ASLOristano

Documenti di programmazione anno 2016 Relazione del Commissario Straordinario

(ai sensi della delibera G.R. n. 34/23 del 7.7.2015 e dell'art. 25 del D.Lgs 118/2011)

Premessa

Gli istituti normativi introdotti dal legislatore nazionale, quali le disposizioni contenute nella spending review e nella legge di stabilità, e le diverse disposizioni regionali che richiamano al contenimento della spesa e che dispongono una riduzione delle assegnazioni, determinano un contesto economico particolarmente difficile in cui operare, data anche la complessità del settore sanitario.

Inoltre, la particolarità che contraddistingue l'anno 2015 è quella di una gestione commissariale di breve durata, durante il quale la Regione Sardegna ha avviato un importante processo di riforma del sistema sanitario regionale che ha avuto inizio con la legge regionale n. 23/2014.

Proprio in virtù delle riforme in atto diventa particolarmente difficoltoso procedere alla definizione degli obiettivi programmatici per il prossimo triennio 2016-2018. Così, su indicazione dell'Assessorato Regionale alla Sanità, si è deciso di procedere alla definizione dei documenti economico previsionali per il solo anno 2016.

Il bilancio di previsione è stato predisposto sulla base delle indicazioni previste dall'art. 25 del D.lgs. 23 giugno 2011 n. 118 recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge n. 42 del 05.05.09".

Infatti, con la deliberazione della Giunta regionale n. 29/1 del 22.7.2014, concernente "Adeguamento del sistema della contabilità economico-patrimoniale delle aziende sanitarie al Titolo II D.Lgs. 118/2011", è stato previsto che dal 1° gennaio 2015 fosse data applicazione al Titolo II del medesimo decreto e che fossero contestualmente soppressi la parte II delle direttive di programmazione e rendicontazione di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 50/19 dell'11 dicembre 2007.

Con delibera della Giunta Regionale n. 34/23 del 7.7.2015 sono stati infine definiti gli indirizzi in merito all'applicazione alle aziende sanitarie del Titolo II D.Lgs. n. 118/2011, nonché gli allegati di natura contabile facenti parte integrante e sostanziale del bilancio di previsione.

I programmi scelti da questa Direzione Generale si riferiscono ad una progressiva riorganizzazione dell'offerta dei servizi al cittadino, così come definiti nel processo di riforma avviato dalla Regione Sardegna con la legge regionale n. 23/2014, che di seguito si elencano.

1. Consolidamento degli strumenti del governo clinico e del governo economico per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di efficacia, sicurezza e appropriatezza, contenendo i costi e riducendo gli sprechi nell'uso delle risorse

2. Sviluppo degli interventi e delle azioni Aziendali, coordinate dal Dipartimento di Prevenzione, funzionali al conseguimento degli obiettivi di Prevenzione e di Promozione della Salute, definiti nel Piano Nazionale e nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018

3. Applicazione del modello sperimentale di ambulatori di continuità assistenziale delle cure primarie h 16 avviato a Bosa, in altri ambiti territoriali, per l'interazione delle attività tra medici di medicina generale e medici di continuità assistenziale

4. Attivazione delle Case della Salute nel territorio provinciale per una reale e concreta presa in carico del paziente soprattutto cronico

5. Implementazione delle Cure Intermedie quale forma di assistenza territoriale finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti

6. Avvio del progetto Riabilitativo Ospedaliero mediante l'attivazione di posti letto di Codice 75 di neuroriabilitazione in rete con le attività territoriali e avvio del Servizio di Stroke Unit per una tempestiva presa in carico del paziente nel percorso diagnostico terapeutico delle patologie cerebrovascolari

7. Potenziamento e sviluppo delle attività svolte dalla Rete delle Cure Palliative nella ASL di Oristano rivolta a particolari pazienti fragili e alle loro famiglie e attivazione di un Hospice quale luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo extraospedaliero

8. Riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e dipendenze al fine di potenziare l'assistenza sul territorio

9. Interventi per la riorganizzazione delle attività del Presidio Unico Ospedaliero dell'area omogenea dell'oristanese, articolato in tre stabilimenti, così come delineato dalla rete ospedaliera regionale di prossima adozione

10. Potenziamento delle azioni che mirano ad un'Assistenza Farmaceutica maggiormente appropriata anche a supporto della riduzione della spesa

I documenti economici sono stati costruiti partendo dalle assegnazioni teoriche, delle risorse per il finanziamento indistinto di parte corrente per l'anno 2016, che per la ASL di Oristano ammonta a 247.774.031,40 euro, così come comunicate dall'Assessorato Regionale in data 20.10.2015.

Disponendo di tali assegnazioni è stato possibile prevedere la copertura dei costi solo per alcuni dei programmi sopra elencati, che possono essere garantiti razionalizzando l'uso delle risorse disponibili e reinvestendo i risparmi conseguiti dalle politiche di contenimento dei costi messe in atto.

Con le entrate a disposizione non si è invece in grado di garantire la definizione dei seguenti programmi, se non prevedendo la necessaria copertura con maggiori assegnazioni da parte dell'Assessorato Regionale:

- l'apertura del nuovo reparto di Neuroriabilitazione cod. 75 di cui al programma n. 6;
- l'apertura dei nuovi reparti di nuerologia, oculistica e otorinolaringoiatria, anche se prevista in fase di avvio per l'anno 2016, in funzione del nuovo ruolo che potrà assumere il Presidio Ospedaliero di Oristano nella progetto della nuova rete ospedaliera (DEA di I livello) (parte del programma n. 9);
- l'apertura dell'Hospice i cui lavori di realizzazione, finanziati con fondi comunitari, sono conclusi (parte del programma n. 7).

Nella consapevolezza che tali programmi siano di grande utilità per la sanità oristanese e perfettamente in linea con le riforme regionali in atto (nuova rete ospedaliera e LR 23/2014), questa Direzione Generale, ha di seguito illustrato nel dettaglio i costi emergenti per la loro realizzazione; costi che andrebbero ad incrementare quelli indicati nel Bilancio Economico Previsionale dell'anno 2016, qualora l'Assessorato Regionale riconosca a questa ASL il corrispondente finanziamento.

1. Consolidamento degli strumenti del governo clinico e del governo economico per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di efficacia, sicurezza e appropriatezza, contenendo i costi e riducendo gli sprechi nell'uso delle risorse

Per quanto riguarda il consolidamento degli strumenti del governo economico, si ritiene possibile incidere sui meccanismi di spesa per la produzione dei servizi ai cittadini attraverso un confronto con gli ordinatori della spesa, per il tramite dei gestori delle risorse (quali Provveditorato, Servizio del Personale, Servizi Farmaceutici, Direzioni di Presidio, Direzioni di Distretto), per stabilire programmi di spesa prioritari unitamente alla Direzione Generale.

Sul fronte della spesa per beni e servizi l'Azienda si sta adoperando con diverse azioni volte al contenimento dei costi. Tra queste appare significativo l'impegno profuso per la rinegoziazione dei contratti, invitando le ditte, in conformità a quanto previsto dall'art. 8 del D.L. n 66/2014 convertito in Legge n° 89/2014, a praticare la revisione dei prezzi, in misura pari al 5% per la durata residua del contratto; anche per l'anno 2016 si procederà con tali operazioni di rinegoziazione. Nel contempo sono state programmate e avviate le gare espletate in unione d'acquisto regionali e per quanto attiene alle gare assegnate a questa ASL in qualità di capofila, queste sono state già aggiudicate nell'anno 2015 e per esse si potranno stimare dei risparmi già nell'anno 2016.

La voce di spesa che appare più critica riguarda l'acquisto di beni sanitari ed in particolare l'acquisto di prodotti farmaceutici per cui negli anni 2014 e 2015 si è avuto un incremento che ha riguardato sia i prodotti dispensati in DPC che quelli consumati dai servizi aziendali e dispensati al pubblico tramite le farmacie territoriali.

Tra le classi a maggior consumo gli incrementi maggiori interessano gli antineoplastici, gli immunosoppressivi, gli antiemorragici a cui si aggiungerà per l'anno 2016 la spesa per farmaci contro l'epatite C e la spesa per farmaci contro la sclerosi multipla. Questa Azienda infatti attualmente non spende direttamente per la dispenzazione di farmaci innovativi contro l'epatite C, in quanto non è stato ancora completato l'iter per l'attivazione del Centro di Riferimento per la prescrizione del farmaco in argomento. Per quanto attiene invece i farmaci contro la sclerosi multipla, questi venivano dispensati ai nostri cittadini dalla ASL di Cagliari. Nel mese di maggio 2015 la Regione Sardegna ha autorizzato la ASL di Oristano alla dispensazione di tali farmaci.

In riferimento alla spesa del personale, ci si è attenuti e ci si atterrà alle disposizioni impartite dalla regione per il contenimento della relativa spesa. A tale proposito questa direzione generale ha predisposto un piano di rientro pluriennale della spesa per il personale assunto a tempo determinato (delibera del Commissario Straordinario n. 624 del 31.08.2015) e ha individuato la misura del risparmio nel triennio in esame a seguito del blocco del tourn over del personale dipendente come disposto dalla DGR 43/9 del 01/09/15. Quale ulteriore misura di contenimento della spesa del personale nell'anno 2016, provvederà al contenimento nel ricorso alle prestazioni aggiuntive.

Sul fronte dell'acquisto delle prestazioni sanitarie dal privato accreditato si prevede di rispettare il tetto di spesa assegnato a livello regionale e si proseguirà nell'effettuare i controlli di efficacia suelle prestazioni erogate. Tuttavia nel corrente mese questa ASL ha provveduto a comunicare alla RAS i fabbisogni in termini di prestazioni erogate direttamente e per il tramite del privato accreditato, prevedendo per questi ultimi un incremento nel costo di acquisto delle prestazioni per l'anno 2016, superiore rispetto ai tetti di spesa deliberati dalla RAS per il 2015. Non avendo naturalmente alcun riscontro rispetto a tali richieste ci si dovrà attenere momentaneamente a quanto deliberato per l'anno 2015.

Come ogni anno rimane però la criticità di un tetto di spesa fortemente insufficiente per l'acquisto di prestazioni presso le residenze sanitarie assistite, per cui nell'anno 2014 si è verificata una spesa pari a circa 2.228.858 euro, rispetto al tetto di spesa pari a 1.435.716 euro.

Per quanto riguarda il consolidamento degli strumenti del governo clinico, che in maniera sinergica sono necessari a supportare il progetto di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di raggiungimento di elevati standard assistenziali, si proseguirà nello sviluppo di diversi progetti attualmente in corso.

Dall'analisi dell'appropriatezza dell'assistenza e dietro indicazione regionale, si proseguirà con l'attività di monitoraggio della qualità dell'assistenza attraverso un set di indicatori, anche in riferimento a quanto indicato nel Piano Nazionale Esiti. Nel primo semestre 2015 sono stati raggiunti importanti risultati in merito a due indicatori di appropriatezza, quali il trattamento della frattura del femore in pazienti di età >=65 anni entro i due giorni dall'ammissione (verificatosi nell'82% dei casi), e la colecistectomia laparoscopica con degenza post operatoria inferiore a tre giorni (verificatosi nell'80% dei casi).

Nell'anno in corso si è provveduto a condurre un programma di audit interni clinici, organizzativi e documentali anche funzionali alla definizione dell'iter di accreditamento delle strutture aziendali, che sarà portato avanti anche nell'anno 2016.

Si proseguirà poi nel mantenere aggiornati, raccogliere e rendere facilmente conoscibili e fruibili i documenti aziendali, quali i PDTA (protocolli diagnostico terapeutici assistenziali), le linee guida, le procedure, i percorsi assistenziali, le istruzioni operative, esistenti in azienda. Si proseguirà altresì nello sviluppo delle attività di Gestione del Rischio Clinico e consolidamento del sistema aziendale per la segnalazione degli eventi avversi e del SEA (Significant Event Audit) come strumento di formazione per analizzare l'errore e verificare le necessità formative e le carenze organizzative.

Tra gli obiettivi di questa Asl vi è lo sviluppo di un progetto di umanizzazione e qualificazione degli atti di cura, avviato nel 2014, che pone al centro la persona e non solo la patologia, e individua gli aspetti migliorabili nei diversi tipi di approccio relazionale di tutti gli operatori di questa Azienda. Questo progetto di introduzione della "Medicina Narrativa", ove si è deciso di porre attenzione al vissuto del paziente ed al suo modo di percepire la malattia come strumento per migliorare le cure e rendere più efficaci le terapie, è da ritenersi interessante anche per l'auspicio che questo porti nuove motivazioni personali tra gli operatori. L'obiettivo è quindi quello di sviluppare consapevolezza critica nelle persone, migliorare la qualità delle cure, l'appropriatezza dei percorsi di assistenza, attraverso l'aderenza terapeutica alle storie di ognuno, non ultima, la qualità di vita dei malati, in particolare nell'area della cronicità, e dei professionisti coinvolti nella relazione di cura.

Le attività di formazione continua, i training e lo sviluppo professionale, su cui questa Direzione Generale continuerà ad investire, saranno poi utili strumenti per migliorare la qualità dell'assistenza in termini di processi e esiti assistenziali, in quegli ambiti in cui risultano esserci delle carenze da colmare rispetto alle prestazioni che l'Azienda ha deciso di garantire ai suoi residenti.

La costruzione del manuale delle competenze, iniziato nel 2014 con la definizione delle competenze trasversali e proseguito nel 2015 con la definizione delle comptenze professionali in alcuni ambiti, sarà un utile strumento per la redazione del Dossier Formativo, ove sarà raccolto il fabbisogno, in termini di formazione, necessario a colmare il divario tra competenze attese e rilevate. Il Dossier rappresenterà così l'anello di congiunzione fra le strategie di sviluppo presenti nei documenti di programmazione aziendale e il modello di competenze richiesto per realizzarle. In questo modo sarà naturalmente possibile agganciare la formazione, come leva per lo sviluppo strategico, al ciclo della performance.

2. Sviluppo degli interventi e delle azioni Aziendali, coordinate dal Dipartimento di Prevenzione, funzionali al conseguimento degli obiettivi di Prevenzione e di Promozione della Salute, definiti nel Piano Nazionale e nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018

Con deliberazione della G.R. n. 30/21 del 16.6.2015 è stato adottato il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, nel quale si è provveduto ad individuare 24 Programmi da sviluppare e un piano di monitoraggio idoneo a valutare e documentare l'avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici.

I 24 Programmi di prevenzione e di promozione della salute sono i seguenti:

- ✓ Una scuola in salute
- ✓ Comunità in salute
- ✓ Identificazione precoce dei soggetti a rischio malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e presa in carico sistemica
- ✓ Identificazione precoce dei tumori oggetto di screening e presa in carico sistemica
- ✓ Screening dei disturbi sensoriali neonatali
- ✓ Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica
- ✓ Prevenzione degli incidenti stradali e riduzione della gravità dei loro esiti
- ✓ Prevenzione degli incidenti domestici
- ✓ Prevenzione degli infortuni
- ✓ Prevenzione delle malattie professionali
- ✓ Consolidamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato
- ✓ Miglioramento dell'efficacia delle attività di controllo e della compliance
- ✓ Sorveglianza epidemiologica salute/inquinanti ambientali
- ✓ Supporto alle politiche ambientali
- ✓ Riduzione delle esposizioni a sostanze chimiche
- ✓ Sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni
- ✓ Sviluppo e potenziamento dei sistemi di sorveglianza e risposta alle emergenze infettive
- ✓ Programma di lotta alla Tubercolosi e alle infezioni da HIV
- ✓ Controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico - resistenza
- ✓ Integrazione dei controlli sulla sicurezza alimentare
- ✓ Promozione della sicurezza nutrizionale
- ✓ Gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche
- ✓ Prevenzione delle malattie trasmissibili tramite vettori animali
- ✓ Prevenzione del randagismo

Il Dipartimento di Prevenzione dovrà garantire il ruolo di stewardship e governance del Piano a livello locale, rappresentando il motore per l'attuazione dei programmi e garantendo il monitoraggio delle attività previste. Il Dipartimento di Prevenzione dovrà altresì coinvolgere e coordinare le strutture aziendali interessate dalle azioni del PRP. Per ottimizzare e facilitare le attività di Piano saranno costituiti appositi Gruppi di lavoro e attivate azioni di formazione e comunicazione.

La Direzione Generale provvederà quindi a nominare il coordinatore aziendale e i referenti aziendali dei singoli programmi per il raggiugimento e il monitoraggio degli obiettivi proposti nei 24 programmi previsti dal PRP.

Si dovranno poi costruire i progetti locali con l'indicazione delle attività, dei tempi, dei compiti assegnati alle figure a vario titolo coinvolti e la definizione di un piano di monitoraggio che preveda l'individuazione delle fonti informative utili alla verifica periodica dei risultati conseguiti, prevedendo a tal proposito il rafforzamento per es. dei sisitemi di sorveglianza.

Saranno quindi utili in maniera trasversale a tutti i 24 programmi, le seguenti azioni per rafforzare e sostenere il raggiungimento degli obiettivi di programma:

- la definizione di accordi con Enti, Istituzioni, Associazioni e altri gruppi di interesse per la condivisione delle azioni previste nei programmi;
- la costruzione di piani di formazione aziendali in sintonia con i piani di formazione regionali del PRP;
- la realizzazione di campagne informative locali anche al fine di sostenere le campagne regionali di comunicazione;
- la creazione e il coordinamento di gruppi di lavoro aziendali per la definizione e lo sviluppo delle azioni previste nei singoli programmi.

3. Applicazione del modello sperimentale di ambulatori di continuità assistenziale delle cure primarie h 16 avviato a Bosa, in altri ambiti territoriali, per l'interazione delle attività tra medici di medicina generale e medici di continuità assistenziale

Nella gestione integrata della cronicità il medico di medicina generale è sicuramente il principale referente della presa in carico e dell'attivazione del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato per il paziente stesso. Nel favorire la continuità assistenziale anche tramite la realizzazione di una rete dei servizi di cure primarie, si creano le condizioni affinchè si istituiscano delle interrelazioni gestionali e relazionali tra professionisti che lavorano congiuntamente. Ciò consentirà la condivisione di dati e conoscenze per fornire una risposta di rete ai bisogni dei cittadini, soprattutto in un'ottica di continuità assistenziale h 24 e di sicurezza del paziente.

Dal mese di aprile 2015 tale modello, a titolo sperimentale, è attivo a Bosa con sede al piano terra del P.O. Mastino, con l'avvio di un ambulatorio H 16.

Partecipano al progetto cinque medici di medicina generale e un pediatra di libera scelta appartenenti all'ambito di Bosa e Montresta che si avvicendano secondo turni prestabiliti e tra loro concordati. L'ambulatorio H 16 è operativo dal lunedì al venerdì, dalle ore 16,00 alle ore 20,00. Dalla stessa data e nello stesso orario gli assistiti possono accedere all'ambulatorio infermieristico che oltre alle prestazioni infermieristiche garantisce un servizio di informazione all'utenza. Il Servizio di Continuità Assistenziale (guardie mediche) presso la stessa sede dalle ore 20,00 alle ore 8,00 garantisce la continuità dell'assistenza. Possono accedere gratuitamente all'ambulatorio di Medicina Generale gli assistiti dei medici che aderiscono al progetto sperimentale, mentre gli utenti assistiti da medici non aderenti al progetto o residenti fuori ambito possono accedere alle prestazioni sanitarie in regime libero professionale, come previsto dalla norma, dietro il pagamento di una tariffa per le visite ambulatoriali, domiciliari e la prescrizione dei farmaci.

Gli utenti hanno dimostrato direttamente agli operatori il gradimento per l'estensione e il tipo di assistenza offerto. A questo proposito il Servizio Psicologia Aziendale sta predisponendo dei questionari per la rilevazione del gradimento dell'attività, da somministrare dopo il primo semestre e dopo un anno di sperimentazione.

Sempre nel mese di aprile è stato insediato il Tavolo Locale per le Cure Primarie, costituito dai Medici di Medicina Generale e dal Pediatra di Libera Scelta partecipanti al progetto, dal Direttore del Distretto, dal Direttore del Servizio per le Professioni Sanitarie, dalla Direzione Sanitaria del Presidio di Bosa, dai Responsabili di UU.OO. Ospedaliere, dal Responsabile della Formazione Aziendale, dagli operatori del PUA e dal Coordinatore del Tavolo Locale per le Cure

Primarie. Il Tavolo Locale per le Cure Primarie si riunisce a cadenza settimanale o quindicinale in autoconvocazione, offre l'opportunità di confronto e discussione di problematiche concrete, e di fatto, oltre che alla soluzione delle criticità che emergono nella quotidianità, è uno strumento di integrazione tra professionisti e di riflessione sulle attività avviate.

Sulla base dell'esperienza in corso a Bosa e di quanto emergerà dagli incontri del Tavolo Locale per le Cure Primarie si provvederà a delineare un modello organizzativo che definisce compiti, responsabilità, relazioni cliniche e organizzative e percorsi per l'erogazione dei servizi utili al corretto e appropriato funzionamento del servizio.

Per l'anno 2016 è intendimento di questa Direzione provvedere all'avvio progressivo dell'attività nei Comuni di Ales, Terralba, Cabras, Samugheo, Oristano, Solarussa, Mogoro.

A tale proposito sarà necessario individuare gli spazi per l'allocazione degli ambulatori, stilare l'accordo con i medici aderenti, individuare il personale aziendale referente e operante per l'avvio del servizio e programmare l'acquisizione di quanto necessario all'avvio delle attività.

4. Attivazione delle Case della Salute nel territorio provinciale per una reale e concreta presa in carico del paziente soprattutto cronico

Quale naturale evoluzione del progetto di continuità assistenziale delle cure primarie di cui sopra, si procederà con l'attivazione delle Case della Salute che prevedono la creazione di un ambulatorio integrato dove lavoreranno, fianco a fianco, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, medici di continuità assistenziale ed in prospettiva anche altre professionalità quali le assistenti sociali. Saranno comunque individuati i Servizi minimi garantiti all'interno delle singole Case della Salute operanti in provincia, in relazione al dimensionamento della stessa. Sarà delineato altresì il modello organizzativo, all'interno della rete, del sistema integrato dei servizi da offrire, individuando compiti, responsabilità, relazioni cliniche e organizzative e percorsi per l'erogazione di un servizio efficiente e di qualità, nonchè le interfacce con gli altri servizi aziendali e quindi con gli altri Dipartimenti.

A tal proposito in data 21 luglio ha avuto luogo a Bosa la prima edizione del corso di formazione "Le Case della Salute nella organizzazione assistenziale territoriale della ASL di Oristano" con una richiesta di partecipazione oltre le aspettative. Il corso di formazione si proponeva di illustrare agli operatori del territorio, da parte degli attori coinvolti direttamente, la prima fase del progetto sperimentale e delineare le prospettive di crescita e miglioramento delle attività appena avviate.

I contenuti dell'evento hanno riguardato i seguenti temi:

- La nuova visione del territorio secondo la L. Balduzzi e il Patto per la Salute;
- I servizi e l'organizzazione in ambito distrettuale;
- Il parere del MMG;
- I bisogni e le risposte nella Casa della Salute;
- La costruzione di risposte integrate tra Le Professioni Sanitarie, il Farmacista Territoriale, lo Specialista Ambulatoriale, il Medico di Continuità Territoriale;
- La continuità Ospedale Territorio;
- Le risorse del Territorio e le azioni condivise per la salute
- Le progettualità a breve medio termine.

Presso la sede di Ghilarza il 28 settembre, ad Ales il 5 ottobre e a Terralba il 12 ottore si sono svolte le altre edizioni dell'evento per dare maggiore contestualità e prospettiva all'eventuale realizzazione di un progetto sperimentale anche in queste sedi. Altri incontri sono inoltre previsti presso gli ambiti territoriali in cui sorgeranno le altre Case della Salute: a Cabras il 9 novembre e a

Samugheo il 16 novembre. Si attendono invece notizie dall'Assessorato Regionale circa la possibilità di ottenere un finanziamento per la realizzazione di una Casa della Salute a Mogoro.

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

Relativamente ai costi per l'attivazione del servizio, questi sono riferibili per lo più ad interventi di tipo strutturale e all'acquisto di arredi per cui esistono apporsiti finanziamenti regionali. Si rivela invece realizzabile a costo invariato relativamente alla spesa del personale giacchè per il suo funzionamento è necessario esclusivamente una rivisitazione del modello organizzativo più funzionale, e sicuramente più razionale, per la gestione di tale presidio territoriale rispetto al vecchio modello di erogazione dei servizi.

La prima Casa della Salute sorta nel territorio provinciale è quella nata di recente a Laconi per dare risposte concrete ai bisogni sanitari dei cittadini del Sarcidano. Attraverso la realizzazione di un progetto di ristrutturazione del Poliambulatorio di Laconi, con un radicale rinnovamento dell'edificio dotato di nuovi arredi e di maggiori comfort, la Casa della Salute ospita il CUP (Centro Unico di Prenotazione), gli uffici ticket, l'assistente sociale e i servizi di volontariato, la sala prelievi e la sala d'attesa, gli ambulatori di continuità assistenziale, dei medici di medicina generale e degli specialisti ambulatoriali.

A breve termine potrà concludersi il progetto della Casa della Salute a Bosa ove il servizio, che sarà collocato al piano terra dell'Ospedale Mastino, ha lo scopo di realizzare una sorta di "filiera della salute" a cui il paziente potrà rivolgersi per le più diverse necessità, dalla visita generica all'esame specialistico. Un duplice vantaggio per il cittadino, che troverà concentrati professionalità e prestazioni in un unico punto e potrà ricevere una risposta alle proprie esigenze non solo negli orari di apertura dell'ambulatorio del proprio medico di famiglia, ma in un raggio temporale più esteso. Nello specifico è stato previsto che al piano terra del nosocomio bosano troveranno spazio il CUP (Centro Unico di Prenotazione), di recente ristrutturazione, il Pronto Soccorso e la Radiologia, oltre agli ambulatori degli specialisti ambulatoriali e dei medici di famiglia. Le Unità Operative di Medicina e Chirurgia continueranno ad operare nel piano unico delle degenze, costituito al fine di rendere più snella e funzionale la presa in carico dei pazienti e la gestione delle risorse umane. A completare l'offerta sorgerà nei primi mesi dell'anno 2016 il nuovo Centro Dialisi; la struttura,

dotata di sei posti rene più uno per acuti, potrà soddisfare in loco le esigenze di quei pazienti della Planargia che soffrono di insufficienza renale e dei turisti che nei mesi estivi hanno l'esigenza di poter proseguire la terapia.

Si attendono notizie invece circa la possibilità di realizzare una Casa della Salute nel comune di Ales per cui si è provveduto a predisporre un progetto preliminare, unitamente alla determinazione del correlato prospetto finanziario, trasmesso in data 27.02.2015 all'Assessorato Regionale dell'igiene e Sanità.

Ad oggi risulta in corso di realizzazione la Casa della Salute di Terralba. Tra i fatti che hanno rallentato la sua messa in opera, la notizia che l'area indicata dallo stesso Comune, quale possibile localizzazione della struttura sanitaria, è soggetta a vincolo archeologico; attualmente il Comune ha individuato una nuova area.

5. Implementazione delle Cure Intermedie quale forma di assistenza territoriale finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti

Altro importante progetto che questa Azienda intenderebbe conseguire nell'anno 2016 riguarda l'attivazione delle Cure Intermedie. L'avvio di tale forma assistenziale, presente nel disegno di riforma regionale in atto (LR 23/2014), è presente altresì nel progetto di massima di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari, mediante un progetto di scorporo e di riconversione delle attività svolte inappropriatamente nei presidi ospedalieri, al fine di individuare quelle da trasferire alle strutture territoriali (Delibera del Commissario Straordinario n. 199 del 30.03.2015).

In attesa di conoscere il contenuto del documento regionale di riorganizzazione della rete territoriale, questa ASL ha ipotizzato di poter avviare le Cure Intermedie presso i presidi di Bosa e di Ghilarza pur nella consapevolezza che la previsione di tale servizio anche nel Distretto di Oristano si rivelerebbe altrettanto importante.

Le Cure Intermedie, erogate in strutture residenziali extraospedaliere ad elevata valenza sanitaria, si riferiscono a ricoveri temporanei che offrono risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale, principalmente dei soggetti anziani fragili. La loro attivazione potrà favorire la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri e anticipare i tempi di dimissione dagli ospedali per acuti attraverso percorsi che facilitano la transizione dei pazienti dall'ospedale al domicilio.

Le Strutture di Cure Intermedie (SCI) prendono in carico pazienti:

- dimessi da reparti per acuti i quali, pur non richiedendo un intervento di riabilitazione intensiva, non possono essere dimessi al proprio domicilio;
- dimessi dalla Emergenza/Pronto soccorso, per i quali il ricovero in reparto per acuti potrebbe essere inappropriato in quanto rispondente a bisogni sostanzialmente di urgenza sociale e non clinica (come ad es. per anziani soli o con scarsa tenuta della rete familiare);
- dimessi da reparti per postacuzie che hanno terminato il ciclo di riabilitazione intensiva che non possono ancora essere dimessi al proprio domicilio;
- una quota di pazienti dal proprio domicilio che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dalle varie forme di Cure Domiciliari.

Quale prerequisito all'ingresso, i Distretti Socio Sanitari provvederanno alla presa in carico del paziente con la progettazione, mediante valutazione multidimensionale, di un Piano di Assistenza

Individualizzato e di un percorso successivo al ricovero in SCI che dovrà essere stato condiviso dalla famiglia. Per tale aspetto i Distretti, attraverso l'attività del PUA attualmente a pieno regime, posseggono già capacità e organizzazione sufficienti per attivare tale percorso.

Le Strutture di Cure Intermedie dimettono i pazienti:

- al loro domicilio con o senza un intervento di Cure Domiciliari;
- verso strutture Residenziali o semiresidenziali;
- verso strutture per acuzie/postacuzie qualora previsto nel progetto iniziale o per aggravamento non gestibile in SCI.

La consapevolezza della necessità di tali forme di assistenza è rafforzata dal verificarsi di una spesa storica per l'inserimento di pazienti in strutture sanitarie residenziali, ben oltre il tetto di spesa assegnato a questa Azienda dalla Regione Sardegna pari a € 1.435.715,86 nell'anno 2014 (la spesa ammonta a € 2.556.337 nel 2013 e € 2.346.965 nel 2014). Gli inserimenti hanno riguardato numerosi pazienti ad alta e altissima intensità assistenziale (su 478 pazienti ricoverati nell'anno 2014, 251 di essi è stato ricoverato per bisogni complessi con ricoveri ad alta intensità assistenziale). Inoltre, gli obiettivi di miglioramento del trend in diminuzione del tasso di ospedalizzazione, come richiesto a livello nazionale e regionale in riferimento agli obiettivi di appropriatezza, saranno resi più difficili se la nostra provincia non si doterà di strutture residenziali territoriali adeguate.

Rispetto al progetto aziendale di realizzazione delle Cure Intermedie a Bosa e a Ghilarza, questo si potrà realizzare nell'anno 2016 per la disponibilità di spazi nei rispettivi presidi ospedalieri. Si pensa sia indispensabile attivare quantomeno 10 posti letto da inserire nell'ambito del P.O. di Ghilarza e 15 posti letto da inserire nell'ambito del P.O. di Bosa. Infatti, logisticamente tali plessi si rivelano ottimali sia per la presenza dei servizi di diagnostica, sia per la presenza dei professionisti specialisti ambulatoriali e ospedalieri che vi operano in grado di poter assicurare adeguate consulenze e infine sarà possibile una ottimizzazione dell'impiego del personale infermieristico che opera nei reparti.

La realizzazione di tale progetto si può prevedere ad invarianza di costi in quanto può essere realizzato appunto negli stabilimenti ospedalieri, impegnando in maniera più razionale il personale dipendente già operante nelle strutture.

6. Avvio del progetto Riabilitativo Ospedaliero mediante l'attivazione di posti letto di Codice 75 di neuroriabilitazione in rete con le attività territoriali e avvio del Servizio di Stroke Unit per una tempestiva presa in carico del paziente nel percorso diagnostico terapeutico delle patologie cerebrovascolari

Il progetto Riabilitativo Ospedaliero, proposto da tempo quale progetto da avviare nella nostra Provincia, trova difficoltà nella sua attivazione sia per la mancata autorizzazione da parte della Regione Sardegna di un accreditamento provvisorio della struttura di Riabilitazione Intensiva cod. 75, presso il Presidio Ospedaliero San Martino, sia per la mancata autorizzazione all'assunzione del personale necessario allo svolgimento dell'attività che determinerebbe il superamento del tetto di spesa di cui alla L. 23/12/2009 n. 191 art. 2.71.

La proposta di "Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna", deliberato dalla Giunta Regionale, ha accolto la richiesta della ASL di Oristano in merito al Progetto Riabilitativo, ipotizzando di destinare a questa ASL 16 p.l. di neuroriabilitazione (cod. 75), 41 p.l. di recupero e riabilitazione funzionale codice 56 (27 p.l. al pubblico e 14 al privato accreditato) e 24 p.l. per la lungodegenza (15 p.l. al pubblico e 9 al privato accreditato).

Attualmente l'Assessorato Regionale alla Sanità con una nota del 26.10.2015 ha comunicato che i posti letto di neuroriabilitazione codice 75 ospedalieri non possono essere gestiti presso l'Istituto Santa Maria Bambina poiché trattasi di struttura territoriale. Pertanto al fine di garantire la massima sicurezza dei pazienti altamente instabili, la nueroriabilitazione sarà gestita a livello ospedaliero mediante l'apertura di un reparto presso il PO San Martino di Oristano, non appena la Regione concederà l'accreditamento per la struttura e l'autorizzazione all'assunzione del personale.

L'Istituto Santa Maria Bambina continuerà a mettere a disposizione risorse professionali e tecnologiche prendendo in carico i pazienti che necessitano di riabilitazione globale a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale, che richiede alti standard di specializzazione, mediante il potenziamento dell'offerta riabilitativa territoriale. A carico dell'Istituto privato resterà la riabilitazione territoriale che rappresenta una importante parte dell'attività riabilitativa con l'obiettivo di costruire un importante polo riabilitativo mettendo insieme le risorse professionali e tecnologiche esistenti sul territorio.

In collaborazione con il privato accreditato pertanto si costituirà la rete delle post-acuzie e delle attività territoriali ad essa correlate, per assicurare una adeguata assistenza al paziente nel suo percorso di cura e per garantire dei giusti livelli di appropriatezza nella gestione della acuzie.

La necessità di attivare i posti letto di neuroriabilitazione è inoltre condizione indispensabile per assicurare l'avvio di una pronta attività di riabilitazione in un percorso diagnostico terapeutico delle patologie cerebrovascolari.

A completamento del percorso, nell'anno 2016 si intenderebbe progettare presso il PO San Martino di Oristano l'avvio del servizio di Stroke Unit (SU), così come previsto anche nella proposta regionale di riorganizzazione della rete ospedaliera.

La SU è un'area assistenziale dedicata alle malattie cerebrovascolari acute dove ricoverare i malati con ictus, onde poterli sottoporre tempestivamente ad un protocollo diagnostico completo e alla terapia più adeguata al tipo di ictus. I malati vengono sottoposti ad un monitoraggio dei parametri vitali ed iniziano il più precocemente possibile un programma di riabilitazione personalizzato alle necessità individuali. Il programma diagnostico-terapeutico-riabilitativo deve essere svolto da un équipe multiprofessionale composto da neurologi, cardiologi, infermieri, fisiatri e terapisti della riabilitazione specializzati nella cura dell'ictus. Sarà dunque necessario costituire una rete tra le varie unità operative per garantire un intervento rapido e definire accessi preferenziali soprattutto ai servizi di diagnostica. Utile pertanto a tale scopo sarà definire i protocolli, congiuntamente alle unità operative ospedaliere coinvolte (pronto soccorso, medicina interna, cardiologia con il servizio di emodinamica, oramai attivo h 24 e 7 giorni su 7, neuroriabilitazione, servizi della diagnostica), e ai servizi territoriali che garantiranno la continuità delle terapie riabilitative intraprese nel presidio ospedaliero.

L'apertura del nuovo reparto di Neuroriabilitazione cod. 75 comporterebbe un incremento di costi rispetto al bilancio di previsione per l'anno 2016 pari a 3.945.111,00 euro, così dettagliato:

Prospetto riepilogativo dei costi annuali e di avvio attività necessari alla attivazione di n. 16 posti letto per prestazioni di neuro-riabilitazione (Cod. 75) presso il P.O. San Martino di Oristano

COSTI RELATIVI AL PERSONALE			
fabbisogno risorse umane necessarie alla attivazione di n. 16 posti letto ai sensi dei criteri di cui alla DGR 47/42 del 30/12/2010			
Pos. funz./profilo	**numero unità**	**costo unitario**	**valorizzazione economica annua con oneri riflessi**
Direttore della Struttura di Riabilitazione	1	128.742,04	€ 128.742,04
Dirigente Medico	12	74.759,33	€ 897.111,96
Fisioterapista e Logopedista	7	33.680,42	€ 235.762,94
Terapista occupazionale	2	33.680,42	€ 67.360,84
Coordinatore Infermieristico	1	38.531,00	€ 38.531,00
Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere Cat. D	20	33.680,42	€ 673.608,40
Operatore Socio Sanitario	7	27.544,50	€ 192.811,50
Dirigente Sanitario Psicologo	1	62.502,00	€ 62.502,00
Assistente Sociale	1	33.680,32	€ 33.680,32
TOTALE	**51**		**€ 2.330.111,00**

COSTI GENERALI CON STRUTTURA A PIENO REGIME	
Tipologie di costo	**valore**
Beni sanitari	€ 400.000,00
Diagnostica e Consulenze	€ 110.000,00
Pulizie e smaltimento rifiuti	€ 70.000,00
Manutenzioni e Utenze	€ 65.000,00
Pasti	30.000,00
Lavanolo	€ 40.000,00
TOTALE	**€ 715.000,00**

COSTI DI AVVIO ATTIVITA'	
Tipologie di costo	**valore**
Acquisto tecnologie dedicate: - Robot riabilitativo arto inferiore - Braccio Robotico - Settore riabilitazione integrata sensoriale - Circuito isocinetico rinforzo muscolare - ecc.	**€ 900.000,00**
TOTALE COMPLESSIVO COD. 75	**€ 3.945.111,00**

Tali spese potranno essere sostenute solo qualora l'Assessorato Regionale riconosca a questa ASL il corrispondente finanziamento.

7. Potenziamento e sviluppo delle attività svolte dalla Rete delle Cure Palliative nella ASL di Oristano rivolta a particolari pazienti fragili e alle loro famiglie e attivazione di un Hospice quale luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo extraospedaliero

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

Nel rispetto delle linee guida nazionali e regionali (LR 33/32 del 2013 e 5/31 del 2014), è stato definito in Azienda un modello di Rete delle Cure Palliative ove per rete aziendale si intende l'insieme delle prestazioni che garantiscono l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio e realizzazione di un percorso di cure palliative.

La Rete è composta da differenti modalità assistenziali

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

Il coordinatore della Rete è stato individuato nel Direttore dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione.

L'inizio delle attività di *Cure Domiciliari Palliative* è avvenuto nel giugno 2015 nel Distretto di Oristano con la presa in carico del primo paziente e con la riunione della prima equipe di cure palliative. Si è poi proseguito con le attività anche nei Distretti di Ales-Terralba e Bosa-Ghilarza. L'equipe di Cure Palliative (organizzazione funzionale dei tre Distretti sociosanitari, nell'ambito della Unità Operativa Cure Domiciliari Integrate del Distretto sociosanitario), adeguatamente formata, si ispira al principio della presa in carico globale della persona portatrice di bisogni

sociosanitari complessi e presuppone un passaggio dalla visione specialistica alla visione olistica della persona nelle sue diverse dimensioni e funzioni, per passare dal concetto di cura della malattia a quello del "prendersi cura", nel senso di farsi carico dell'assistito nella sua unitarietà e globalità.

L'erogazione delle *Cure Palliative attraverso gli ambulatori* è già attiva nei presidi ospedalieri di Oristano, Bosa e Ghilarza e dal 2015 anche nei comuni di Ales e Terralba. Sono gestiti dall'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione che si rapporta con il Medico di Medicina Generale, i Pediatri e il Servizio delle Cure Domiciliari.

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

La struttura è stata realizzata dal Comune di Oristano nella città capoluogo con fondi del Comune di Oristano derivanti da un finanziamento comunitario, su un terreno di proprietà della ASL. Non sono però attualmente disponibili fondi per l'acquisizione di arredi e attrezzature sanitarie per cui si è richiesto apposito finanziamento alla RAS. Per il funzionamento della struttura, che può ospitare 8 posti letto, oltre all'acquisto di arredi e attrezzature è indispensabile prevedere una dotazione organica minima, nel rispetto degli standard organizzativi per l'accreditamento, composta da 3 medici, 10 infermieri, 6 OSS. Le presenza delle altre figure necessarie al funzionamento del servizio saranno garantite mediante l'impiego di progetti specifici dedicati.

La formazione degli operatori della rete è un elemento importante da sviluppare così come lo saranno i sistemi di monitoraggio qualitativo e quantitativo delle prestazioni erogate, verificandone gli esiti. Nell'anno 2015 si è dato avvio al corso formativo aziendale, per il personale coinvolto nella Rete, utile a fare acquisire conoscenze teoriche e competenze tecnico professionali nonché ad acquisire conoscenze di processo e di sitema indispensabili per la buona riuscita di un progetto di rete. Percorso formativo che proseguirà anche nell'anno 2016.

L'apertura dell'Hospice, elemento importante del progetto sopra delineato per il territorio provinciale e non solo, comporterebbe un incremento di costi rispetto al bilancio di previsione per l'anno 2016 pari a 1.473.252,77 euro, così dettagliato:

Prospetto riepilogativo dei costi annuali necessari alla attivazione di n. 8 posti letto della struttura Hospice di Oristano

COSTI RELATIVI AL PERSONALE			
fabbisogno risorse umane necessarie alla attivazione di n. n. 8 posti letto della struttura Hospice di Oristano			
Pos. funz./profilo	**numero unità**	**costo unitario**	**valorizzazione economica annua con oneri riflessi**
Dirigente Medico	3	74.759,33	€ 224.277,99
Coordinatore Infermieristico	1	38.531,00	€ 38.531,00
Collaboratore Professionale Sanitario – Infermiere Cat. D	9	33.680,42	€ 303.123,78
Operatore Socio Sanitario	6	27.544,50	€ 165.267,00
TOTALE	**19**		**€ 731.199,77**

COSTI GENERALI CON STRUTTURA A PIENO REGIME	
Tipologie di costo	**valore**
Beni sanitari	88.000
Diagnostica e Consulenze	30.000
Pulizie e smaltimento rifiuti	48.000
Vigilanza (portierato e guardia armata)	180.000
Manutenzioni e Utenze	66.000
Pasti	55.000
Lavanolo	22.000
TOTALE	**€ 489.000,00**

COSTI DI AVVIO ATTIVITA'	
Tipologie di costo	**valore**
Acquisto arredi e tecnologie dedicate	**€ 253.053,00**
TOTALE COMPLESSIVO HOSPICE	**€ 1.473.252,77**

Tali spese potranno essere sostenute solo qualora l'Assessorato Regionale riconosca a questa ASL il corrispondente finanziamento.

8. Riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e dipendenze al fine di potenziare l'assistenza sul territorio

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze in presenza di strutture territoriali adeguate, si porrà l'obiettivo di indirizzare i pazienti e/o le patologie che risultano inappropriatamente trattate in ambito ospedaliero, verso forme di assistenza territoriali più adeguate.

Per questo i programmi sopra illustrati di realizzazione delle Case della Salute piuttosto che delle Cure Intermedie, saranno utili a supportare anche tale livello assistenziale nella presa in carico del paziente.

Tali patologie riguardano principalmente le sindromi cognitive-deficitarie, le demenze in fase iniziale o non conclamate, patologie psichiatriche come l'autismo e le insufficienze mentali, le intossicazioni etiliche in fase acuta e cronica non associate a patologia psichiatrica, i ricoveri ospedalieri "sociali" di pazienti fragili che necessitano di protezione nelle Strutture per carenze familiari relazionali o assistenziali, i pazienti oncologici con problematiche psicologiche e/o psichiatriche, i pazienti anziani privi di assistenza domiciliare, ecc.

Potranno inoltre essere indirizzati alle Casa della Salute i pazienti cronici che necessitano di controlli specialistici complessi e i pazienti cronici che necessitano di somministrazione di terapia quotidiana e potrà essere il luogo in cui ospitare il Centro Alcologico polispecialistico per la presa in carico dei disturbi Alcool correlati.

Rispetto alla attuale rete dei servizi territoriali, di sotto illustrata, comprendente il pubblico e il privato accreditato presente nel territorio provinciale, sono previsti altri progetti per potenziare la rete stessa.

Distretto di Oristano:

Centro di Salute Mentale Oristano
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
n. 1 SERD Oristano
n. 1 Gruppo Residenziale di Integrazione Sociale (Casa Famiglia Su Foghile Samugheo)
n.1 Casa Famiglia Psichiatrica (CTR Santa Giusta)

Distretto di Ales-Terralba: n. 1 Centro di Salute Mentale Ales

n. 1 Centro di Salute Mentale Terralba

n. 1 SERD Terralba

n. 1 Struttura residenziale per dipendenze patologiche (Centro d'Ascolto Madonna del Rosario Morgongiori)

Distretto di Ghilarza-Bosa: n. 1 Centri di Salute Mentale Ghilarza

n. 1 Centri di Salute Mentale Bosa

n.1 Struttura Residenziale ad alta intensità terapeutica (Comunità Imparis Busachi)

n. 1 Centro Diurno Integrato Demenze (Rosaria Manconi Abbasanta)

n. 1 Casa Protetta (Santa Caterina Ghilarza)

Per l'anno 2016 si prevede un potenziamento delle rete territoriale come illustrato.

Sarà attivato un Centro Diurno ad Ales; si procederà con la ristrutturazione edilizia dello stabile precedentemente adibito a Casa Famiglia, per destinarlo appunto a Centro di Salute mentale con Centro Diurno. A tal proposito è disponibile un finanziamento di 300.000 euro a cui questa Direzione Generale ha fatto seguire una richiesta di integrazione dei fondi all'Assessorato Regionale di 100.000 euro.

E' stato realizzato con i fondi del PLUS un Centro Diurno nel Comune di Terralba ove i pazienti saranno inseriti con retta finanziata sempre dai fondi PLUS.

Presso i locali della ASL è stato poi realizzato un Centro per l'Autonomia a Oristano (centro diurno che mira a rendere autonomi i pazienti psichiatrici) ove i pazienti saranno inseriti con retta finanziata dai fondi PLUS .

Nascerà un gruppo appartamento a Marrubiu denominato "Vita Indipendente" sempre finanziato dal PLUS che ospiterà 5 persone.

A Santu Lussurgiu è prevista la realizzazione di un Centro Diurno per l'Autismo. Per quanto riguarda i pazienti con disabilità mentale di elevata dipendenza quali appunto l'autismo, preme sottolineare l'assenza di strutture socio educative e riabilitative che insistono nel territorio provinciale di Oristano. La gravità dei disturbi comportamentali indotti dall'autismo e dalle altre forme di disturbi generalizzati dello sviluppo, è tale da richiedere un'assistenza quotidiana e

costante, sia per il soddisfacimento delle attività quotidiane che di vigilanza per la prevenzione delle azioni pericolose che il malato può porre in essere per sé e per gli altri.

Dai dati in possesso dall'Ufficio Scolastico Provinciale risulta che nella Provincia di Oristano gli alunni con disturbi dello spettro autistico siano circa 95 e rappresentino il 17% del totale degli alunni disabili distribuiti nei diversi ordini di scuola. Non sono invece computabili le persone adulte con autismo spesso in carico alla famiglia, con genitori non più giovani e impreparati ad assistere i figli.

Pertanto al fine di poter dare una risposta assistenziale adeguata, assicurando la presenza di percorsi terapeutici riabilitativi strutturati e duraturi con interventi socio educativi mirati a promuovere la qualità della vita, appare indispensabile prevedere la presenza di una struttura semiresidenziale per i disturbi dello spettro autistico, anche in linea con quanto previsto dalla Delibera della G. R. n. 53/8 del 29/12/2014.

La presenza di un Centro diurno integrato, che potrebbe avere anche carattere interprovinciale, sopperirebbe alla attuale carenza di attività di alta specializzazione sanitaria rivolta ai pazienti autistici o con disturbi generalizzati dello sviluppo.

A tal proposito il Comune di Santu Lussurgiu dispone di un finanziamento RAS di 400.000 euro.

Sempre tra i progetti da realizzare nell'anno 2016 vi sarà una collaborazione tra i MMG, PLS, insegnanti e genitori per la presa in carico precoce dei pazienti psicotici all'esordio della sintomatologia. Tale progetto è previsto dal PRP 2014-18 e prevede la collaborazione e formazione dei soggetti coinvolti per intervenire precocemente e ridurre il danno cognitivo.

In riferimento ai pazienti psichiatrici con pendenze giudiziarie, si era provveduto ad individuare alcune strutture che potessero ospitare i tre pazienti che attualmente si trovano nell'OPG di Montelupo Fiorentino. Un paziente soggiorna ancora presso Montelupo Fiorentino, 2 sono stati inseriti presso la struttura REMS di Capoterra. Successivamente saranno inseriti uno presso la RSA di Milis , uno presso la Comunità Terapeutica di Busachi ed uno presso la Comunità Terapeutica di Ghilarza l'Arca "S. Caterina".

9. Interventi per la riorganizzazione delle attività del Presidio Unico Ospedaliero dell'area omogenea dell'oristanese, articolato in tre stabilimenti, così come delineato dalla rete ospedaliera regionale di prossima adozione

I tassi di ospedalizzazione riferibili alla nostra ASL nel periodo 2008-2013 denotano una progressiva riduzione di un fenomeno di eccesso di ricorso all'ospedale che ancora sopperisce alla carenza di posti letto nelle post acuzie, oggi presenti solo nel privato accreditato, e alla carenza di strutture territoriali residenziali. Oggi tale fenomeno si è notevolmente ridimensionato rispetto al passato ma è sicuramente necessario lavorare per individuare il setting assistenziale più adeguato per la cura e l'assistenza del paziente.

E' necessario quindi intervenire sull'aumento dell'appropriatezza del ricorso all'ospedale spostando sul territorio attività sanitarie ad oggi erogate in ambito ospedaliero e riconvertendo, ove necessario attività di ricovero per acuti in ricoveri per post acuti. Tutto ciò come meglio specificato nei programmi sopra descritti.

Nella costruzione dei nuovi modelli organizzativi, in parte già avviati, questa Azienda intende perseguire una maggiore appropriatezza offrendo nel contempo nuovi e migliori servizi .
Come indicato anche nella proposta della nuova rete ospedaliera delineata dalla Giunta Regionale, se confermata, si dovrà completare il progetto di realizzazione dell'ospedale unico operante su tre stabilimenti (Oristano, Bosa e Ghilarza), organizzato secondo livelli di complessità crescente per l'erogazione delle prestazioni in regime di ricovero. In tal modo non sussisteranno duplicazioni di strutture complesse e si costituiranno team di operatori che lavoreranno congiuntamente garantendo qualità e sicurezza nella cura e nell'assistenza al paziente e garantendo nel contempo risparmi nell'uso delle risorse.

Lo stabilimento di Oristano sarà il punto di riferimento per le acuzie e l'alta complessità clinico assistenziale mentre negli stabilimenti di Bosa e Ghilarza, potranno essere garantite le funzioni ospedaliere di base quali quelle riferibili alla medicina interna, alle specialità chirurgiche offerte in week surgery, day surgery e in day service e alle post acuzie. Tale offerta assistenziale, negli stabilimenti di Bosa e Ghilarza, avverrà in un'unica area assistenziale di degenza multidisciplinare, organizzata per intensità di cure comportando pertanto, una razionalizzazione nell'impiego del personale.

Come precedentemente illustrato, a tali attività si associeranno, negli stessi stabilimenti ospedalieri di Bosa e Ghilarza, le attività riferibili alle Cure Intermedie che, configurabili quali

attività territoriali potranno beneficiare della presenza dei reparti e servizi ospedalieri. Sempre negli stessi stabilimenti sorgeranno le Case della Salute che ospiteranno altresì i servizi di continuità assistenziale delle cure primarie.
Ciò, oltre a consentire un uso più razionale delle risorse a disposizione, crea le condizioni per lo svolgimento delle attività assistenziali nell'ottica di una maggiore appropriatezza e permette di facilitare e supportare il processo di integrazione ospedale – territorio che nella nostra Azienda si potrebbe realizzare nel breve/medio periodo con investimenti minimi a fronte di tangibili risultati in termini di salute, diventando vero punto di riferimento per i cittadini.

Rispetto a quanto indicato nella proposta regionale della nuova rete ospedaliera, immediatamente realizzabile ad invarianza di costo sarebbe l'attivazione dei posti letto di lungodegenza negli stabilimenti di Bosa e Ghilarza del presidio pubblico, (sono già attivi i 9 p.l. del presidio privato accreditato).

Pertanto, nello stabilimento ospedaliero **Mastino di Bosa** al piano terra del nosocomio troveranno spazio il CUP (Centro Unico di Prenotazione), di recente ristrutturazione, il Pronto Soccorso e la Radiologia, oltre agli ambulatori degli specialisti ambulatoriali e dei medici di famiglia e di continuità assistenziale con ambulatorio h 24 e l'ambulatorio infermieristico di distretto, secondo l'organizzazione delle Case della Salute. Le Unità Operative di Medicina e Chirurgia continueranno ad operare nel piano unico delle degenze, costituito al fine di rendere più snella e funzionale la presa in carico dei pazienti e la gestione delle risorse umane. Al secondo piano (locali ex medicina interna) troveranno spazio i posti letto di Lungodegenza e di Riabilitazione e i posti letto di Cure Intermedie. A completare l'offerta dell'ospedale Mastino sarà il nuovo Centro Dialisi, la struttura, sarà dotata di sei posti rene più uno per acuti,
Tale modello organizzativo oltre a perseguire la realizzazione di strutture ad alta integrazione interprofessionale e multidisciplinare, che rispondono ai bisogni di salute della popolazione, permetterà di offrire nuovi servizi e risposte assistenziali più appropriate ad invarianza di costo.

Nello stabilimento ospedaliero **Delogu di Ghilarza,** ad invarianza di costo saranno istituiti i posti letto di Lungodegenza e di Riabilitazione all'interno dei locali dell'UO di Medicina Interna, mentre i posti letto di Cure Intermedie saranno dislocati all'interno dell'UO di Chirurgia Generale. Sempre nei locali della Chirurgia Generale saranno dedicati dei posti letto per il Week surgery e il Day Surgery polispecialistico ove, come avviene attualmente, operano gli specialisti delle diverse branche chirurgiche del presidio unico.

Nello stabilimento troveranno inoltre spazio le attività di specialistica ambulatoriale (nei locali della ex ginecologia) attualmente dislocate in altro plesso. Per ospitare invece gli ambulatori h 24, il PUA e l'ambulatorio infermieristico è necessario intervenire con dei lavori di adeguamento e ampliamento o al piano terra o al primo piano del nosocomio. In tali spazi si realizzerà pertanto lo stesso modello avviato al Mastino di Bosa di integrazione interprofessionale e multidisciplinare nell'ottica della Casa della Salute.

La proposta regionale della nuova rete ospedaliera prevede che il presidio unico su più stabilimenti della ASL di Oristano possa godere di posti letto di nuove specialità, non presenti attualmente, quali gastroenterologia, neurologia, oculistica, otorinolaringoiatria, nonché di oncologia e urologia servizi attualmente presenti all'interno della medicina interna e della chirurgia generale. In totale, rispetto all'attuale dotazione di posti letto per acuti, che ammonta a 317, sono previsti nella nuova rete 318 p.l., e per quanto concerne le post acuzie si passerebbe da 14 a 58 p.l.; con un incremento nel complesso di 45 p.l..

Pertanto, nello stabilimento **San Martino di Oristano,** se saranno confermati dalla RAS i posti letto per le nuove specialità nonché il suo ruolo di DEA di I livello, sarà necessario dotarsi di nuovo personale medico. Le figure indispensabili che andrebbero ad incrementare la dotazione organica, riguarderebbero inizialmente quelle dei neurologi, degli oculisti e degli otorinolaringoiatri.

Inoltre, come già accennato, si prevede l'attivazione dei posti letto di neuroriabilitazione, attualmente in gestione all'Istituto Santa Maria Bambina di Oristano.

L'apertura dei reparti di neurologia, oculistica e otorinolarigoiatria, anche se in fase di avvio per l'anno 2016, prevedendo lo svolgimento delle sole attività ambulatoriali, di ricovero diurno o in week surgery, comporterebbe quantomeno l'assunzione del personale medico nella misura delle unità sotto elencate per una spesa di 598.074,64 euro, così dettagliata:

NUOVE DISCIPLINE			
Pos. funz./profilo	**numero unità**	**costo unitario**	**valorizzazione economica annua con oneri riflessi**
Dirigente Oculista	2	74.759,33	149.518,66
Dirigente Otorinolaringoiatria	2	74.759,33	149.518,66
Dirigente Neurologia	4	74.759,33	299.037,32
TOTALE	**8**		**598.074,64**

Tali spese potranno essere sostenute solo qualora l'Assessorato Regionale riconosca a questa ASL il corrispondente finanziamento

10. Potenziamento delle azioni che mirano ad un'Assistenza Farmaceutica maggiormente appropriata anche a supporto della riduzione della spesa

Nell'anno 2015 l'area dei medicinali registra un trend di spesa in aumento per circa 970 milioni di euro, composto dalle voci.

Analizzando nel dettaglio la spesa sui Prodotti Farmaceutici nell'anno 2015 e raffrontandola con l'anno 2014 emerge quanto segue.

	Stima anno 2015	anno 2014	diff 15-14
farmaci	15.186.166,32	14.413.615,71	772.550,61
DPC	4.287.833,68	4.085.622,10	202.211,58
TOTALE	19.474.000,00	18.499.237,81	974.762,19

L'aumento della spesa ha riguardato sia i prodotti dispensati in DPC che quelli consumati dai servizi aziendali e dispensati al pubblico tramite le farmacie territoriali.

Un'analisi dei consumi per classe merceologica nel primo semestre 2014 e 2015 ha evidenziato che tra le classi a maggior consumo gli incrementi maggiori hanno interessato gli **antineoplastici** (+ 432.344 €), gli **immunosoppressivi** (+ 219.860 €), gli **antiemorragici** (+199.180 €); **altri prodotti terapeutici** (+110.260 €).

Analizzando i consumi per Centro di Costo si può notare che i maggiori incrementi hanno riguardato l'Oncologia, a cui è imputabile l'incremento del consumo di antineoplastici, e i tre Distretti Socio Sanitari nell'erogazione dei farmaci CUF classe H, per cui si è rilevato l'incremento nell'uso di immunosoppressivi e antiemorragici.

Per quanto riguarda i farmaci oncologici è emerso che l'aumento ha riguardato diversi farmaci per la cura del mieloma (Valcade), delle Sindromi mielodisplasiche in evoluzione (Vidaza), delle malattie linfoproliferative di tipo B (Mabthera), è incrementato inoltre l'uso di alcuni farmaci oncologici per la cura del tumore alla mammella e all'intestino, dovuto all'aumento dei pazienti trattati dalla nostra ASL. Infine nella nostra ASL sono trattati dal 2013 quattro pazienti affetti da malattie rare. Un paziente è affetto da Malattia di Gaucher per cui è stato necessario aumentare la posologia su richiesta del Centro Nazionale di Riferimento di Genova (costo annuo di circa 180.000 euro). Un paziente è affetto da Emoglobinuria Parossistica Notturna e utilizza il Soliris (costo annuo di circa 310.000 euro). Un paziente è affetto da Afibrinogenemia Congenita e gli viene somministrato l'Haemocomplettan (spesa annua di circa 45.000 euro). Infine un paziente affetto da Malattia di von Willebrandt di Grado III è curato con il Wilfactin (spesa annua di circa 244.000).

Questa azienda, non potendo agire sulla contrazione della spesa farmaceutica per le malattie rare, ha invece intenzione di agire sull'appropriatezza prescrittiva degli antitrombotici quali il Pradaxa, Xarelto e Eliquis, farmaci di nuova generazione ad alto costo che ha visto incrementare la spesa sia nel 2014 che nell'anno in corso, creando un gruppo di lavoro per la stesura di un protocollo aziendale sull'uso appropriato di tali farmaci. A tal proposito sarebbe auspicabile un intervento dell'Assessorato Regionale con l'emanazione di direttive regionali, come avvenuto in altre regioni d'Italia.

Come già accennato, sarà però inevitabile che si verifichi, per l'anno 2016, un incremento del costo della spesa farmaceutica in quanto questa ASL dovrà sostenere direttamente i costi per la dispensazione dei farmaci per l'epatite C e per la sclerosi multipla.

Atteso che l'obiettivo di riduzione della spesa farmaceutica è un obiettivo nazionale e regionale imprescindibile, La Direzione Generale proseguirà potenziando le azioni intraprese negli anni precedenti per tendere a tale obiettivo:

- ✓ implementazione della distribuzione diretta e per conto dei farmaci e della erogazione diretta del primo ciclo di terapia;
- ✓ incremento la distribuzione dei farmaci equivalenti;
- ✓ informazione medica sull'appropriatezza prescrittiva, anche attraverso linee guida, e sulla normativa in materia di impiego dei farmaci ai medici prescrittori;
- ✓ sorveglianza sui presidi sanitari e dietetici dispensati dalle farmacie convenzionate;
- ✓ invio della reportistica di prescrizione a tutti i medici;
- ✓ continuo confronto e dialogo mediante l'organizzazione di momenti di studio e analisi in materia di farmaco economia e farmacovigilanza con i medici prescrittori;
- ✓ sviluppo e perfezionamento dei magazzini di reparto e di servizio e attuazione del progetto di realizzazione del magazzino unico aziendale.