

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

## Sommario

<b>1</b>	<b>Situazione demografica e viaria .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Criticità nella Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Obiettivi di miglioramento nella Erogazione dei LEA.....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Riorganizzazione dei servizi - azioni poste in essere.....</b>	<b>5</b>
<b>4.1</b>	<b>Riorganizzazione dei servizi – azioni proposte.....</b>	<b>6</b>
<b>4.1.1</b>	<b>Prevenzione .....</b>	<b>6</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Salute mentale e dipendenze.....</b>	<b>8</b>
<b>4.1.3</b>	<b>Cure primarie e specialistica ambulatoriale.....</b>	<b>9</b>
<b>4.1.4</b>	<b>Cure intermedie .....</b>	<b>12</b>
<b>4.1.5</b>	<b>Cure ospedaliere .....</b>	<b>13</b>
<b>4.1.6</b>	<b>Emergenza urgenza.....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>Conclusioni .....</b>	<b>21</b>

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

## 1 Situazione demografica e viaria

Con una popolazione pari a 57.318 residenti (dati da "demo ISTAT", al 1° gennaio 2016) corrispondente al 3,5% della popolazione sarda (pari a 1.658.138 residenti) ed una densità di 31 abitanti per Km<sup>2</sup> (contro i 69 del dato regionale), l'Ogliastra si pone come l'area a più bassa antropizzazione della Sardegna. La popolazione ogliastrina pur con lievi oscillazioni di anno in anno, mostra una lieve flessione nel trend di lungo periodo (57.980 abitanti nel censimento del 2001): a fronte di un relativo decremento delle nascite (l'Ogliastra ha un tasso di natalità secondo solamente ad Olbia-Tempio: pari a 7,9 nati ogni 1.000 abitanti, a fronte di una media regionale di 6,9, dato relativo all'anno 2014, tratto da "Sardegna in cifre, 2015") corrisponde un incremento della vita media. 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 dell'Ogliastra vi sono forti disomogeneità demografiche con 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 / Km<sup>2</sup>: 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 2013, 797.973 presenze, in proporzione ai cittadini residenti il dato è secondo solamente all'area di Olbia-Tempio (tratto da "Sardegna in cifre, 2015").

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 più densamente popolate dell'Isola (Cagliari e Sassari), misurabili sia a livello della prevenzione, quanto della assistenza distrettuale e ospedaliera.

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

## 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, tra gli altri:

- 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 [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6\\_Lea.jsp?lingua=italiano&id=3962&menu=lea&idP=1302](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, <http://95.110.213.190/PNEed15/>);
- nel rapporto Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) annuale del Ministero (ultima annualità completa disponibile, il 2014. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_2396\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2396_allegato.pdf));
- 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 ([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_1694\\_listaFile\\_itemName\\_1\\_file.pdf](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: 192 ricoveri per 1000 abitanti (relativamente all'anno 2014, vd. Allegato n. 1 alla Delib.G.R. n. 6/15 del 2.2.2016) verso una media regionale di 165 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 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.

Per quanto concerne le **cure primarie** non risultano ancora adeguatamente sviluppati sistemi di presa in carico dei cittadini secondo logiche di percorsi assistenziali integrati, forme strutturate di collaborazione tra professionisti o progettualità condivise in materia, in particolare, di patologie croniche, ma esclusivamente qualche percorso integrato avviato in via sperimentale ed in fase di consolidamento (es. percorso del paziente con dolore).

Verosimilmente è da attribuirsi anche a quanto sopra citato la situazione di relativa inapproprietezza in ambito della prescrizione dei farmaci e alcuni casi di franca "iper-prescrizione".

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

Relativamente all'accesso del cittadino al sistema della **continuità assistenziale**, nonostante la diffusione delle ex 'guardie mediche' sul territorio (11 punti), 12 comuni ne sono 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% sul territorio ASL, fino al 25% di Perdasdefogu).

Per quanto riguarda l'**emergenza-urgenza**, oltre all'appropriatezza dell'utilizzo del sistema (codici bianchi e verdi), rimane critico il tempo di arrivo (>20 dei minuti standard per i territori extraurbani) dell'equipaggio di soccorso avanzato, in particolare nei territori più lontani (come Perdasdefogu, Seui e Urzulei) 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 consolidati derivanti da flussi informativi istituzionali correnti per poter trarre delle indicazioni operative a livello locale, anche per la mancanza di riferimenti regionali o "benchmark" con le altre realtà ASL. Al momento sono in fase di implementazione (completezza e correttezza delle informazioni) le procedure informatiche di alimentazione costante dei flussi informativi (es. Salute Mentale, Residenza Sanitaria Assistenziale, Punto Unico di Accesso, Sanità animale...).

Da ultimo, la integrazione nella programmazione a medio termine (3-5 anni) con prestazioni e servizi erogati da **privati convenzionati** risultava 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 era agito sostanzialmente e la partnership era definita prevalentemente in modo formale 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 ed 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);
- rafforzare 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 (es. "case della salute");

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

- incrementare 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);
- dare maggiore spessore alle azioni organizzative di efficacia dimostrata in particolare delle cure primarie, specialistiche e intermedie (RSA ed, eventualmente, ospedale di comunità), ma anche a livello ospedaliero ("Fare di più non significa fare meglio"), raccogliendo le proposte e progettualità locale da professionisti, cittadini, istituzioni e portatori di interessi legittimi (cosiddetti "stakeholder");
- coinvolgere nel percorso complessivo di "presa in carico" non solo i professionisti già inseriti nelle strutture ASL ma anche gli erogatori privati (vincolati a risultati di qualità ed esito di salute, non solo di volume di prestazioni e servizi), le associazioni dei cittadini (bisogni espressi, aspettative) e le istituzioni locali (comuni, scuole, volontariato);
- evitare 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 (medicina d'iniziativa).

#### 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.

Nel primo anno e mezzo di mandato Commissariale (di cui alla LR 23 del 2014), sono state comunque poste in essere le seguenti azioni:

- ridefinizione del piano triennale della performance ASL (vd. delibera ASL n. 124 del 31 marzo 2016) con priorità agli obiettivi di mandato e agli standard del monitoraggio dei LEA, del PNE, del rapporto SDO e del "regolamento ospedaliero" oltreché degli obiettivi e delle azioni di cui al "Piano di Rientro" ASL adottato con Deliberazione del Commissario n.62 del 19.02.2016;;
- 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...*);

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

- 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);
- negoziazione di budget 2016 (vd. delibera ASL n. 125 del 31 marzo 2016) con definizione degli obiettivi prioritari delle strutture tenendo conto, oltre a quanto citato per la contrattazione 2015, anche degli *obiettivi e delle azioni di cui al "Piano di Rientro" ASL* adottato con Deliberazione del Commissario n.62 del 19.02.2016 e delle indicazioni di cui alla Delibera 457 del 18 dicembre 2015 *"adesione alla rete "Ospedali e Territori Slow" e al progetto "Fare di più non significa fare meglio"*;
- 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-valutazione costante con indicatori di appropriatezza (su cui porre in essere immediate misure correttive) e sperimentazione di nuovi setting assistenziali, innovativi ma carenti sul territorio locale e regionale (come l'ospedale di comunità);
- coinvolgimento delle associazioni dei Cittadini nella definizione delle priorità, soprattutto relativamente alla percezione delle modalità e qualità di soddisfacimento del bisogno (audit civico, infezioni correlate alla assistenza e cura del dolore);

#### 4.1 Riorganizzazione dei servizi – azioni proposte

##### 4.1.1 Prevenzione

Una maggiore integrazione delle strutture e dei professionisti con gli interlocutori 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.

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

Stante l'estensione del territorio, l'orografia, la tipologia degli allevamenti, nonché gli obiettivi di mandato assegnati, rilevanza particolare merita la sanità animale (peste suina, blue tongue, trichinellosi...) ed i buoni risultati conseguiti (assenza di focolai di peste suina), sulla peste suina la ASL è destinataria del Piano di comunicazione istituzionale e promozione dell'immagine del Servizio Sanitario Regionale di cui alla DGR 46/18 del 22.9.2015 (vd. Delibera del Commissario Straordinario n. 83 del 08.03.2016)

Per l'area della prevenzione si prevede un progressivo ulteriore avvicinamento agli standard ottimali di prevenzione primaria (es. vaccini) e secondaria (es. screening) definiti a livello regionale e nazionale.

Alcune indicazioni specifiche, corredate da indicatori e obiettivi, sono già aggiornate nel piano della performance aziendale per l'anno 2016, negoziate all'interno del Dipartimento e saranno monitorate nel corso dell'anno con le strutture aziendali ed extra-aziendali di riferimento.

E' stato definito operativamente (delibera ASL n. 272 del 28 giugno 2016) il piano attuativo locale relativamente a quanto previsto nella deliberazione della Giunta Regionale n. 30/21 del 16 giugno 2015 con la quale è adottato il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014 – 2018, e in particolare sono stati definiti i dettagli (responsabilità, tempi, azioni, indicatori, standard) relativi ai programmi di seguito indicati:

P-1.1 Una scuola in salute

P-1.2 Comunità in salute

P-1.3 Identificazione precoce dei soggetti a rischio malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e presa in carico sistematica

P-1.4 Identificazione precoce dei tumori oggetto di screening e presa in carico sistematica

P-2.1 Screening dei disturbi sensoriali neonatali

P-3.1 Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica

P-5.1 Prevenzione degli incidenti stradali e riduzione della gravità dei loro esiti

P-6.1 Prevenzione degli incidenti domestici

P-7.1 Prevenzione degli infortuni

P-7.2 Prevenzione delle malattie professionali

P-7.3 Consolidamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato

P-7.4 Miglioramento dell'efficacia delle attività di controllo e della compliance

P-8.1 Sorveglianza epidemiologica salute/inquinanti ambientali

P-8.2 Supporto alle politiche ambientali

P-8.3 Riduzione delle esposizioni a sostanze chimiche

P-9.1 Sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

P-9.2 Sviluppo e potenziamento dei sistemi di sorveglianza e risposta alle emergenze infettive

P-9.3 Programma di lotta alla Tubercolosi e alle infezioni da HIV

P-9.4 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico – resistenza

P-10.1 Integrazione dei controlli sulla sicurezza ambientale

P-10.2 Promozione della sicurezza nutrizionale

P-10.3 Gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche

P-10.4 Prevenzione delle malattie trasmissibili tramite vettori animali

P-10.5 Prevenzione randagismo

#### 4.1.2 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, sono carenti 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 regionale, 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 è ottenuto dall'Assessorato il parere di compatibilità per la riconversione della struttura originariamente destinata a RSA nel comune di Ussassai in struttura residenziale per pazienti psichiatrici adulti dotata di due moduli da di 8 posti letto ciascuno (trattamento



Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

intensivo ed estensivo), affiancata da un modulo di 8 posti letto per trattamento della patologia psichiatrica in età adolescenziale.

Tale struttura darebbe risposta a necessità di salute più ampie di quelli dei soli residenti in Ogliastra e deve essere inquadrata nell'ambito della rete pubblica di accoglienza di una tipologia di bisogno, che attualmente vede scarsa risposta su tutto il territorio regionale. Ulteriori bisogni della sfera psichica che in regime di residenzialità che non vengono soddisfatti in ambito regionale (come assistenza e cura per cittadini affetti da disturbi psichiatrici "borderline" e disturbi gravi dell'alimentazione) potrebbero trovare soddisfacimento in tale struttura.

Una ulteriore estensione della attività, anche in ambito diurno, potrebbe essere orientata al rafforzamento delle 'soft skill' competenze di stampo cognitivo relazionale e comunicativo, che migliorano le risposte personali in ambito di vita e di lavoro. Si completerebbe quindi l'offerta dei servizi anche in senso preventivo del disagio, non solamente tra gli adulti, ma anche nelle età adolescenziali, con il pieno utilizzo anche dell'ambiente naturalistico e degli impianti sportivi posti attorno alla struttura.

Nell'ambito della attenzione posta al disagio mentale, è stata istituita una commissione ASL per la verifica della qualità delle prestazioni degli erogatori privati, allo scopo di valutare i margini di miglioramento nella erogazione del servizio sul territorio, in particolare relativamente alle strutture residenziali e semiresidenziali in cui sono accolti cittadini con disturbi psichiatrici.

#### 4.1.3 Cure primarie e specialistica ambulatoriale

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.

Sono in fase di realizzazione o completamento 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

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

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:

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

Sono 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 Tortoli) e la Residenza Sanitaria Assistenziale (Tortoli) 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, sono allo studio, anche in ambito regionale, una serie di modelli organizzativi che possano dare una risposta a differenti situazioni logistiche e di distribuzione della popolazione sul territorio, ad esempio si potrebbe ipotizzare una co-presenza dei medici di continuità assistenziale pari a 2 (Lanusei e Jerzu) o 3 (Tortoli), 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

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

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 e la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici.

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 Tortoli) da garantire e rendere più omogeneo il tempo di risposta alla chiamata urgente e non differibile.

Per rispondere a specifici bisogni della popolazione maggiormente distante dai principali centri di erogazione, quale quella residente a Seui, Perdasdefogu, Urzulei e Talana, sono allo studio modelli di presa in cura del cittadino che vedano la condivisione tra i professionisti della salute di informazioni (rete digitale) e di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali quando non anche di strutture fisiche (ambulatori). Azioni specifiche sono volte ad incrementare l'offerta assistenziale e specialistica in particolare nelle zone più periferiche dell'Ogliastra (Urzulei, Seui, Perdasdefogu), in modo da soddisfare il bisogno sanitario più vicino possibile al domicilio del cittadino; seguendo la logica che, quando possibile, si spostano i professionisti piuttosto che chi ha bisogno. Tra queste, in particolare, si prevede di incrementare nel breve periodo l'offerta assistenziale in ambito ostetrico-ginecologico a Seui e Tertenia anche con la finalità di incrementare la mobilità attiva da altri territori.

Relativamente alla farmaceutica territoriale, soprattutto dal novembre 2015 a seguito della specifica DGR, si è impostato un percorso condiviso con tutti i professionisti interessati, le istituzioni ed i cittadini con particolare attenzione alla iperprescrizione, alla appropriatezza ed alla sicurezza della popolazione. Oltre ad un Gruppo di Lavoro Aziendale allargato, di volta in volta, ai singoli medici di medicina generale, sono stati attivati tavoli specifici per categoria di molecola con la partecipazione dei medici di medicina generale, ma anche di specialisti ospedalieri e territoriali come momento privilegiato di esame condiviso dei dati derivanti dal sistema di monitoraggio. L'obiettivo analitico, così come pure il crono programma e il dettaglio delle azioni, è definito nel piano di rientro ASL e costituisce la parte più sfidante dell'intero programma. Dai primi risultati, sembra si possa presumere di essere nella giusta direzione.

Ulteriore obiettivo è il potenziamento ed "efficientamento" dell'Assistenza domiciliare integrata, in raccordo ed integrazione con altri setting assistenziali e con l'Ospedale. Nel 2015 si è raggiunto un obiettivo di copertura della popolazione residente con età uguale o superiore ai 65 anni che va ben oltre gli standard ottimali richiesti (si è superato l'8%). Altra informazione degna di nota è l'elevata proporzione di pazienti con patologia neoplastica che

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

terminano la loro esistenza nel proprio domicilio invece che in ospedale, dato che rivela l'elevata qualità del servizio offerto. Una maggiore attenzione sulla appropriatezza delle prestazioni erogate a domicilio e sulle variazioni del percorso assistenziale impostato sono obiettivo per l'anno in corso.

Altre azioni nel corso del 2016 (come descritto nel piano di rientro ASL) sono rivolte ad incrementare la appropriatezza della assistenza protesica ed integrativa, in quanto il dato locale si discosta sensibilmente dagli standard attesi regionali: una verifica del percorso di prescrizione ed erogazione del servizio sarà attuata dagli Uffici del Distretto in collaborazione con la Direzione Sanitaria ed i competenti Servizi amministrativi centrali.


Proseguono i lavori di miglioramento della edilizia e della tecnologia dedicata: sono in fase conclusiva i lavori per la casa della salute di Lanusei, che sarà pienamente operativa entro il 2016, contribuendo a dare risposte integrate (medici dipendenti ASL, specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale e servizi di "front office" per il cittadino) in contesti organizzativi, strutturali e tecnologici all'avanguardia.

In conclusione, le scelte Aziendali sono dettate dalla proposta e adozione di nuovi modelli che vadano nella direzione della cosiddetta '*medicina d'iniziativa*' che trova nel territorio la sua sede principali e cerca di assicurare ai cittadini dei percorsi di cura integrati, che coinvolgono professionisti e livelli di erogazione differenti, riducendo le variabilità e le disuguaglianze tra persone che hanno problematiche di salute simili.

#### 4.1.4 Cure intermedie

Nel territorio della ASL (Tortoli) insiste una *Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)*, in fase di potenziamento 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 è 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

 <b>ASLLanusei</b>	<b>Piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari</b>	Versione n.02 Revisione 02 del 30.06.2016	Pag. 13 di 21
Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015. Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016			

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).

Attualmente è ancora in fase di definizione il riordino della rete ospedaliera regionale. Alcuni aspetti di dettaglio dovranno essere valutati in funzione delle scelte finali, così da assicurare una effettiva integrazione tra livelli assistenziali differenti. E' verosimile una sperimentazione progressiva per l'utilizzo dei posti letto dedicati ad Ospedale di comunità, onde evitare iniziali importanti investimenti (accreditamento) che non vedano nello strumento una effettiva risposta al bisogno locale.

#### 4.1.5 Cure ospedaliere

Il documento di riorganizzazione della rete ospedaliera (Allegato n. 1 alla Delib.G.R. n. 6/15 del 2.2.2016) individua il PO "Nostra Signora della Mercede", ospedale di riferimento per l'area omogenea Ogliastra, come nodo della rete: inserito nelle reti di infarto (terapia intensiva cardiologica), ictus (trattamento di primo livello) e trauma, vede confermate le discipline già esistenti: Pediatria, Ostetricia e Ginecologia (sottoposte a monitoraggio annuale dei volumi e degli esiti), Rianimazione (non solo Anestesia), Semintensiva generale, Unità di terapia intensiva cardiologica (insieme alla Cardiologia), Servizio Immunotrasfusionale (non emoteca), Radiologia con



Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

TAC, RMN ed ecografia h. 24 (non solo Radiologia), laboratorio ospedaliero territoriale unico (pubblico-privato).  
Le discipline di Gastroenterologia, Nefrologia, Neurologia, Pneumologia e Oncologia è previsto siano assicurate da posti letto "tecnici" in area internistica.

La proposta di rete ospedaliera al momento in discussione prevede, quindi, la conferma dei servizi e delle discipline in regime di degenza attualmente presenti, con la attribuzione di ulteriori specialità e funzioni.

Nel territorio insiste anche una Clinica privata accreditata, a Jerzu, con la quale insistono accordi contrattuali.

Il sistema ospedaliero locale non può essere autonomo per tutte le discipline necessarie alla cura dei cittadini (ogliastrini e turisti) per l'assenza di alcune specialità, in particolare quelle a bassa diffusione (ad es. Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Terapia intensiva neonatale...). Il modello cosiddetto dell'Hub & Spoke (mozzo, elevata complessità di diagnosi, cura e assistenza, e raggio, media e bassa complessità) o del multiantenne (che prevede il riferimento della rete non concentrato in una unica struttura per tutte le discipline) 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 quanto riguarda l'Ospedale "N. S. della Mercede" di Lanusei, si conferma sostanzialmente quanto già descritto nel Piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari allegato alla Delibera Commissario Straordinario ASL Lanusei n. 92 del 01.04.2015, in particolare relativamente all'incremento relativo della dotazione di posti letto dedicati ai pazienti acuti, per sopperire alla riduzione di tale tipologia di degenza della Clinica "Tommasini" di Jerzu e per l'avvio di modelli organizzativi che "efficientino" l'utilizzo della ospedalizzazione attraverso piattaforme di erogazione per durata della degenza (ordinaria, settimanale e diurna) e per aggregazioni funzionali (chirurgica, medica e materno-infantile).

Nel complesso, si programma un numero di posti letto pari a 120, con la previsione che possano essere attribuiti alla disciplina di dimissione i posti letto previsti nel documento di riorganizzazione come "tecnici".

Più specificatamente, i posti letto e le discipline di afferenza si prevede siano organizzati in piattaforme di erogazione o aggregazioni funzionali di area medica, chirurgica e materno-infantile.

Le piattaforme di erogazione di area medica e chirurgica offriranno modelli assistenziali di degenza programmata di giorno (day surgery, 5 posti letto, day hospital, 7 posti letto), articolata su cinque giorni (week

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

hospital, 10 posti letto, e week surgery, 10 posti letto) e sui 365 giorni all'anno (88 posti letto). Tale organizzazione, con un "efficientamento" delle risorse disponibili, consentirebbe una adeguata accoglienza per i ricoveri appropriati pur prevedendo un ulteriore recupero della mobilità passiva per le specialità già esistenti (attualmente comunque non superiore al 15% per le tipologie di cura erogate).

La prossima apertura dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) nel Pronto Soccorso (PS) contribuirà a definire una offerta completa nell'ambito della emergenza urgenza territoriale, garantendo standard organizzativi, strutturali e tecnologici ad una risposta efficace al bisogno della cittadinanza.

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

- aumentare la appropriatezza e specializzazione della attività di ricovero, attribuendo la casistica alla disciplina che prende effettivamente in carico il bisogno del paziente, laddove già esistono gli specialisti (ospedalieri o ambulatoriali) che lavorano in ASL, pertanto senza costi addizionali per il SSR; la finalità è pertanto quella di definire correttamente dei letti dedicati alle discipline specialistiche a media complessità, attualmente letti "tecnici", individuati come sottocodifica all'interno della "divisione" di afferenza; i letti insistenti sulla piattaforma di erogazione dipartimentale così ampliata potranno utilmente essere attribuiti alle specialità secondo il bisogno appropriato del paziente ricoverato (ad es, neurologia, pneumologia, gastroenterologia, nefrologia, urologia e oncologia);
- potenziare la attività erogata in regime diurno e 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 prevista dal lunedì mattina al venerdì pomeriggio, in modo da accogliere i pazienti, relativamente stabili clinicamente, inseriti nelle attività di chirurgia programmata (cosiddetto *week surgery*) o che debbano essere sottoposti a procedure di tipo medico con tempi standard di cura ben definiti (cosiddetto *week hospital*).

Tale riordino porterà sia ad una maggiore specializzazione delle cure sia ad un "efficientamento" dell'ospedale, garantendo l'utilizzo più razionale delle risorse, organizzate per piattaforme di erogazione (medica, chirurgica e materno-infantile), per durata della degenza (DS-DH, week, ordinario) e per livello di intensità di cura (intensivo, semi-intensivo e a medio-bassa intensità).

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

1. **Pronto soccorso:** la proporzione di casi che vi accedono (n.15.636 accessi nel 2015 a fronte dei 14.957 nell'anno 2014) che poi vengono ricoverati è di circa il 25%, 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

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

miglioramento area ambulatoriale), dei percorsi con le cure primarie (per la presa in carico della cronicità), le strutture intermedie (RSA e Ospedale di comunità) e con la clinica di Jerzu (protocolli già formalizzati) consentirà di svolgere più efficacemente la funzione di principale porta di accesso alla degenza ordinaria non programmata per acuti; è parte integrante del sistema dell'emergenza-urgenza che, in sede locale, potrebbe vedere il presidio ospedaliero, stante le unità operative presenti nel PO e confermate dalla proposta di rete ospedaliera (in particolare la rianimazione, la terapia intensiva cardiologica, il centro traumi, il trattamento ospedaliero dell'ictus e la radiologia con presenza medica h. 24 e trasferimento in remoto delle immagini, già operativo), come sede di un DEA di I livello;

2. **Punto nascita:** punto di forza è la elevata copertura del bisogno (89% dei parti delle residenti avvengono nella struttura, 401 su 425 nel 2014, 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 (nel 2015 il volume è ridotto rispetto all'anno precedente); è 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 stato di invertire decisamente questa tendenza, riportandosi progressivamente verso standard nazionali (attualmente posti al 15%, per le strutture sotto i 1000 nati); tale obiettivo è stato solo parzialmente raggiunto (la proporzione nel 2014 è arrivata a 32%), e si rinnova l'impegno per l'anno 2016; si prevede di mantenere l'esperienza e la competenza degli operatori (anche in partnership con altri centri, clinici e di formazione), di monitorare il livello di rischio (quasi eventi ed eventi avversi) e che sia definito (a livello regionale, o quantomeno relativamente alla rete 118 area "Nord") un Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN).
3. **Emodinamica:** per definire una struttura dedicata (all'interno di una cardiologia) il "regolamento ospedaliero" (di cui al Decreto Ministro della salute del 2 aprile 2015 n. 70) 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 riferimento 2° livello nell'ambito della rete per le emergenze cardiologiche; 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 sola popolazione ogliastrina; complessivamente si registrano infatti 164 ricoveri per IMA (dati dal Piano Nazionale di Valutazione degli Esiti, dati relativi all'anno 2014), di cui il 56% (91) vedono comunque l'accesso nell'Ospedale di Lanusei; è da monitorare attentamente la



Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

proporzione di pazienti trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni dal ricovero: il dato si attesta alla metà (20,6%) rispetto al dato medio nazionale (41,4%), il più basso tra le realtà locali regionali (dati PNE su ricoveri 2014), mostrando una relativa difficoltà di accesso alla procedura presso i centri di riferimento; l'attivazione della sala di emodinamica è 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 della popolazione residente (ricoveri ripetuti tra cardiologia di Lanusei e quella del centro Hub), limiterebbero il trasporto dei pazienti (anche accompagnati da medico e/o 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); l'attivazione della sala di emodinamica potrebbe altresì essere funzionale allo sviluppo di procedure interventistiche afferenti anche ad altre discipline (radiologia interventistica, cateteri venosi centrali e fistole artero-venose per pazienti emodializzati) nell'ottica della rete proposta dalla riorganizzazione degli ospedali di cui alla Delib.G.R. n. 6/15 del 2.2.2016, di portare più vicino al cittadino l'equipe dei professionisti, laddove siano garantiti standard strutturali e tecnologici adeguati.

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 ritiene che:

- la disciplina di medicina generale dovrebbe prevedere una riduzione dei p.l. per acuti in regime di degenza ordinaria, che si propone si riducano da 10 a 4, in luogo dei 7 previsti dall'attuale documento di riorganizzazione della rete ospedaliera; il mantenimento di un modulo di 4 p.l. è determinato dalla necessità di assicurare dei percorsi in regime di ospedalizzazione ordinaria, soprattutto per i casi clinici con patologie prevalentemente di tipo internistico che devono essere gestiti in partnership con le strutture ASL, ospedaliere e territoriali (ad esempio protocolli di diagnosi, cura e assistenza condivisi con il Pronto Soccorso o il Servizio delle Dipendenze);
- la disciplina di geriatria, potrebbe mantenere la dotazione attuale di 10 p.l. (in luogo dei 6 previsti dall'attuale documento di riorganizzazione della rete ospedaliera) per acuti in regime di degenza ordinaria, stante la assenza di un reparto dedicato nell'Ospedale di Lanusei;

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

- la disciplina di recupero e riabilitazione funzionale, potrebbe passare dagli attuali 10 p.l. in regime ordinario a 16 (in luogo dei 22 previsti dall'attuale documento di riorganizzazione della rete ospedaliera).

L'incremento si ritiene sufficiente a soddisfare gli attuali e prossimi bisogni della popolazione ogliastrina, anche in considerazione della attività di promozione della appropriatezza del ricovero;

- la disciplina di lungodegenza potrebbe passare dagli attuali 20 p.l. in regime di ricovero ordinario a 26 (in luogo dei 29 previsti dall'attuale documento di riorganizzazione della rete ospedaliera);
- l'incremento complessivo delle due discipline di post-acuzie, con la attribuzione dei p.l. che sono definiti per l'Ogliastro sulla base della popolazione secondo quanto previsto dal "regolamento ospedaliero" (complessivi 0,7 pl su 1000 abitanti, di cui almeno 0,2 per lungodegenza), prevede anche la possibilità di destinare 2-4 p.l. a pazienti che necessitano di cure palliative in regime di degenza ordinaria, stante la provvisoria mancanza di posti letto di Hospice in Ogliastro;
- il regime di ricovero in DH (compresi previsti dall'attuale documento di riorganizzazione della rete ospedaliera) viene ridefinito, passando complessivamente dagli attuali 16 p.l. a 10 (che tenderanno a 4 con il passaggio delle attività chirurgiche all'interno dei PCCA e PACC, come definito sotto), che sono così suddivisi:
  - 2 p.l. di medicina
  - 1 p.l. di geriatria
  - 1 p.l. di chirurgia (erano 8, immediatamente 7, ma tendono a 1 con il passaggio delle attività all'interno dei PCCA e PACC, come definito sotto)
  - 0 p.l. di riabilitazione (erano 4)
- 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 sono 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; la definizione formale dei "pacchetti", già presentati all'attenzione degli Uffici competenti dell'Assessorato, permetterà di ridefinire l'utilizzo del regime di DH chirurgico e la relativa dotazione di p.l. (che a questo punto verrebbero meno), garantendo la cura e assistenza ai cittadini ad un livello organizzativo più appropriato;
- trasferimento delle attività erogate dal Laboratorio di analisi della Clinica all'Ospedale N. S. della Mercede di Lanusei con attivazione del Laboratorio unico aziendale.

Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015.  
Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e  
del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016

Non si ritiene immediatamente e completamente sostenibile la attivazione di due ulteriori livelli di assistenza, già previsti nel Piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari (allegato alla Delibera Commissario Straordinario ASL Lanusei n. 92 del 01.04.2015), in particolare:

- attivazione di un modulo di 12 pl dell'**Ospedale di comunità** dell'Ogliastra, secondo le specifiche già definite dal presente documento; nel corso del 2016 potrebbe, però, iniziare una sperimentazione per l'utilizzo di 4-6 p.l. nell'ambito dei reparti dedicati alla post-acuzie;
- 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), eventualmente, nel corso del 2016 potrebbe iniziare una sperimentazione per l'utilizzo di 3-4 p.l. con funzioni prevalenti di assistenza e cura palliativa e del dolore nell'ambito dei reparti dedicati alla post-acuzie.

La sostenibilità della offerta di prestazioni erogabili in regime di ricovero in Ogliastra non può prescindere da una integrazione stretta tra erogatore pubblico (Ospedale "N.S. della Mercedes" di Lanusei) e privato (Clinica "Tommasini" di Jerzu). Nel 2015, è già avvenuto il trasferimento delle attività erogate dal Laboratorio di analisi della Clinica di Jerzu all'Ospedale di Lanusei.


Importante e quasi 'pionieristico' nella situazione regionale è stata anche la definizione di protocolli di collaborazione per il trasferimento di pazienti che accedono al PS o ai reparti dell'Ospedale e che necessitano di osservazione, assistenza e cura non intensivi o comunque erogabili più appropriatamente in ambito della Clinica, nonché per la cura del paziente con problemi di etilismo in collaborazione con il SerD.

#### 4.1.6 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;

 <b>ASL Lanusei</b>	<b>Piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari</b>	Versione n.02 Revisione 02 del 30.06.2016	Pag. 20 di 21
Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015. Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016			

- è auspicabile un superamento della rigida suddivisione delle attività e competenze del personale del 118 (futuro AREUS) e del pronto soccorso ospedaliero, con definita integrazione e crescita professionale;
- un ruolo di qualche spessore dovrebbero probabilmente assumere i rapporti con la continuità assistenziale (gestione dei codici bianchi e verdi), nelle more di una ridefinizione della stessa e relativa maggiore integrazione con quanto agito dalla medicina generale;
- 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 Lanusei 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 oggettivamente si rileva che ampie zone montane (soprattutto dell'Ogliastra) risultano scoperte non solo dalla attuale ubicazione dell'elicottero (Alghero), ma anche da una eventuale ubicazione delle elibasi a Cagliari-Elmas e Ardana-Mores, essendo i periodi di percorrenza superiori ai 20 minuti, anche a causa dell'orografia del territorio. Pertanto non viene garantita la necessaria tempestività, in ambiti in cui la rete viaria 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 ubicazione delle elibasi di elisoccorso (definite "HEMS", Helicopter Emergency Medical Services) deve tenere prioritariamente in conto il tempo di accesso ai territori in cui il soccorso su gomma non può essere garantito entro il tempo massimo di 20 minuti, quindi oltre alle isole (San Pietro e La Maddalena), le zone montane scarsamente popolate e con reti viarie sicuramente l'Ogliastra.

Approfondimento a parte merita la ricerca e salvataggio (SAR, "search and rescue"), che deve efficacemente integrarsi con la attività HEMS nelle zone costiere e, soprattutto, montane. Una base elicotteristica ubicata presso il distacco dei vigili del fuoco (VVF) di Lanusei, e gestita dagli stessi VVF, consentirebbe di coprire in modo ottimale i territori della costa est dell'Isola (quella che offre maggiore attrattiva turistica) e le zone montuose centrali più impervie (dove di fatto si concentrano le attività di ricerca e salvataggio degli escursionisti). La elisuperficie 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 integrata HEMS con il SAR, non solo darebbe rilievo al corpo dei VVF attraverso una attività istituzionale propria (quale il soccorso nelle aree montane e costiere), ma consentirebbe che gli equipaggi possano effettuare ore di volo non in 'semplice' (e ugualmente costosa) esercitazione ma garantendo il servizio di pubblica utilità.

 <b>ASLLanusei</b>	<b>Piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari</b>	Versione n.02 Revisione 02 del 30.06.2016	Pag. 21 di 21
Redatto secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014, come ulteriormente specificato dalla DGR n. 1/14 del 13.1.2015. Revisionato secondo le specifiche del Piano di rientro Regionale, di cui alla DGR n. del 63/24 del 15.12.2015 e del Piano di rientro ASL 2016 adottato con Deliberazione ASL 62 del 19.2.2016			

## 5 Conclusioni

Qualsiasi processo di riorganizzazione volto prioritariamente al miglioramento del benessere della popolazione 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 implementazioni 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), ma definire chiaramente il risultato ottimale da raggiungere (efficacia).

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.