e rendere più omogeneo il tempo di risposta alla chiamata urgente e non differibile.

5.4 CURE INTERMEDIE

Nel territorio della ASL (Tortoli) insiste una **Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)**, che sarà potenziata sia nella parte di degenza che nella attività diurna, in modo da far fronte al crescente bisogno dato dall'incremento progressivo della popolazione anziana e con disabilità. La attività diurna sarà rivolta verso servizi che rendano l'invecchiamento 'attivo', anche utilizzando gli spazi esterni, che saranno oggetto di investimenti specifici, in modo da favorire –tra l'altro- l'integrazione con il resto della popolazione e l'implementazione delle attività di promozione della salute. E' previsto un incremento della dotazione di posti letto accreditati che passano da 34 a 38 (+4) ad intensità media e bassa e da 0 a 10 (+10) ad alta intensità, per un aumento complessivo di 14 pl destinati alla attività assistenziale in regime di degenza. Nella RSA sono inoltre attualmente presenti 6 pl di una casa protetta, che diventeranno 12 (+6 pl). Tali posti letto potrebbero peraltro essere utilmente destinati a un modulo dell'**Ospedale di comunità** dell'Ogliastra (l'altro modulo, pur esso di 12 pl potrebbe essere ospitato presso l'Ospedale privato accreditato "Tommasini" di Jerzu).

Si propone quindi la definizione di **Ospedale di comunità**. Anche secondo quanto previsto dal "regolamento ospedaliero", la organizzazione dello stesso comprende moduli assistenziali con un massimo di 15-20 posti letto a gestione infermieristica, con assistenza medica assicurata dai medici di medicina generale/dai pediatri di libera scelta e/o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSR (tra cui i medici di continuità assistenziale). La responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

I ricoveri sono essenzialmente riconducibili a:

- pazienti provenienti da struttura ospedaliera (reparto, servizio o pronto soccorso) che siano dimissibili o che comunque non traggano ulteriori benefici dal protrarsi della permanenza in ospedale, ma non sono in condizioni tali da essere assistiti in sicurezza al proprio domicilio, garantendo l'assistenza al paziente in un ambiente protetto (su proposta del medico dipendente o specialista convenzionato);
- pazienti fragili e/o cronici provenienti dal proprio domicilio o dalle strutture residenziali in una fase di relativa instabilità clinica, che sia compatibile con il setting assistenziale (su proposta del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta).

Prende quindi in carico pazienti che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare).
- di sorveglianza infermieristica continuativa.

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.

La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri almeno in parte riconvertiti (Tommasini di Jerzu, 12 pl) e/o presso strutture residenziali (RSA di Tortoli, 12 pl).

5.5 CURE OSPEDALIERE

Il Sistema Ospedaliero locale, non può essere autonomo per tutte le discipline necessarie alla cura dei cittadini (Ogliastrini e turisti), per la assenza di alcune specialità, in particolare quelle a bassa diffusione (ad es. Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Terapia intensiva neonatale...). Il modello cosiddetto dell'Hub & Spoke (mozzo, elevata complessità di diagnosi e cura, e raggio, media e bassa complessità) o del multiantenne (meno rigido del precedente) e delle relative reti di patologia dovrà garantire la casistica minima per struttura erogante (e, laddove indicato, per singolo professionista) necessaria per tutelare livelli di sicurezza ed efficacia delle cure, livelli che comunque dovranno essere uniformi su tutto il territorio regionale, anche come equità di accesso. Il modello definito garantirà inoltre una continuità nella presa in carico del paziente, senza soluzione di continuità tra 'periferia' e 'centro di riferimento', oltre ad una completa integrazione dei professionisti che lavorano in rete nelle diverse strutture del SSR, con una definizione di protocolli condivisi tra operatori sanitari (anche afferenti a diversi livelli di erogazione delle cure).

Per l'Ospedale privato "Tommasini" di Jerzu, onde non perpetrare oltre la duplicazione delle strutture di degenza per acuti (con-causa del più elevato tasso di ospedalizzazione della Sardegna) evitando altresì il rischio che l'Ospedale venga escluso dalla rete degli erogatori accreditati regionali (per l'entrata in vigore del vincolo imposto dal "regolamento ospedaliero" di un minimo di 60 pl per acuti), si propone quanto segue:

- conversione dei p.l. per acuti nelle discipline di geriatria, medicina e chirurgia in pl di recupero e riabilitazione funzionale, lungodegenza e di ospedale di comunità, come indicato sotto:
 - incremento dei posti letto di recupero e riabilitazione funzionale (+6) e lungodegenza (+6), con la attribuzione dei pl che sono definiti per l'Ogliastra sulla base della popolazione secondo quanto previsto dal "regolamento ospedaliero" (che vedrebbe complessivi 0,7 pl su 1000 abitanti, di cui almeno 0,2 per lungodegenza) e sulla base della futura ridefinizione della rete ospedaliera della Regione;
 - attivazione di un modulo di 12 pl dell'**Ospedale di comunità** dell'Ogliastra, secondo le specifiche già definite dal presente documento;
 - attivazione di un modulo di 3-4 pl di **Hospice** (dovrebbero essere 0,6 pl ogni 10.000 abitanti, o 1 ogni 56 deceduti a causa di tumore, vd. Ministero della Salute, decreto 22 febbraio 2007, n. 43, pubblicato in GU n. 81 del 6-4-2007);
- potenziamento delle prestazioni erogate in *day service* e ambulatoriali, in particolare le Prestazioni Complesse di Chirurgia Ambulatoriale (PCCA), i Pacchetti Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) e i Percorsi Ambulatoriali Coordinati (PAC), vd. *Allegato 2 alla Delib.G.R. n. 37/9 del 25.9.2007*. Le attività prioritarie saranno organizzate essenzialmente nelle specialità non assicurate dall'Ospedale di Lanusei, in funzione del recupero delle "fughe" dei cittadini ogliastrini verso strutture extra ASL nonché dell'abbattimento dei tempi e delle liste di attesa;
- accorpamento del Laboratorio di analisi con quello dell'Ospedale N. S. della Mercede di Lanusei.

Ospedale "N. S. della Mercede" di Lanusei. Gli standard previsti dal "regolamento ospedaliero" per un presidio di base, che sia di riferimento per un bacino compreso tra gli 80'000 ed i 150'000 abitanti sono: Pronto Soccorso e Osservazione breve intensiva, Medicina, Chirurgia, Ortopedia, Anestesia, Radiologia, Laboratorio, Emoteca e Direzione di presidio. Rispetto a quanto sopra, l'Ospedale è "arricchito" di molte discipline, che lo configurano più prossimo ad un ospedale di primo livello. In particolare, sono presenti: Cardiologia e UTIC (con sala di emodinamica, anche se non ancora accreditata), Ostetricia e ginecologia, Pediatria, Nefrologia e dialisi (con posti letto tecnici nell'area medica), Oncologia, Rianimazione (oltreché anestesia), Servizio immunotrasfusionale (invece che emoteca), Recupero e riabilitazione funzionale, Diabetologia nonché Servizio Farmaceutico Aziendale.

Relativamente alla distribuzione dell'offerta in regime di ricovero, la proposta prevede di:

- incrementare la dotazione di posti letto dedicati ai pazienti acuti, per sopperire alla soppressione della degenza per acuti dell'Ospedale di Jerzu (+ 6 p.l. di geriatria);
- di aumentare la specializzazione della attività di ricovero, attribuendo la casistica alla disciplina più appropriata per il bisogno del paziente laddove già esistono gli specialisti che lavorano in ASL (pertanto senza costi addizionali per il SSR), con particolare riferimento alla oncologia (+ 6 p.l. di oncologia);
- definire alcuni letti 'tecnici' che, insistendo sulla piattaforma di erogazione dipartimentale così ampliata, possono essere attribuiti alle specialità che ne avranno necessità, secondo il bisogno appropriato del paziente ricoverato (ad es, neurologia, pneumologia, gastroenterologia oltreché nefrologia);
- definire un'area di ricovero in regime ordinario destinata alla attività programmata con degenza compresa tra 1 e 4 giornate. Il funzionamento della piattaforma di erogazione è dal lunedì mattina al venerdì pomeriggio, in modo da accogliere pazienti, relativamente stabili clinicamente, che attendono interventi già programmati in sala operatoria (cosiddetto *week surgery*) o procedure di tipo medico con tempi standard di cura ben definiti (cosiddetto *week hospital*).

La distribuzione proposta dei posti letto ospedalieri dovrebbe pertanto prevedere la sostanziale invarianza complessiva rispetto all'esistente, con una riconversione verso la post-acuzie della attività erogata ad Jerzu.

Relativamente alla organizzazione interna dell’Ospedale, si porta l’attenzione su tre aspetti:

1. Pronto soccorso: la proporzione di casi che vi accedono (14’957 nell’anno 2014) che poi vengono ricoverati è del 26%, qualche punto percentuale oltre gli standard definiti a livello nazionale. Il rafforzamento della organizzazione (attribuzione dell’incarico di responsabile di struttura), della logistica (definizione di spazi per l’Osservazione Breve Intensiva, attualmente non presente, e miglioramento area ambulatoriale), dei percorsi con le cure primarie (per la presa in carico della cronicità) e le strutture intermedie (RSA e Ospedale di comunità) consentirà di svolgere più efficacemente la funzione di principale porta di accesso alla degenza ordinaria non programmata per acuti nonché di essere riferimento per la rete dell’emergenza-urgenza regionale.
2. Punto nascita: punto di forza è la elevata copertura del bisogno (89% dei parti delle residenti avvengono nella struttura, 421 su 455 nel 2013, ultimo dato disponibile sul PNE), punto debole è la contrazione delle nascite in ambito nazionale e locale che non determinerà verosimilmente un aumento delle nascite nel presidio (anche se nel 2014, il volume rimane pressoché identico). E’ stata posta attenzione (piano della performance) alle “soglie di rischio” (identificate nel “regolamento ospedaliero”, nel tavolo di monitoraggio dei LEA e nel PNE), quale la proporzione di cesarei primari che, nel corso del tempo ha mostrato una ampia variabilità e comunque un trend in deciso aumento: passando da una proporzione aggiustata di 17% nel 2008 al 36% nel 2013. L’obiettivo dato alla struttura nel 2015 è di invertire decisamente questa tendenza, riportandosi progressivamente verso standard nazionali (attualmente posti al 15%, per le strutture sotto i 1000 nati). Va mantenuta la esperienza e competenza degli operatori (anche in partnership con altri centri, clinici e di formazione), monitorato il livello di rischio (quasi eventi ed eventi avversi) e definito a livello regionale un Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN).
3. Emodinamica. Per definire una struttura dedicata (all’interno di una cardiologia) il “regolamento ospedaliero” prevede un bacino di utenza compreso tra 300.000 e 600.000 abitanti e pone le emodinamiche interventistiche che funzionano sulle 24 ore solamente negli Ospedali Hub di 2° livello nell’ambito della rete per le emergenze cardiologiche (in Sardegna saranno verosimilmente non oltre 2 o 3, nella futura ridefinizione della rete cardiologica). Lo stesso “regolamento ospedaliero” pone una soglia di sicurezza non inferiore alle 250 procedure/anno, di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI (infarto acuto del miocardio - con sopraslivellamento del tratto ST), ben al di sopra dei volumi definiti dalla popolazione ogliastrina: 161 IMA (PNE, 2013), di cui il 68% vengono comunque ricoverati nell’Ospedale di Lanusei. La attivazione della sala di emodinamica è pertanto possibile, in via sperimentale, esclusivamente per procedure programmate, di tipo diagnostico o interventistico, che vedano la collaborazione di professionisti provenienti dai centri Hub, che abbiano pertanto una casistica sufficiente a garantire la sicurezza della diagnosi e cura. Gli accessi programmati (uno o due a settimana) determinerebbero un abbattimento della ospedalizzazione (ricoveri ripetuti tra cardiologia di Lanusei e quella del centro Hub), limiterebbero il trasporto dei pazienti (accompagnati da medico e infermiere) al centro Hub ai casi di effettiva urgenza indifferibile e avrebbero altresì un beneficio sul costo sociale della malattia (spostamento da casa e lavoro dei parenti e degli affetti). La attivazione della sala di emodinamica potrebbe altresì essere funzionale allo sviluppo locale di procedure interventistiche afferenti ad altre discipline (come radiologia interventistica, i cateteri venosi centrali e le fistole artero-venose per pazienti emodializzati). La procedura di accreditamento istituzionale è stata avviata da tempo dalla ASL, ma –al momento- non si hanno riscontri definitivi in merito.

5.6 EMERGENZA URGENZA.

Le soluzioni organizzative in merito ad un utilizzo più appropriato ed efficace del sistema del 118, trascendono le finalità del presente documento, essendo attribuite alla Azienda Regionale di emergenza-urgenza della Sardegna (AREUS), di cui alla Legge Regionale 17 novembre 2014 n. 23, art. 4.

Ci si limita a formulare alcune proposte secondo bisogni percepiti come prioritari:

- un sistema che permetta una migliore definizione e gradazione della urgenza del bisogno percepito non differibile dal cittadino (comunicato telefonicamente alla centrale operativa) consentirebbe verosimilmente una maggiore efficacia nella azione sul territorio nonché nel riferire la patologia effettivamente complessa al PS dell’Ospedale;

- è auspicabile un superamento della rigida suddivisione delle attività e competenze del personale del 118 (futuro AREUS) e del pronto soccorso ospedaliero.
- un ruolo di qualche spessore dovrebbero probabilmente assumere i rapporti con la continuità assistenziale (gestione dei codici bianchi e verdi)
- il tempo di intervento di un team specializzato dovrebbe essere garantito ovunque sul territorio entro gli standard definiti a livello nazionale (critico nei territori più lontani da Jerzu e, nei mesi estivi, Tortoli).

Anche stante l'obiettivo specifico di mandato assegnato in merito alla ASL (vd. Deliberazione N.1/14 del 13.1.2015), approfondimento specifico merita l'elisoccorso. Dall'analisi accurata di una serie di condizioni oggettivabili si rileva che ampie zone montane (soprattutto dell'Ogliastra) risultano scoperte da una eventuale ubicazione delle elibasi a Cagliari-Elmas e Sassari-Mores, essendo i periodi di percorrenza superiori ai 20 minuti. Pertanto non viene garantita la necessaria tempestività, in ambiti in cui la morfologia del territorio e la dislocazione della rete ospedaliera di riferimento, ivi compresi i DEA e i Centri Traumi, non consentono di utilizzare, in termini temporali, mezzi e metodologie di soccorso alternativi di pari efficacia.

Una ulteriore base di elisoccorso in zone disagiate, ubicata presso il distacco dei vigili del fuoco (VVFF) di Lanusei, e gestita dagli stessi VVFF, consentirebbe di coprire in modo ottimale i territori che vanno da Siniscola a Tertenia e dell'Oristanese, rispettando le tempistiche di intervento, facendo fronte alle esigenze dei flussi turistici sulle zone montane e della costa centrale dell'Isola, supportando adeguatamente il servizio di emergenza-urgenza su gomma. Si fa presente che la base attuale è peraltro già in possesso delle necessarie autorizzazioni al volo diurno e notturno. Infine, nell'ottica della partnership con le istituzioni pubbliche, anche allo scopo del contenimento della spesa generale dello Stato, la gestione dei VVFF non solo lascerebbe al corpo una attività istituzionale propria (quale il soccorso nelle aree montane), ma consentirebbe che gli stessi equipaggi possano effettuare ore di volo non in 'semplice' (e ugualmente costosa) esercitazione ma effettuando un servizio di pubblica utilità.

6. CONCLUSIONI.

Qualsiasi processo di riorganizzazione deve porre in essere un attento monitoraggio degli esiti di salute (spesso a medio e lungo termine). La garanzia di essere sulla buona strada nella implementazione delle strutture e delle relazioni non più funzionali al soddisfacimento del bisogno attuale non si ferma agli indicatori di 'performance' del processo (spesso di sola efficienza). Il sistema sanitario non può ignorare i macrotrend esterni, non governabili dallo stesso, e che potrebbero metterlo in crisi; basti citare l'invecchiamento della popolazione e la difficoltà dello stato sociale di fronte alla crisi economica. La condivisione tra cittadini, istituzioni e professionisti delle priorità di intervento, dei metodi di soluzione e delle risorse da mettere in campo è, probabilmente, una buona strada.

Il documento può essere soggetto a revisione, modifiche ed integrazioni in caso di ulteriori definizioni in merito ai contenuti sopra specificati che possano intervenire per disposizioni regionali o nazionali, nonché per la variazione del contesto organizzativo locale o dei bisogni della popolazione di riferimento.