



ASLMediocampidano

Azienda socio-sanitaria locale

**PIANO SANITARIO ANNUALE E
TRIENNALE
2023/2025**

Sommario

PREMESSA.....	1
PARTE I – IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	2
1.1 IL SISTEMA SANITARIO REGIONALE	2
1.2 ANALISI DEL TERRITORIO DI RIFERIMENTO	3
1.3 MISSION E VISION DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE N.6 DEL MEDIO CAMPIDANO.....	8
1.4 STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL’AZIENDA SANITARIA	10
1.5. RISORSE UMANE	14
PARTE II – LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA TRIENNALE	17
2.1. AREA DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA’ PUBBLICA.....	18
2.2 AREA DELL’ASSISTENZA DISTRETTUALE	25
2.3 AREA DELL’ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	38
PARTE III– LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-PATRIMONIALE	47

PREMESSA

Il programma sanitario triennale 2023/2025 è un documento che presenta gli indirizzi strategici generali e gli obiettivi che la ASL Medio Campidano intende conseguire nel triennio al fine di soddisfare i bisogni di salute della popolazione con riferimento all'area della prevenzione collettiva e sanità pubblica, all'area dell'assistenza distrettuale e all'area dell'assistenza ospedaliera.

L'azienda sanitaria, mediante una analisi dello stato di salute del contesto esterno, definisce le esigenze del proprio territorio e sulla base delle risorse disponibili definisce le linee strategiche prioritarie di intervento al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza. Le caratteristiche territoriali che maggiormente incidono sui bisogni di salute sono rappresentate dal progressivo invecchiamento della popolazione, unitamente al calo delle nascite, che determinano un maggior peso sul sistema sanitario e infine una elevata incidenza di patologie croniche, in particolare per quanto riguarda il Medio Campidano, ci si riferisce alle malattie metaboliche, oncologiche, neurologiche e dell'apparato cardio-circolatorio.

Nell'elaborazione del presente piano si è tenuto conto del Piano Sanitario Nazionale e Regionale, del Piano Regionale della Prevenzione 2020/2025, degli obiettivi assegnati dalla RAS al Direttore Generale della azienda e dell'Atto Aziendale della Asl Medio Campidano.

Il presente documento di programmazione è stato elaborato in ottemperanza alla legge regionale di riforma del servizio sanitario regionale n. 24 del 11.11.2022, finalizzata a modificare l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale per renderlo maggiormente aderente ai bisogni della popolazione, superando la precedente organizzazione incentrata su un'unica azienda territoriale.

PARTE I – IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

1.1 IL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

La Legge Regionale 11 settembre 2020, n. 24 definisce il modello di governo del sistema sanitario regionale e ne avvia il processo di riforma secondo principi di equità ed universalità mediante disposizioni finalizzate a:

- a) garantire il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza in maniera omogenea su tutto il territorio regionale;
- b) affermare il diritto fondamentale dell'individuo e l'interesse della collettività alla efficiente ed efficace tutela della salute;
- c) garantire la progressiva riduzione dei tempi d'attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie al fine di raggiungere la tempestività dei servizi erogati dal Servizio Sanitario Regionale;
- d) avvicinare sensibilmente al cittadino e ai territori l'erogazione di tutte le prestazioni sociosanitarie che non necessitino di percorsi di cura ospedalieri, soprattutto mediante una riorganizzazione complessiva della medicina territoriale;
- e) riorganizzare la rete ospedaliera preservando le strutture utili alla produzione di servizi nei territori;
- f) definire l'assetto istituzionale e organizzativo delle aziende sanitarie locali avendo riguardo alla particolare conformazione orografica della Sardegna, ai limiti della viabilità ed alle peculiari condizioni demografiche e del tessuto abitativo;
- g) garantire l'uniforme miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari e sociosanitari;
- h) adottare il metodo della prevenzione, anche attraverso la promozione di corretti stili di vita con particolare riguardo all'attività motoria, alla pratica sportiva e all'educazione alimentare e ambientale;
- i) integrare forme innovative di assistenza come la telemedicina e favorire una sinergia virtuosa tra medicina del territorio e rete delle farmacie.

Il Servizio Sanitario Regionale (SSR) pubblico, a seguito della riforma della L.R. n. 24/2020, è articolato nei seguenti enti di governo:

1. Azienda Regionale della Salute (ARES);
2. Otto Aziende Socio-sanitarie Locali (ASL);
3. Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS);
4. Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) di Cagliari e di Sassari;
5. Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS);
6. Istituto Zooprofilattico della Sardegna (IZS).

L'Azienda socio-sanitaria n. 6 del Medio Campidano è stata istituita, ai sensi dell'art. 9 della L.R. n. 24 del 11 settembre 2020, dal 01/01/2022 come azienda dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione.

1.2 ANALISI DEL TERRITORIO DI RIFERIMENTO

L'ambito territoriale della ASL Medio Campidano comprende 28 comuni (fig. 1), si estende per 1.516,19 km² (il 6,3 % del territorio sardo), conta 92.163 abitanti e una densità di popolazione pari a 60 abitanti per km².

Il territorio è composto prevalentemente da comuni di piccole dimensioni a fronte di pochi comuni di medio-grandi dimensioni dove si trova la maggior concentrazione della popolazione.



Figura 1 – Ambito territoriale ASL Medio Campidano

Esso è suddiviso in due Distretti Sanitari: Guspini e Sanluri:

- Il *Distretto Sanitario di Sanluri* comprende 21 comuni, (Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru e Villanovafranca) con una popolazione complessiva di 41.380 abitanti distribuiti su una superficie di 583,82 km² (densità media 71,06 abitanti per km²).
- Il *Distretto Sanitario di Guspini* è composto da 7 comuni, (Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara e Villacidro) con una popolazione complessiva di 50.783 abitanti distribuiti su una superficie di 933,51 km² (densità media 54,37 abitanti per km²).

Comune	Maschi	Femmine	Popolazione Totale	Km	Densità
Arbus	2.910	2.959	5.869	269,12	22
Barumini	592	586	1.178	26,40	45
Collinas	384	390	774	20,83	37
Furtei	769	758	1.527	26,11	58
Genuri	149	165	314	7,51	42
Gesturi	559	594	1.153	46,83	25
Gonnosfanadiga	2.986	3.199	6.185	125,19	49
Guspini	5.452	5.608	11.060	174,67	63
Las Plassas	118	97	215	11,04	19
Lunamatrona	789	845	1.634	20,59	79
Pabillonis	1.273	1.237	2.510	37,42	67
Pauli Arbarei	283	282	565	15,14	37
Samassi	2.347	2.470	4.817	42,04	115
San Gavino Monreale	3.947	4.172	8.119	87,40	93
Sanluri	3.971	4.141	8.112	84,23	96
Sardara	1.888	1.936	3.824	56,23	68
Segariu	547	552	1.099	16,69	66
Serramanna	4.253	4.361	8.614	83,84	103
Serrenti	2.314	2.243	4.557	42,78	107
Setzu	69	64	133	7,77	17
Siddi	302	294	596	11,02	54
Tuili	464	482	946	24,59	38
Turri	200	191	391	9,60	41
Ussaramanna	253	240	493	9,76	51
Villacidro	6.558	6.658	13.216	183,48	72
Villamar	1.243	1.214	2.457	38,53	64
Villanovaforru	317	294	611	10,93	56
Villanovafranca	608	586	1.194	27,59	43
Totali	45.545	46.618	92.163	1.517,33	1.627

Nel sottostante *grafico 1* è rappresentato l'andamento della popolazione residente negli ultimi anni all'interno dell'ambito territoriale (fonte ISTAT), dalla quale si evince che la diminuzione della popolazione negli ultimi anni in riferimento alle unità per anno è superiore, infatti la media nei primi 5 anni era di 709 abitanti in meno a differenza invece del quinquennio 2017-2021 dove la media è di circa 1163 residenti. Lo scostamento maggiore si è avuto nel 2020 con una riduzione di 1707 abitanti.

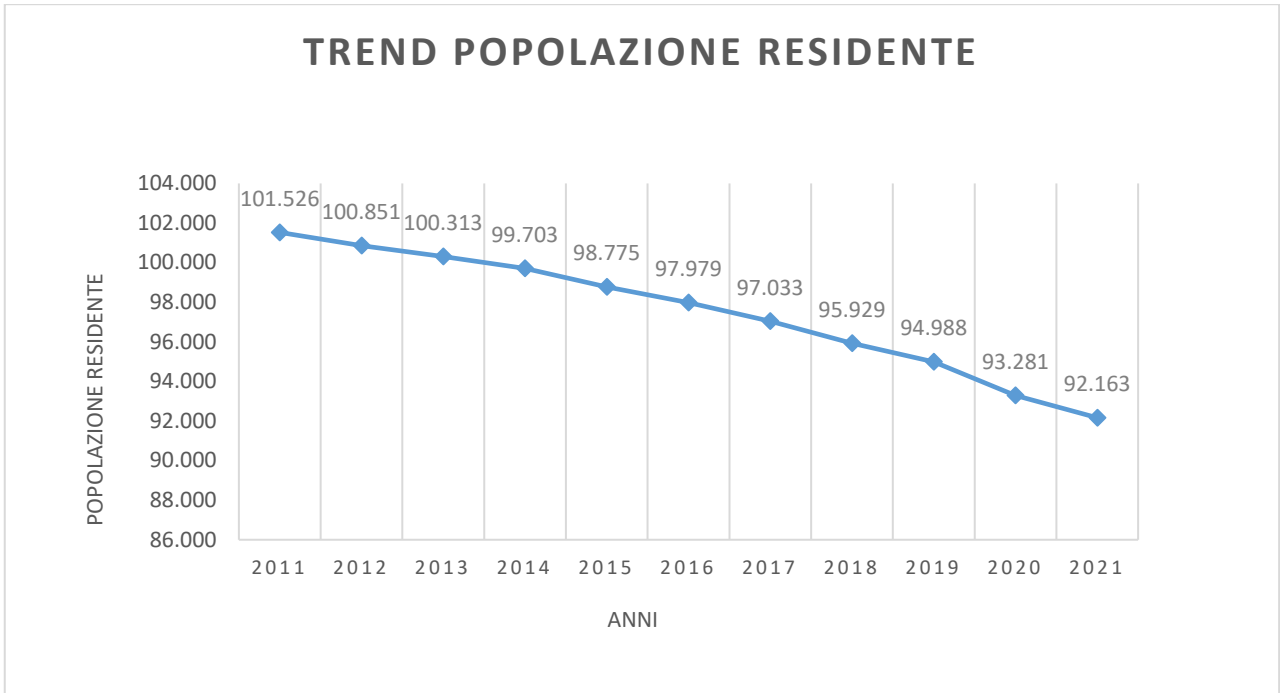


Grafico 1 – Andamento della popolazione residente 2011–2021

I grafici sottorappresentati riportano la distribuzione della popolazione nei relativi Comuni appartenenti ai due Distretti

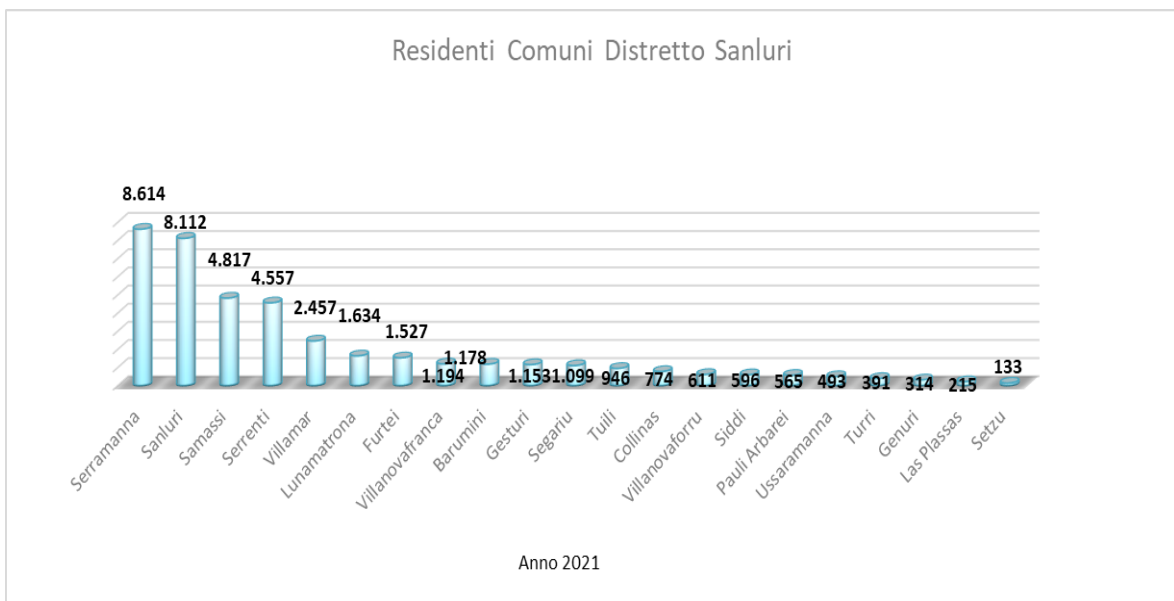


Grafico 2 - Residenti Comune Distretto Sanluri

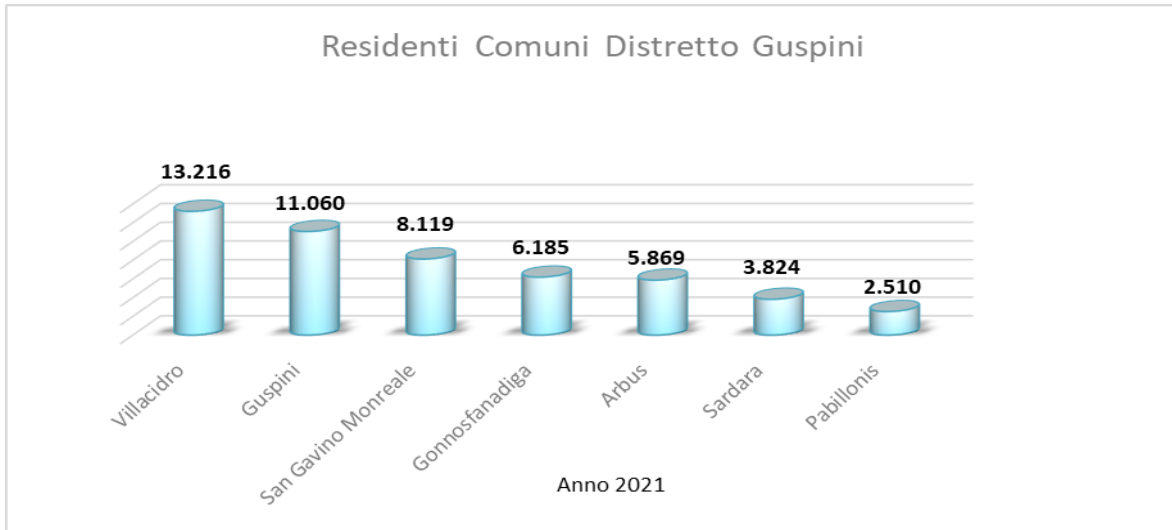
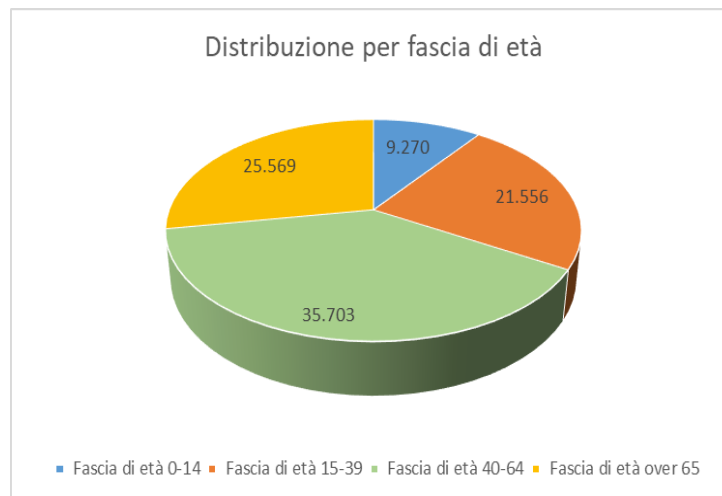


Grafico 3 - Residenti Comuni Distretto Guspini

Da un'analisi fatta con i dati rilevati dall'Istat al 31.12.2021, emerge chiaramente un progressivo invecchiamento della popolazione residente, la maggior parte di essa è ricompresa nella fascia di età 40-64 anni.



Classe d'età	Totale	%
0-14	9.335	10%
15-39	21.556	23%
40-64	35.703	39%
65 +	25.569	28%

Tabella 2 - Distribuzione per fascia di età

La *tabella 2* evidenzia una bassa natalità che sta generando non solo una diminuzione della popolazione ma anche un forte squilibrio strutturale tra il sempre maggiore numero di anziani e il minor numero di nuovi nati.

Rappresentativo di questo fenomeno è l'indice di invecchiamento, che misura in percentuale il numero di anziani (oltre 65 anni) presenti nel territorio rispetto al numero di giovani (fascia di età 0-14 anni), tale rapporto nella nostra Azienda è pari al 274% ed è più alto sia rispetto al valore dell'indice regionale pari al 242% che di quello nazionale pari a 189.70%.

L'elevata percentuale di invecchiamento della popolazione comporta delle conseguenze sia a livello economico che a livello sociale e assistenziale. Infatti si ha la necessità di sostenere un numero maggiore di prestazioni sanitarie e socio sanitarie, poiché vi è un aumento delle malattie croniche, per cui è indispensabile il potenziamento del territorio con una diversificazione dei servizi, puntando sull'integrazione tra ospedale e territorio e sulla tipologia delle prestazioni e dei servizi da garantire, con una notevole incidenza di erogazione di prestazioni ricadenti nell'ambito della lungodegenza e della riabilitazione.

Altri indicatori demografici che sono stati analizzati confermano il trend di invecchiamento della popolazione quali:

- **indice di ricambio della popolazione attiva** che nella nostra azienda è pari al 187%, dato dal rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). Essendo il valore superiore a 100 significa che la struttura per età è più anziana e che quindi la popolazione inattiva è maggiore di quella attiva, e conseguentemente la popolazione è meno dinamica e con una minore possibilità di adattamento al lavoro.
- **indice di dipendenza strutturale** (o totale) è un indicatore di rilevanza sociale ed economica, esso rappresenta il numero di individui non autonomi a causa dell'età (età inferiore ai 15 anni e superiore ai 65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (età 15-64). L'indice di dipendenza nella ASL Medio Campidano è pari a 164 essendo un valore alto è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi. Tale rapporto esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva: valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale. Inoltre l'indicatore esprimendo la composizione della popolazione evidenzia un maggior peso della componente senile rispetto a quella giovanile.

1.3 MISSION E VISION DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE N.6 DEL MEDIO CAMPIDANO

L' Azienda sociosanitaria locale del Medio Campidano (ASL) assicura, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.

L'Azienda, per raggiungere i propri obiettivi e realizzare le proprie azioni strategiche, impiega un sistema orientato al miglioramento della qualità delle cure e adotta politiche e strumenti conseguenti quali:

- la medicina e l'assistenza basata sull'evidenza (EBM);
- collaborazione con altri soggetti, per la produzione e mantenimento dello stato di salute dei cittadini;
- gestione delle risorse che le sono affidate adottando criteri di efficacia, di efficienza ed equità operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari;
- percorsi clinico assistenziali ed organizzativi;
- la riqualificazione dell'offerta verso livelli di assistenza più appropriati;
- l'audit e la gestione dei rischi;
- la formazione e l'addestramento sistematico degli operatori;
- la responsabilizzazione degli operatori dell'azienda con politiche di valorizzazione professionale e personale;
- il gradimento e la fidelizzazione degli utenti e degli operatori;
- lo sviluppo di un adeguato sistema di gestione dei flussi informativi aziendali (economici, epidemiologici, sanitari, socio-demografici).

La **missione strategica**, rappresenta l'obiettivo dell'azienda, ossia ciò che essa si prefigge di raggiungere e quindi il contributo positivo che la stessa intende apportare ai cittadini, alla propria comunità e alla società in generale.

La mission dell'Asl Medio Campidano è:

- sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione aziendale sia all'esterno, con le altre aziende del SSR e gli Enti locali nonché con tutti gli altri "stakeholders" per la crescita di un sistema a rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali regionali per migliorare l'offerta dei servizi per la salute, in un'ottica di incremento delle condizioni di uguali opportunità e di tensione continua al miglioramento dei prodotti e dei risultati;

- sviluppare e valorizzare il capitale dei professionisti, il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza e nel sostenere i valori assunti come fondanti.

La **visione strategica**, è l'obiettivo sul lungo periodo o una situazione auspicabile e rappresenta l'ideale al quale l'azienda mira a raggiungere in un periodo compreso tra i cinque o dieci anni. L'azienda è improntata pertanto a:

- soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini garantendo le prestazioni previste dai LEA nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Sardegna, secondo i principi di equità nell'accesso, appropriatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana ed in condizioni di sicurezza;
- aumentare il grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori e promuovere la qualità dell'assistenza.

Per il raggiungimento della mission, nel corso del prossimo triennio, sarà costruito il Nuovo Ospedale di San Gavino Monreale, una struttura all'avanguardia con una progettazione orientata ai nuovi modelli organizzativi e di cura, capace di dare risposte anche ad esigenze future, con un sistema ottimale di corpi edilizi, di modesta altezza, che consente l'integrazione della struttura nel contesto circostante. Lo spostamento di molte attività dall'Ospedale Nostra Signora di Bonaria al "Nuovo Ospedale" costituisce il maggior cambiamento che dovrà essere gestito nei prossimi anni. L'Azienda si impegna a garantire tutti gli investimenti utili e a perseguire tutte le riorganizzazioni, anche relative alle funzionalità delle strutture operative, necessarie alla realizzazione e all'avvio del Nuovo Ospedale.

Con la nuova struttura ospedaliera l'azienda svolgerà le sue attività nell'ambito di un contesto unitario, per garantire la massima efficienza attraverso una gestione a rete della erogazione dei servizi, sostenuta con l'integrazione delle cure ospedaliere con l'assistenza e le cure territoriali intermedie

L'Azienda organizza i nuovi percorsi assistenziali in considerazione dell'esperienza della pandemia, in un'ottica proattiva, multidisciplinare e interprofessionale. Con l'attuazione dei nuovi percorsi assistenziali saranno riviste nel tempo le attuali funzioni dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse secondo le mutate esigenze sempre in ossequio alle indicazioni della programmazione regionale.

Il combinato disposto degli obiettivi previsti dal DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN", del PNRR e della DGR 36/47 del 31.08.2021 "Piano preliminare regionale di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari" impone una profonda rivisitazione dell'organizzazione territoriale con anche particolare riguardo alla rete dell'assistenza primaria.

1.4 STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA SANITARIA

La struttura organizzativa della Asl Medio Campidano, rappresentata nell'Atto Aziendale approvato con Delibera del Direttore Generale n.453 del 25/11/2022, è stata definita in ottemperanza alle linee guida regionali per la redazione degli atti aziendali delle aziende sanitarie. In essa sono aggregate competenze professionali e risorse umane tecnologiche e strutturali, per l'esercizio di definite attività di amministrazione, programmazione, committenza e produzione, collegate a processi sanitari, oppure a questi strumentali o di supporto.

L'assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera, la prevenzione collettiva, i processi produttivi e le attività gestionali necessarie per assicurare i livelli di assistenza e i compiti connessi alla missione aziendale sono assicurate nelle diverse aree di assistenza dai dipartimenti.

Si rappresenta di seguito la struttura organizzativa:

Gli organi della ASL Medio Campidano:

- Direttore Generale coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario e dal Direttore socio sanitario;
- Collegio sindacale;
- Collegio di direzione.

Dipartimento di Staff della Direzione Generale

- SC Servizio delle Professioni Sanitarie
- SC Programmazione e Controllo di gestione

al Dipartimento di Staff della Direzione Generale sono assegnate le seguenti funzioni e attività:

- Segreteria di direzione
- Affari legali
- Data Protection Officer (DPO)
- Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)
- Stampa e comunicazione
- Trasparenza e anti-corruzione
- Risk Management
- Sicurezza (Prevenzione e protezione, Sicurezza anti-incendio, Medico Competente, Medico autorizzato, Fisica sanitaria)

Dipartimento Amministrativo e Tecnico

- SC Bilancio
- SC Acquisti

- SC Tecnico-Logistico e Patrimonio
- SSD Gestione Risorse Umane (GRU)
- SSD Affari Generali, attività amministrative dei servizi sanitari

L'organizzazione della Asl Medio Campidano è in fase di costruzione, essendo stato approvato recentemente l'Atto Aziendale già sopra richiamato.

Sulla base dei livelli LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) l'organizzazione della azienda è composta come segue:

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

L'assistenza collettiva è garantita dal **Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria** con le seguenti strutture:

- SC Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale e Salute e Ambiente
- SC Prevenzione e Promozione della Salute, Centro Screening e Malattie Croniche e Promozione Sani Stili di Vita e Medicina dello Sport
- SC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPRESAL)
- SC Sanità Animale
- SSD Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Igiene Ambientale (SIAN)
- SSD Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione e Conservazione degli Alimenti di Origine Animale e dei loro Derivati (SIAOA)
- SSD Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (SIAPZ)

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura tecnico funzionale ed è preposto alla promozione della tutela della salute sia collettiva che dei singoli, con l'obiettivo della prevenzione delle malattie, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare.

ASSISTENZA DISTRETTUALE

L'assistenza territoriale è garantita dal **Dipartimento di Integrazione Ospedale-Territorio** con le seguenti strutture:

- SC Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero
- SC Direzione Distretto di Guspini
- SC Direzione Distretto di Sanluri
- SC Diabetologia Ospedale Territorio
- SC Recupero e Riabilitazione Funzionale Ospedaliera e Territoriale
- SC Farmacia Territoriale
- SSD Farmacia Ospedaliera
- SSD Psicologia delle Cure Primarie e Ospedaliere

- SSD Infezioni correlate all'assistenza e prevenzione dell'antimicrobico-resistenza
- SSD Cronicità (PUA, ADI, UVT)
- SSD Cure Primarie (MMG, PLS, CA) e Sanità Penitenziaria
- SSD Governo delle prestazioni ambulatoriali e delle liste d'attesa
- SSD Salute Donna e Consultori materno-infantili

Il Distretto si configura quale centro di riferimento cui affluiscono le istanze sanitarie e sociosanitarie della comunità e luogo in cui si garantisce la ricomposizione dell'offerta degli interventi secondo principi di equità, efficienza e appropriatezza in relazione alle risorse assegnate dalla Direzione Generale. L'assistenza distrettuale è l'insieme delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogate in regime ambulatoriale, domiciliare, semi-residenziale o residenziale

Il Distretto territoriale articola l'organizzazione dei propri servizi tenendo conto della realtà del territorio ed assicura:

- il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;
- la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione del PLUS;
- l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai MMG, dai PLS e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;
- la promozione, anche in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti;
- la fruizione, attraverso i Punti Unici di Accesso, dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri;
- l'attuazione dei protocolli diagnostico-terapeutici e riabilitativi adottati dall'azienda;
- Il supporto alle funzioni di committenza, controllo degli erogatori privati e gestione operativa dei contratti.

Lo stesso livello di assistenza è garantito anche dal **Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze**, struttura operativa preposta alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e delle dipendenze ed all'organizzazione degli interventi per la tutela e la promozione della salute mentale delle persone in coerenza con la programmazione strategica regionale. Assicura, con metodo multidisciplinare, la prevenzione, la cura e la riabilitazione della persona con disagio.

L'attività del Dipartimento viene erogata dalle seguenti strutture:

- SC Centri di Salute Mentale (CSM)

- SC Dipendenze Patologiche (SerD)
- SSD Neuropsichiatria Infantile
- SSD Riabilitazione Psichiatrica

ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera è garantita dal Presidio Nostra Signora di Bonaria di San Gavino Monreale.

Il presidio ospedaliero di San Gavino Monreale offre assistenza in regime di ricovero ordinario, day hospital, con 152 posti letto per degenza ordinaria e 10 per day hospital per complessivi 162 posti letto, suddivisi così come riportato nella tabella seguente:

Struttura	Posti letto DO	Posti letto DH
Cardiologia e UTIC	16	0
Medicina generale	38	3
Oncologia	9	0
Pediatria/Nido	6	0
Urologia	7	0
Ortopedia e Traumatologia	24	0
Ostetricia e Ginecologia	20	0
Chirurgia generale	28	7
Terapia Intensiva	4	0
Totale	152	10

Il Presidio Ospedaliero è organizzato in Dipartimenti, così come di seguito riportati:

Dipartimento di Area Medica

- SC Cardiologia e UTIC
- SC Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
- SC Medicina Interna
- SC Nefrologia e Dialisi
- SC Oncologia Ospedale e Territorio
- SSD Neurologia
- SSD Pediatria
- SSD Lungodegenza post-acuzie

Dipartimento di Area Chirurgica

- SC Chirurgia Generale
- SC Ortopedia e Traumatologia
- SC Ostetricia e Ginecologia
- SC Urologia
- SSD Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
- SSD Oculistica

Dipartimento di Area Diagnostica e dei Servizi

- SC Anestesia e Rianimazione
- SC Laboratorio Analisi
- SC Radiodiagnostica
- SSD Anatomia Patologica
- SSD Medicina Trasfusionale
- SSD Patologia Molecolare

1.5. RISORSE UMANE

Le risorse umane sono fondamentali per il funzionamento e per l'esistenza stessa dell'azienda. L'analisi sulle risorse umane rappresenta quindi un'attività strategica al fine di comprendere l'asset a disposizione per il raggiungimento della mission aziendale. Il numero di dipendenti della Asl n. 6 del Medio Campidano risultano essere, al 01.10.2022, 866 di cui 150 a tempo determinato e 716 a tempo indeterminato.

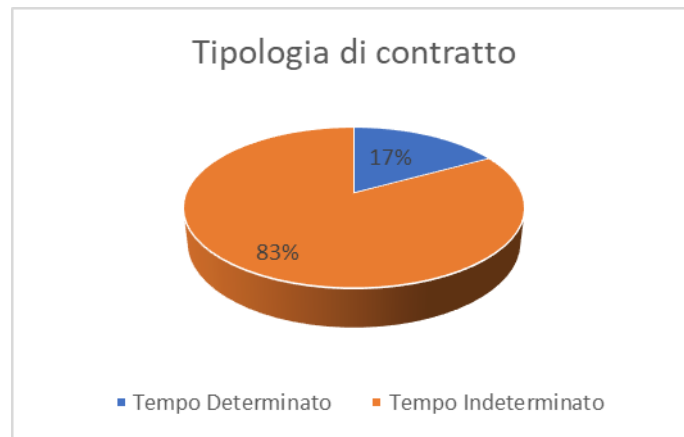
Di seguito la tabella con la distribuzione del personale per ruolo:

Ruolo	Tempo Determinato	Tempo Indeterminato	Totale
Amministrativo	26	38	64
<i>Comparto</i>	26	37	63
<i>Dirigenza</i>	0	1	1
Professionale	0	1	1
<i>Comparto</i>	0	1	1
Sanitario	72	567	639
<i>Comparto</i>	42	357	399
<i>Dirigenza medica e veterinaria</i>	27	193	220
<i>Dirigenza sanitaria non medica</i>	3	17	20
Tecnico	52	110	162
<i>Comparto</i>	52	110	162
<i>Dirigenza</i>	0	0	0
Totale	150	716	866

Tabella 3 - Distribuzione dipendenti per ruolo e contratto

La *tabella 3* evidenzia come la maggior parte dei dipendenti sia nel ruolo comparto con una notevole carenza di personale dirigente.

Nel ruolo amministrativo la percentuale dei dipendenti del comparto è pari al 98%, nel ruolo tecnico e professionale è pari al 100% e nel ruolo sanitario è pari al 62%.



Il grafico rappresenta la percentuale dei dipendenti suddivisa per tipologia di contratto, il personale a tempo indeterminato è pari al 83% mentre il restante 17% è a tempo determinato: questo è dovuto al fatto che nell'ultimo anno, si è dovuto ricorrere all'assunzione di risorse umane con contratto a tempo determinato in particolare nel ruolo tecnico e amministrativo sia per far fronte alle esigenze sanitarie e assistenziali ma in particolare per sostituire il personale assente per quiescenza e per ricostituire tutta la parte amministrativa che sino all'anno precedente era in capo all'unica azienda sanitaria, ossia ATS, che per attuazione della riforma sanitaria, intrapresa con la L.R. 24/2020, ha sancito l'istituzione di nove Aziende Sanitarie Locali.

L'analisi per ruolo del personale dipendente evidenzia che il 74% dei dipendenti appartiene al ruolo sanitario, il 19% al ruolo tecnico e il 7% a quello amministrativo mentre appare scarsamente rappresentato il ruolo professionale (1 unità).

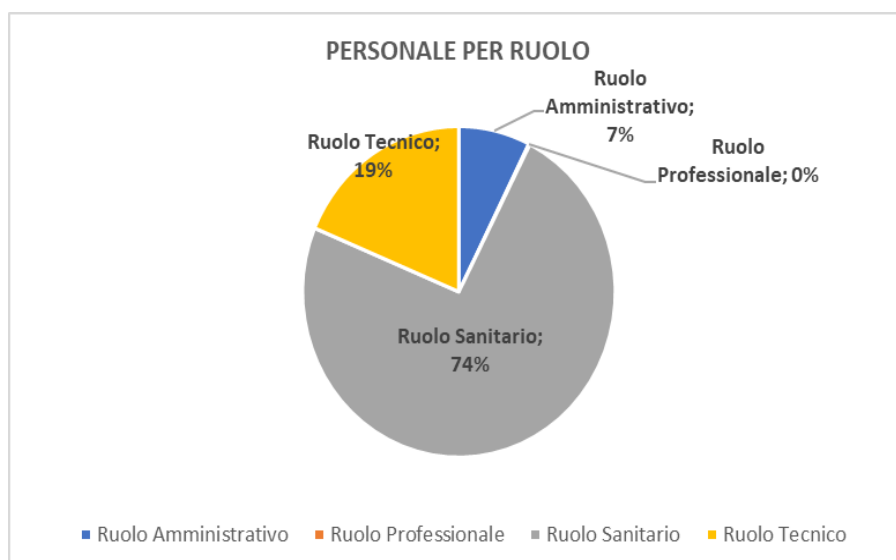


Tabella 1. Personale per ruolo

Dipendenti Asl Medio Campidano	Numero al 01.10.2022
Numero totale dipendenti	866
Numero dipendenti ruolo amministrativo	64
Numero dipendenti ruolo professionale	1
Numero dipendenti ruolo sanitario	639
Numero dipendenti ruolo tecnico	162
Numero femmine	604
Numero maschi	262
Età media dipendenti	49
Numero dirigenti	241
Età media dirigenti	53
% dirigenti donne (sul totale dirigenti)	60%
% dirigenti uomini (sul totale dirigenti)	40%
% dirigenza (sul totale personale)	28%
Numero totale di dipendenti con L. 104	140
% di dirigenti con L.104 (sul totale dirigenti)	13%
% di comparto con L.104 (sul totale comparto)	17%

PARTE II – LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA TRIENNALE

La legge regionale n. 24 del 11 settembre 2020 recante " *Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme disettore.*" avvia il percorso di riordino complessivo del servizio sanitario regionale sardo, così da renderlo maggiormente rispondente alle esigenze dei cittadini.

Con la deliberazione GR n. 30/73 del 30.09.2022 sono stati dati alle Aziende gli indirizzi per l'adozione degli atti aziendali. Gli obiettivi strategici per il nuovo triennio 2023/2025 dovranno quindi tenere conto del nuovo assetto organizzativo in via di definizione e contestualmente dell'attuale fase transitoria sino alla attuazione effettiva della nuova riorganizzazione.

Si analizzano di seguito gli indirizzi strategici per livello di assistenza sulla base degli indirizzi regionali in materia e sulla base del contesto esterno ed interno e dell'offerta di prestazioni e servizi offerti, tenuto conto che è ancora in corso la ripresa dell'attività, a seguito di una drastica riduzione avuta nel corso del 2020 e parte del 2021 a causa della pandemia.

Il presente documento di programmazione tiene conto del mutare dinamico della normativa nazionale e regionale.

Di seguito si esplicitano i principali indirizzi normativi regionali e nazionali di riferimento

- D.lgs n°502 del 30.12.1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della l. n°421 del 23.10.1992"; e successive modificazioni ed integrazioni;
- Legge Regionale 11 settembre 2020, n. 24, Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore;
- Piano Nazionale della prevenzione 2020-2025;
- Piano Regionale della prevenzione 2020-2025;
- Patto per la salute 2019-2021;
- Piano coordinato nazionale dei controlli (PCNC);
- D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio;
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza MISSIONE 6: Salute;
- Tutte le delibere RAS recanti indirizzi regionali in materia.

2.1. AREA DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

Le linee di indirizzo nazionali e regionali sono orientate verso l'implementazione degli investimenti per la promozione della salute e prevenzione, essendo fondamentali per la tutela della salute, in quanto favoriscono l'integrazione delle politiche sanitarie con il Piano Nazionale Prevenzione e il Piano Nazionale Cronicità e gli ulteriori strumenti di pianificazione.

Il Patto per la salute 2019-2021 evidenzia la necessità di garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute, di rafforzare l'attenzione ai gruppi fragili e di perseguire un approccio di genere, di considerare le persone e le popolazioni in rapporto agli ambienti di vita, di orientare le azioni al mantenimento del benessere collettivo, finalizzati alla promozione di stili di vita sani e alla riduzione dei fattori di rischio correlati alle malattie croniche.

Il modello di erogazione dei servizi attraverso la creazione di una rete che favorisca la presenza sulla totalità del territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute e quello che si intende perseguire con l'area della Prevenzione, al fine di consentire alla azienda di poter capire con tempistiche ristrette la domanda di salute della popolazione e poter attuare delle azioni che permettano di dare delle risposte adeguate alle necessità, sviluppando delle strategie che consentano anche una migliore gestione delle risorse della comunità.

Questo modello viene ripreso dal PNP 2020-2025 il quale promuove un approccio multidisciplinare, per affrontare i rischi potenziali o già esistenti per la salute attraverso uno sviluppo sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente. Il Piano investendo, infatti, nella messa a sistema in tutte le Regioni di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia e di modelli, metodologie e linee di azione basate su evidenze consolidate o su buone pratiche validate e documentate, impegna il Dipartimento ad agire con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA della Prevenzione collettiva e Sanità pubblica.

Pertanto, nel livello di assistenza collettiva si vuole utilizzare il concetto di rete di prevenzione espresso dal Piano di Prevenzione Regionale (PRP) 2020-2025.

La salute delle persone è largamente influenzata da fattori esterni quali il contesto sociale, economico, ed ambientale, per cui la prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente, ma è necessario costruire un sistema di rete in cui la "salute" diviene preoccupazione globale del Paese e non solo del sistema sanitario. Nell'ambito della Prevenzione si propone di porre in essere gli strumenti organizzativi necessari per assicurare una costante analisi dei bisogni e della domanda di salute, anche inespressa, della popolazione, compresa la sorveglianza epidemiologica, strumento indispensabile per la verifica dell'efficacia di tutti gli interventi di prevenzione adottati.

La programmazione sanitaria non può prescindere da quanto definito dalla recente normativa nazionale

che, sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse e dalla strategia perseguita dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza(PNRR) MISSIONE 6: Salute**.

La Missione 6 Salute si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale i cui interventi sono finalizzati a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio- sanitari;
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale le cui misure sono finalizzate al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del fascicolo sanitario elettronico, a migliorare la capacità di erogazione e di monitoraggio dei Livelli essenziali di Assistenza attraverso efficaci sistemi informativi.

La Sanità Pubblica, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è l'insieme degli *“sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile”*. Pertanto, fare salute pubblica significa approntare e coordinare interventi ed azioni intersettoriali e multidisciplinari che agiscono sui determinanti socio-culturali, ambientali e relazionali che influenzano la salute.

In tale logica, la prevenzione e la promozione della salute devono conformarsi agli approcci raccomandati dall'OMS:

- *“Health in all Policies”*, che implica la promozione di alleanze e sinergie fra diversi settori della società allo scopo di costruire convergenze programmatiche che riconoscano nelle decisioni politiche dei diversi settori che la salute della popolazione è un obiettivo comune;
- *“One Health”* che, considerando la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente, promuove un coordinamento intersettoriale e multidisciplinare per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animale-ecosistemi.

La governance di questi processi innovativi è affidata al Dipartimento di Prevenzione, quale struttura operativa dell'Azienda sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio con azioni dirette a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, come stabilito normativamente dal

D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

Quindi il Dipartimento di Prevenzione è il nodo strategico di una forte e valida collaborazione tra Strutture, Servizi e Unità operative, interni all'Azienda sanitaria ed esterni all'ambito sanitario, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e, conseguentemente, nello sviluppo sostenibile.

In particolare è fondamentale l'integrazione delle funzioni del Dipartimento di Prevenzione con quelle dei Distretti socio sanitari, degli altri Dipartimenti dell'Azienda sanitaria locale e delle Aziende ospedaliere, in attuazione dell'articolo 7- bis, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e smi, nonché l'integrazione con le Istituzioni e organizzazioni extrasanitarie a garanzia dell'intersectorialità degli interventi.

La programmazione Sanitaria della Asl Medio Campidano ha l'obiettivo di delineare gli obiettivi e le strategie in materia di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio, la quale svolge un ruolo fondamentale di governance e orientamento della prevenzione, favorendo l'integrazione tra le diverse azioni previste dalla normativa vigente o dai Piani di settore e la concreta attuazione del Livello Essenziale di Assistenza (LEA) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica".

L'obiettivo generale della Programmazione sanitaria triennale, è dunque quello di ridurre il carico di morbilità, mortalità e disabilità dovuto alle malattie non trasmissibili attraverso la collaborazione e la cooperazione multisetoriale a tutti i livelli, regionale, nazionale e mondiale (Piano di azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili per il periodo 2013-2020- OMS).

Le maggiori cause di morte presenti nella nostra azienda nel triennio 2019-2021 sono rappresentate nella tabella RENCAM:

CAUSE DI MORTE	2019	% su totale decessi 2019	2020	% su totale decessi 2020	2021	% su totale decessi 2021
Malattie Infettive e parassitarie escluso AIDS	18	1,9%	13	1,3%	14	1,4%
AIDS	1	0,1%	0	0%	1	0,1%
Tumori	228	23,9%	235	23,4%	269	27%
Malattie Endocrine, Nutrizionali e Metaboliche	45	4,7%	46	4,6%	49	4,9%
Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disturbi immunitari	4	0,45%	5	0,5%	6	0,6%
Malattie del sistema Nervoso e degli organi dei sensi	55	5,8%	49	4,9%	41	4,1%

CAUSE DI MORTE	2019	% su totale decessi 2019	2020	% su totale decessi 2020	2021	% su totale decessi 2021
Malattie del sistema Circolatorio	260	27,3%	306	30,4%	292	29,3%
Malattie ischemiche del cuore	81	8,5%	74	7,4%	72	7,2%
Disturbi Circolatori dell'encefalo	58	6,1%	68	6,8%	77	7,7%
Malattie dell'apparato respiratorio	82	8,6%	75	7,5%	62	6,2%
Malattie dell'apparato digerente	33	3,5%	36	3,6%	42	4,2%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	4	0,4%	1	0,1%	0	0%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	5	0,5%	9	0,9%	4	0,4%
COVID-19 Virus identificato	0	0%	25	2,5%	32	3,2%

Screening

La prevenzione secondaria, cioè la promozione di corretti stili di vita ai fini della prevenzione delle malattie cronico degenerative e la promozione degli screening organizzati ai fini della prevenzione oncologica, sono di notevole importanza considerato che le prime due cause di morte, in tutta Italia e in Sardegna, sono riconducibili alle malattie cardiovascolari e ai tumori (in Sardegna si manifestano in modo equivalente e corrispondono al 30% dei decessi).

La prevenzione oncologica, sospesa nel periodo pandemico, è stata riavviata attraverso gli screening organizzati solo all'inizio del 2022. Per il rilancio di queste attività e delle attività in genere legate alla nuova programmazione si confida nel nuovo assetto organizzativo che si verrà a creare con la riforma del sistema sanitario regionale.

La Regione Sardegna, nel PRP 2020-2025, ha voluto rimarcare l'importanza degli screening oncologici organizzati e ha stabilito nel Piano le nuove linee di indirizzo per il consolidamento di queste attività, disponendo per le ASL anche nuove risorse vincolate, oltre a quelle del fondo indistinto.

Pertanto, la programmazione della ASL del Medio Campidano rispetterà gli obiettivi regionali e introdurrà altre azioni necessarie al miglioramento del modello organizzativo locale quali:

1. Potenziamento e consolidamento dei tre programmi di screening (cervice uterina, mammella, colon-

- retto). Miglioramento delle coperture della popolazione sottoposta a screening, riportando gli indicatori ai valori raggiunti prima dell'emergenza pandemica. Trend in miglioramento a partire dal 2023.
2. Revisione del materiale rivolto alla popolazione target. Revisione dei modelli, predisposizione di nuovi materiali di informazione e comunicazione (lettere di invito, lettere con esito, brochure) sulla base del nuovo assetto organizzativo (LR 24/2000) e sulla base dei modelli prodotti dal gruppo tecnico regionale (ASL Cagliari, ASL Sanluri, ASL Oristano), in linea con i criteri di qualità definiti a livello nazionale.
 3. Integrazione del sistema di inviti (tramite lettera) con sistemi alternativi (sms, collaborazioni enti locali, marketing sociale).
 4. Predisposizione di materiale di informazione/comunicazione rivolto ai MMG, PLS, ginecologi dei consultori, ginecologi dei poliambulatori e libero professionisti.
 5. Nello screening del cervico-carcinoma attivazione, con la collaborazione della Direzione del laboratorio, del HPV- DNA, come test di triage.
 6. Integrazione dei programmi di prevenzione primaria (vaccinazione anti -HPV) con quello dello screening per la prevenzione del cervico carcinoma.
 7. Rinnovo della Convenzione con la Radiodiagnostica del Binaghi per la refertazione di *primo* e *secondo* livello, in ottemperanza alla qualità e alla sostenibilità del sistema screening, secondo le linee di indirizzo regionali del 2018 per lo screening della mammella.
 8. *Diagnostica di II livello*: affiancamento del radiologo specialista della mammella del P.O di San Gavino.
 9. Potenziare e consolidare i programmi di screening oncologico: migliorare la copertura della popolazione target, tendendo agli indicatori LEA.
 10. Riorganizzazione del percorso dello screening della mammella di I livello sui due distretti: erogazione delle mammografie anche nel distretto di Sanluri;
 11. Revisione dello screening del cervico carcinoma della ASL del Medio Campidano e della transizione verso il modello di conversione sul test HPV- DNA primario.
 12. Formazione degli operatori: coordinamento e promozione dell'adesione alla formazione regionale del personale degli screening oncologici della ASL del Medio Campidano.
 13. Applicazione degli indirizzi regionali per i percorsi diagnostico terapeutici integrati con i programmi di screening in essere per le donne ad alto rischio di cancro alla mammella e all'ovaio per mutazioni genetiche BRCA1 e BRCA2.
 14. Promuovere la ASL del Medio Campidano al programma pilota della Regione per l'applicazione del protocollo HPV DNA test primario nello screening del cervico-carcinoma.

Prevenzione e sicurezza negli ambienti di Lavoro

Il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL), ha come funzione fondamentale quella di promuovere il benessere sul luogo di lavoro, non solo attraverso la riduzione della frequenza degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, ma anche attraverso il rafforzamento della cultura della prevenzione, il coinvolgimento dei vari soggetti sociali e istituzionali presenti sul territorio.

La ASL Medio Campidano si caratterizza per presenza di aziende del comparto edile e di quello agricolo rispetto a quelle di altri comparti.

Le funzioni del servizio vengono attuate attraverso le attività di vigilanza, di informazione e assistenza.

Nell'anno 2022 sono stati pianificati ed effettuati n. 147 controlli ufficiali così suddivisi:

1. n. 99 aziende edili comprese le ispezioni per amianto
2. n. 30 aziende agricole
3. n. 18 aziende di altri comparti

Sono stati ispezionati n. 50 cantieri

Per il prossimo triennio si prevede di confermare orientativamente il numero dei controlli e delle ispezioni effettuate nell'anno 2022.

Oltre ai controlli ufficiali per il triennio 2023/2025 è prevista l'attuazione dei programmi/azioni specifiche previste dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 declinati dalla Regione Sardegna nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 (PRP 2020-2025) in attuazione del macro obiettivo 4: MO4 "Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali" in appositi Programmi Predefiniti – PP.

Per quanto riguarda il PMP (Piano Mirato di Prevenzione) per il rischio da esposizione ad amianto nell'ambito della rimozione delle tubazioni interrate in cemento amianto la ASL Medio Campidano è stata individuata dalla Regione Sardegna quale ASL Capofila.

Sanità Animale

Nella ASL Medio Campidano sono presenti 3.433 allevamenti (al 30.06.2022) in una superficie territoriale complessiva di 1516,19 Km².

Il Servizio di Sanità Animale promuove le attività di profilassi e diagnosi per prevenire i pericoli collegati alla salute degli animali e dell'uomo.

Nel settore della profilassi delle malattie degli animali da reddito, tra cui le zoonosi, cioè malattie trasmissibili dagli animali all'uomo e viceversa, l'obiettivo principale è la epidemiosorveglianza delle principali patologie, mediante attenta programmazione dei controlli in allevamento preceduta da accurata analisi e valutazione dei rischi o come conseguenza di segnalazione da allevatori o cittadini.

- La BDN è oggetto di aggiornamento e controllo continuo per quanto riguarda le movimentazioni, le qualifiche sanitarie e le consistenze degli animali in allevamento.

- L'anno 2022 ha visto di recente l'ingresso della EHD (Malattia Emorragica del Cervo) per la prima volta diagnosticata in Europa dal nostro Servizio sul territorio di Arbus.

Tale patologia interessa i bovini ed il suo impatto su tale settore è ancora poco valutabile data la scarsità di letteratura nel merito, costituirà certamente ulteriore motivo di impegno per la Sanità Animale nei prossimi anni.

Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Igiene Ambientale (SIAN)

Il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) svolge attività di verifica preliminari alla realizzazione e/o attivazione di imprese alimentari, al controllo ufficiale dei prodotti alimentari e dei requisiti strutturali e funzionali delle imprese alimentari. Dispone la sorveglianza e le indagini in occasione di casi sospetti o accertati di infezioni, intossicazioni, tossinfezioni di origine alimentare. Si occupa inoltre del controllo delle acque destinate al consumo umano, della sorveglianza nella commercializzazione e nell'utilizzo dei prodotti fitosanitari, della prevenzione nutrizionale e della promozione di sani stili di vita.

Si riporta di seguito una tabella con le principali attività svolte nel 2022:

Attività	2022
Registrazioni delle DUA	400
Controlli ufficiali soggetti a registrazione ai sensi del Reg CE n.852/2004	300
Campionamenti soggetti a registrazione ai sensi del Reg CE n.625/2017	111
Comunicazioni Allerta Rapido	40
Campionamenti Acque destinate a consumo umano	256
Ispezioni censimento deposito	30
Campionamenti prodotti alimentari	16

Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

Le attività del SIAPZ rientrano nella seguente area strategica:

- Integrazione fra i Servizi del Dipartimento
- Mantenimento / potenziamento livello di attività
- Formazione dei dipendenti
- Trasparenza delle attività / Accesso ai servizi
- Completezza e accuratezza flussi informativi
- Sviluppo Piano Regionale della Prevenzione

Il contesto di riferimento è così articolato:

Area Sanità pubblica veterinaria: il patrimonio zootecnico – ASL Medio Campidano

Allevamenti ovicaprini	Allevamenti bovini	Allevamenti suini	Allevamenti equini	Allevamenti Avicoli (ovaiole)	Canili
1.230	189	896	708	7	2

Area Sicurezza Alimentare (competenza Veterinaria SIAPZ) – ASL Medio Campidano

Stab. transf. latte riconosciuti	Stab. transf. latte registrati	O.S.M. riconosciuti	O.S.M. registrati	S.O.A.
11	6	1	80	6

L'obiettivo è quello di:

- Garantire la sicurezza alimentare dei prodotti lattiero-caseari.
- Garantire il Benessere animale degli animali da reddito e di quelli d'affezione.
- Garantire la prevenzione del randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi.
- Garantire la vigilanza sull'uso del farmaco veterinario concorrendo a ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco al fine di prevenire gli effetti indesiderati.
- Assicurare l'educazione sanitaria sui prodotti alimentari per l'alimentazione umana e quella degli animali.

2.2 AREA DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Il Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024 (DGR n. 9/22 del 24.03.2022 ai sensi dell'art. 32 della L. R. regionale 11 settembre 2020, n. 24) afferma che: "le transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali richiedono risposte nuove ai nuovi bisogni di salute, che impongono scenari di assistenza molto diversi rispetto al passato e che necessitano di un sostanziale ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria", e che per tale ragione occorre: "potenziare la strategicità dei sistemi di assistenza primaria e delle strutture territoriali, per garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute ed assistenza, sviluppando i servizi erogati sul territorio e i sistemi di assistenza primaria, con percorsi di cura e assistenza organizzati all'interno della rete dei servizi." Il piano regionale indica come principale direttrice su cui riprogrammare l'offerta sanitaria nel territorio la creazione di una rete assistenziale basata sulla Sanità di iniziativa e la Medicina di prossimità.

La sanità di iniziativa e la Medicina di prossimità

Il Piano Nazionale della Cronicità (Accordo Stato-Regioni CSR n. 160 del 15/09/2016) sposta il focus dell'assistenza dall'acuzie alla presa in carico. L'assistenza territoriale oggi è predisposta per rispondere al bisogno assistenziale acuto. Alla domanda risponde di norma la rete delle cure primarie (medico di famiglia, di continuità assistenziale e specialista ambulatoriale) quando il profilo è di bassa complessità, quando il profilo è più complesso risponde l'ospedale.

La rete territoriale, dimostratasi anche in occasione della pandemia Covid-19, profondamente inadeguata, deve essere riorientata e resa capace di gestire le malattie croniche, prevedibili e programmabili, con un paradigma di iniziativa e non di attesa come avviene oggi. Le "Cure Primarie" devono prendere in carico attivamente il paziente promuovendo anche l'auto cura (empowerment) e l'aderenza alla terapia, con iniziative di monitoraggio clinico e telemedicina.

Il superamento del vecchio modello di offerta di prestazioni a domanda e la transizione verso la presa in carico si realizzerà con l'integrazione dell'offerta sul territorio data dalla riorganizzazione delle attività dei Medici di Medicina Generale (MMG) e di continuità assistenziale.

Gli obiettivi della riorganizzazione sono:

1. Il superamento della frammentazione dell'assistenza nel territorio con la creazione di una continuità, integrata e multidisciplinare, che offra risposte efficaci, organizzativamente sostenibili e appropriate, ai pazienti che vivono situazioni di comorbidità, fragilità e non-autosufficienza.
2. L'adozione di modalità operative che trasformino il modello assistenziale della rete di cure primarie, da "reattivo" a "proattivo" con modalità operative centrate su interventi pianificati di follow-up.
3. L'individuazione e la gestione del bisogno stratificando diversi livelli di intensità assistenziale e socio-assistenziale.
4. La considerazione dell'assistenza primaria come punto centrale (hub) dei processi assistenziali del sistema, in cui l'iniziativa non è lasciata al singolo professionista ma è governata dal Distretto.
5. La ridefinizione delle funzioni dei diversi operatori, medici e non, a partire dal Medico di Medicina Generale (MMG).
6. L'attivazione di sistemi informativi evoluti in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutico-assistenziali (PDTA) per monitorare e valutare l'assistenza erogata al paziente cronico. I sistemi informativi dovranno assicurare tre importanti funzioni:
 - a. un sistema di allerta che aiuti il team ad attenersi e conformarsi alle linee guida;
 - b. feedback che mostrino i livelli di performance dei medici con l'impiego degli indicatori delle malattie croniche;
 - c. registri di patologia per pianificare l'assistenza al singolo paziente e per amministrare un'assistenza "population-based".

7. L'impiego di linee guida capaci di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale.
8. Il perseguimento dell'integrazione in team multi-professionali composti da MMG, infermieri, specialisti, altre professioni sanitarie e sociali per garantire una continuità assistenziale integrata con un'organizzazione della medicina generale, basata su modelli associativi (Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT – e Unità Complesse di Cure Primarie – UCCP – come previste dalla Legge n.189 del 2012 e dal Patto per la Salute 2014-2016);
9. La promozione dell'auto-gestione e dell'empowerment per aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia. Le evidenze scientifiche dimostrano infatti che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow-up, migliorano e ricorrono meno all'assistenza ospedaliera. È importante enfatizzare il ruolo centrale del paziente nella gestione della propria salute con strategie di supporto auto-gestite che includano: valutazione, definizione degli obiettivi, pianificazione delle azioni, risoluzione dei problemi e follow-up. Nelle patologie croniche, i pazienti stessi diventano i principali Caregiver.

Il nuovo quadro normativo (DM 77/22, PNRR) e la proposta di Piano Sanitario Territoriale della regione Sarda, indicano senza indugi e con grande forza, il riordino della rete assistenziale sul territorio individuando le nuove strutture di erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali poste nella prossimità della popolazione: Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali.

Le Case della Comunità

Sono strutture dedicate ai servizi sanitari di base che promuovono un modello di intervento integrato e multidisciplinare. Esse costituiscono il setting assistenziale di erogazione dei servizi propri dell'assistenza primaria, seguendo un modello organizzativo di prossimità che coordina e integra tutti i servizi di assistenza sanitaria di base per la comunità di riferimento con particolare attenzione ai pazienti cronici presenti a livello territoriale.

La Casa della Comunità deve essere ubicata in una sede visibile e facilmente accessibile alla comunità di riferimento perché è il luogo dove il cittadino può trovare una risposta adeguata a diversi bisogni sanitari e sociosanitari.

In tali strutture, al fine di poter erogare tutti i servizi sanitari di base, lavorano in équipe Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) in collaborazione con gli Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFeC), gli Specialisti Ambulatoriali e professionisti sanitari come Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della riabilitazione, Psicologi e altri. Al fine di un maggiore coordinamento con i servizi sociali comunali sono presenti anche gli Assistenti Sociali.

Le Case della Comunità nel medio campidano avranno due livelli:

- Le Case di livello base opereranno dal lunedì al venerdì nelle ore diurne assicurando servizi di cure

primarie senza ambulatori specialistici o con alcune specialità principali. nelle ore notturne, il sabato e i festivi assicurano il servizio di continuità assistenziale.

- Le Case di primo livello operano nelle fasce orarie diurne dei giorni feriali assicurando anche prestazioni specialistiche. Nelle ore notturne il sabato e festivi saranno assicurati servizi di primo intervento capaci di accogliere e trattare le patologie minori dell'emergenza (codici bianchi e verdi). Con l'avvio delle Case della Comunità si proporrà alla Regione la revisione degli ambiti territoriali dell'assistenza primaria, che potranno passare dai 10 attuali ai 7 corrispondenti alle Case della Comunità.

Presso la nostra azienda saranno attivate, come previsto da PNRR, le case di comunità, una con sede a Sanluri l'altra con sede a Lunamatrona.

Il piano regionale inoltre prevede altre due Case di Comunità finanziate con fondi europei e/o, nazionali e/o regionali, con sede ad Arbus (spoke) e Villacidro (hub).

La Centrale Operativa Territoriale- COT

La centrale COT svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

La COT sarà il punto di collegamento funzionale tra tutte le strutture sanitarie, sociosanitarie e di residenzialità in un'ottica di umanizzazione delle cure e della centralità della persona. Nella C.O.T., in una logica d'integrazione e lavoro di rete, opera personale infermieristico e socio-educativo, per la gestione delle richieste anche a carattere sociale.

L'accesso al servizio avviene tramite una segnalazione da parte di:

- la persona "fragile", un familiare/caregiver e altri soggetti del contesto di riferimento;
- medici o pediatri di famiglia, medici di guardia medica;
- operatori dei Servizi sociali o distrettuali o dei servizi ospedalieri dell'Azienda del Medio Campidano;
- operatori delle strutture residenziali o semiresidenziali.

Gli operatori esaminano la segnalazione e individuano il percorso e il Servizio al quale affidare la presa in carico del bisogno/problema segnalato. Per la presa in carico dei pazienti fragili la COT collabora principalmente con i servizi di assistenza domiciliare integrata, i servizi di residenzialità intermedia (ospedale di Comunità, Unità riabilitativa territoriale), i centri diurni, l'hospice, le case di riposo, l'ospedale, i servizi sociali.

Nell'ambito aziendale sono previste due COT (finanziate con fondi FESR - Fondo Europeo di Sviluppo Regionale): una nel Comune di *Samassi* ed una nel Comune di *Guspini*.

Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa. Opera in forma integrata con le Case della Comunità e rappresenta la struttura flessibile di raccordo tra le strutture di prossimità orientate all'erogazione e quelle di residenza: Ospedali di Comunità RSA, Case di riposo e di comunità, Casa del paziente in ADI.

L'Ospedale di Comunità (OdC)

È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale con moduli di 20 posti letto che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Gli Ospedali di comunità sono in sostanza un ponte tra i servizi territoriali e l'ospedale per tutte quelle persone che non hanno necessità di essere ricoverate in reparti specialistici, ma necessitano di un'assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio.

Le persone assistite sono: pazienti, prevalentemente con patologia cronica, provenienti da una struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, che clinicamente possono essere dimessi da ospedali per acuti, ma non in condizione di poter essere adeguatamente assistiti a casa; pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio.

Gli Ospedali di Comunità sono quindi strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, erogate sulla base di una valutazione multidimensionale della persona da assistere, attraverso un piano integrato e individualizzato di cura. Non vanno intesi come strutture ex novo, ma come una rimodulazione del tradizionale ricovero ospedaliero.

Nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è indicato l'obiettivo del potenziamento dell'offerta dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo degli Ospedali di Comunità o Struttura per le Cure Intermedie. Viene ribadito che tale struttura fa parte della rete territoriale ed è destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Viene indicata una capienza minima di 20 posti letto, e fino ad un massimo di 40, che la gestione è prevalentemente infermieristica, con l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri ai servizi sanitari come il Pronto Soccorso, le unità operative ospedaliere o ad altre prestazioni specialistiche.

Nella programmazione della nuova rete di servizi intermedi aziendali sono previsti (finanziati con fondi FESR) un OdC (20 posti letto) a gestione diretta, presso l'Ospedale Nostra Signora di Bonaria e un ulteriore ODC a Sanluri; una RSA di proprietà ASL gestita da una Società esterna con 80 posti, di cui 4 destinati ad alta intensità, ubicata nel Comune di Villacidro. L'Azienda intende inoltre promuovere il recupero dello

Stabilimento S. Maria Assunta di Guspini per destinarlo alle attività riabilitative come già in passato e come previsto dal documento di “Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna”, approvata dal Consiglio Regionale della Sardegna il 25 ottobre 2017 anche ricorrendo a sperimentazioni gestionali pubblico-private come da art. 46 della L.Reg. 24/2020. Nel territorio è presente, infine, il centro di riabilitazione ad alta intensità neurologica e cardiologica residenziale “Clinica Arborea”, sita a Villamar, dotata di 35 posti letto convenzionati col SSN.

La rete delle cure Palliative

È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell’assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

La ASL Medio Campidano ha già attivato un servizio di cure palliative limitato, per il momento, quasi esclusivamente alle patologie neoplastiche.

Nel corso del triennio 2023-2025 sarà sviluppato uno specifico programma di potenziamento con un maggior coinvolgimento di personale infermieristico e l’implementazione dell’attività di psicoterapia territoriale domiciliare.

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Il Consultorio Familiare svolge attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie, esso garantisce prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell’ambito dell’assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L’attività consultoriale si svolge all’interno delle Case della Comunità con soluzioni logistico-organizzative che ne tutelano la riservatezza.

I consultori familiari hanno sede nella Case della Comunità hub, assicureranno la tutela della gravidanza ma vedranno un’implementazione dei servizi di sostegno alla famiglia e alla popolazione minore e adolescente con una maggiore attenzione alle condizioni di disagio e alla prevenzione delle dipendenze.

L’offerta dei servizi di sostegno psicologico riguarderanno:

- Coppia, famiglia, puerperio, gravidanza
- Età evolutiva e Clinica dell’Adolescenza
- Maltrattamento e abuso nel contesto familiare
- Affidamento e adozione

Programma degli interventi

Gli interventi di individuazione, valutazione e presa in carico delle persone fragili si svolgeranno nelle Strutture dell'Area attraverso le iniziative indicate di seguito:

- Realizzazione di una *Centrale di Cure Intermedie (CCI)* con sede a San Gavino Monreale e punti di coordinamento intermedio a Sanluri e Villacidro;
- Attivazione di un *Ambulatorio Infermieristico della Fragilità* con il compito di valutare lo stato di fragilità assistenziale della popolazione, le cause della mancata aderenza ai trattamenti e rimuoverne i fattori ostacolanti integrato con l'ADI sociale;
- Monitoraggio elettronico dell'ADI;
- Configurazione e strutturazione del PUA come sede di integrazione socio-sanitaria, orientato alla soluzione dei problemi di relazione dei cittadini con le Strutture del Servizio Sanitario e operante come leva di cambiamento del sistema di accesso ai servizi ospedalieri. Nel PUA operano l'Assistente Sociale e l'Infermiere del Distretto;
- Coinvolgimento delle farmacie rurali dell'Area, con apposita convenzione, che sosterranno l'aderenza alla terapia, limitando errori e danni di una cattiva gestione dei farmaci attraverso la somministrazione di un questionario on-line per ciascun paziente preso in carico tra quelli eleggibili e identificati che si rivolgono presso la loro farmacia (Farmacia dei Servizi);
- Programmi di tele-salute per potenziare la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche, tra le quali lo scompenso cardiaco, le bronco pneumopatie croniche e il diabete.
- Formazione e riqualificazione del personale medico, infermieristico, sociale e tecnico coinvolto sulla presa in carico attiva dei pazienti fragili.
- Attivazione di un Registro Epidemiologico della Fragilità Assistenziale (REFA) con una piattaforma informativa che avrà la funzione di supportare l'attività di iniziativa delle Case di Comunità (chiamata attiva, agenda, monitoraggio), di valutare il servizio (report periodici ed analisi ad hoc), di scambiare e condividere informazioni con PUA/UVM, Sportello sociale dei Comuni, Pronto Soccorso, Reparti ospedalieri medici. Costituirà la base informativa per audit clinici periodici. Il REFA sarà dotato di un algoritmo predittivo che permetterà in ciascun momento di calcolare un punteggio di fragilità per ciascun paziente in base all'utilizzo dei servizi e delle terapie degli ultimi mesi. Il Registro si integrerà con i dati sociali a disposizione dei Comuni e i dati sanitari a disposizione dei Distretti Sanitari di Base per l'attivazione di un sistema di buone prassi, con strumenti comuni e linguaggi omogenei tra gli operatori dei servizi sanitari e sociali in un'ottica di rete che garantisca interventi efficaci e ottimizzazione delle risorse.

Il contributo della professione infermieristica

Il territorio è il luogo della presa in carico dei bisogni di assistenza. Le azioni programmatiche e gli investimenti saranno indirizzati a sostenere le cure primarie, garantendo l'integrazione e il supporto di tutte le competenze (sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali) necessarie. L'infermiere in questo panorama svolge un ruolo primario: assicura la continuità assistenziale in ambito domiciliare, ambulatoriale e residenziale, è punto di riferimento dell'informazione sanitaria, della promozione della salute e l'accesso ai servizi.

Il ruolo dell'infermiere è orientato all'appropriatezza delle cure, in base alle effettive necessità assistenziali di ciascuno, all'accessibilità ai servizi sanitari per tutte le persone presenti sul territorio, all'eticità nell'assistenza, è garante della qualità delle prestazioni erogate e coordina i professionisti sanitari nella gestione dei percorsi di continuità assistenziale a tutela della salute degli assistiti (Case management).

La diffusione degli ambulatori infermieristici della fragilità, è un asset strategico del Piano Sanitario Territoriale della regione e ha l'obiettivo di creare una connessione funzionale con i MMG e la rete dei servizi per monitorare i fattori di rischio della popolazione, gestire i soggetti fragili e, all'occorrenza, fornire adeguate risposte assistenziali agli eventi acuti.

Gli ambulatori della fragilità "prendono in carico" la persona valutandone il bisogno di assistenza, con impiego di metodologie e adeguati strumenti di pianificazione e di informazione (cartella infermieristica di fragilità). La funzione infermieristica si integra nei processi distrettuali e, quando i bisogni dell'assistito richiedono una forte integrazione sociosanitaria, adottano la Valutazione Multidisciplinare, contribuendo alla stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Il PAI (Piano di Assistenza Individuale) è lo strumento che racchiude la programmazione e la pianificazione personalizzata annuale del percorso di cura di ciascun paziente cronico. Al suo interno sono dettagliate tutte le prestazioni (visite ed esami) e le prescrizioni farmacologiche che il paziente deve effettuare nell'arco di un anno.

Nell'intervallo di validità (in corso d'anno) il PAI è aggiornabile in base alle necessità (analogamente a ciò che avviene, in sede di ricovero, per una cartella clinica). La Centrale di Coordinamento Territoriale dispone dell'elenco di tutte le Strutture erogatrici alle quali indirizzare i pazienti per effettuare le prestazioni necessarie, come previste dal Piano di Assistenza Individuale.

Il paziente può naturalmente decidere di rivolgersi ad altri erogatori non inseriti nella filiera erogativa, ma in questo caso non gli vengono garantite le prenotazioni e le tempistiche che ritiene adeguate alle sue necessità.

L'infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)

La consapevolezza di dover sviluppare nuovi modelli organizzativi territoriali orientati alla gestione della cronicità e al sostegno all'autocura, impone di innovare il modello assistenziale infermieristico territoriale adottando le competenze caratteristiche dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC).

L'IFeC una figura professionale formata per dirigere e incoraggiare la famiglia, identificando i suoi bisogni di salute e indicando la strada migliore nell'utilizzo dei servizi sanitari. L'obiettivo principale che l'Infermiere di Famiglia e Comunità persegue sono quello di promuovere e proteggere la salute dell'individuo e della popolazione per tutto l'arco della vita insieme a quello di ridurre l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni, alleviando le sofferenze che questi causano.

L'IFeC ha un ruolo fondamentale nel garantire la continuità assistenziale combinando i diversi elementi già propri dell'infermiere di sanità pubblica e di comunità, migliorando e facilitando l'accesso alle cure primarie, integrandoli con gli aspetti dell'infermieristica di comunità.

Per garantire una presa in carico globale l'IFeC deve adottare delle "competenze estese" rispetto al normale patrimonio di tutti gli infermieri delle cure primarie e possedere abilità di ambito ospedaliero e territoriale. Questo approccio spinge l'organizzazione al superamento dell'attuale sistema delle competenze organizzato per "silos" in aree assistenziali delimitate (cure palliative, sanità di iniziativa, cure domiciliari integrate e prestazionali) verso un modello olistico orientato alle persone e alla globalità dei loro bisogni.

Attivazione di degenze multidisciplinari e di transizione delle cure

Al fine di definire e assicurare un percorso di continuità assistenziale (Piano Nazionale Cronicità, 2016), si esplorerà, un modulo di degenza di transizione delle cure a bassa intensità clinica con posti letto funzionali e flessibili integrati a quelli dei reparti medici del Presidio Ospedaliero. Si tratta di cure a bassa intensità clinica di tipo intermedio in posti letto funzionali che migliorano il flusso dei pazienti e riducono l'attesa. L'accesso sarà gestito in collaborazione col Bed manager e il Servizio di Logistica del Paziente (SELOPA) attivato con la deliberazione ATS n. 421 del 31/05/2021 (Approvazione procedura DAP PV212 logistica del paziente in ospedale attivazione Servizio di Logistica del Paziente (SELOPA).) che dovrà creare le condizioni per usare al meglio tutti i posti letto disponibili nella struttura attraverso la programmazione di tutta l'attività di ricovero, l'attività chirurgica, l'attività ambulatoriale e pianificando in modo dinamico la logistica dei pazienti in base alle fasi della degenza.

Le dimissioni difficili e il reinserimento dell'anziano non autosufficiente

L'aumento costante degli anziani con problemi sanitari importanti crea il bisogno di sostegno alle famiglie per il reinserimento nel proprio domicilio dopo le dimissioni dall'ospedale. Organizzare un percorso clinico che consenta al paziente il rientro a domicilio o in struttura è spesso difficile e i caregiver trovano difficoltà ad integrare l'aspetto clinico con le problematiche sociali. La dimissione "protetta" viene spesso identificata

solo a ricovero avanzato e conseguentemente non vengono attivate le procedure necessarie (assistente sociale, UVM) creando difficoltà alla dimissione del paziente.

Il ricovero nella degenza Multidisciplinare è sempre programmato e finalizzato alla risoluzione di un problema con interventi a bassa complessità assistenziale; il trasferimento nella degenza viene richiesto dal Medico Ospedaliero del reparto di provenienza specificando la diagnosi, i giorni di ricovero effettuati e l'unità operativa da cui proviene il paziente.

La dimissione è concordata tra l'infermiere responsabile della Degenza Multidisciplinare di Transizione delle Cure (M.T.C.) e il Medico Ospedaliero del reparto di provenienza, previa consegna all'utente ricoverato di una relazione sintetica contenente informazioni sul programma eseguito durante la degenza e la terapia in atto alla dimissione.

Nella Degenza M.T.C. sono seguiti anche i pazienti in procinto di uscire dall'ospedale, quelli che stanno per tornare a casa in assistenza domiciliare e quelli che stanno per essere trasferiti in un'altra struttura sanitaria territoriale; all'interno della degenza vi è un'area (Discharge Room) per i pazienti in dimissione. Nella Discharge Room i pazienti e i loro familiari potranno ricevere assistenza per tutte le loro esigenze dalla documentazione sanitaria a tutte le informazioni utili sulle modalità di dimissione fino alla consegna dei farmaci prescritti da parte del medico e alle dovute indicazioni sulla somministrazione.

L'uscita dei pazienti dall'Unità di Degenza Multidisciplinare T.C. avviene previo colloquio informativo eseguito dal Responsabile Infermieristico per la presa in carico da parte dei servizi territoriali e/o della famiglia.

All'assistito viene consegnata la lettera di dimissione per il Medico di Medicina Generale o per le Strutture Territoriali comprendente il ricovero nell'Unità di Degenza per Acuti e quella di Degenza Multidisciplinare T.C.

Tele-medicina

La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo dell'ICT per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori deputati alla presa in carico e all'erogazione delle cure. In particolare, nell'integrazione ospedale/territorio e nelle nuove forme di aggregazione, la Telemedicina e la Teleassistenza rappresentano esempi di come la tecnologia possa supportare un'efficace operatività, anche ai fini della gestione della cronicità.¹

La Telemedicina può gestire le domande di salute, sfruttando le caratteristiche della trasmissione telematica per scambiare informazioni cliniche e accedere alle stesse evitando ai pazienti di recarsi fisicamente presso gli studi o le strutture sanitarie e permettendo agli operatori di gestire gli assistiti presso il loro domicilio.

¹ Piano Nazionale della Cronicità Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 p.79

Secondo i medici di Medicina generale, è possibile svolgere attraverso strumenti digitali il 30% delle visite a pazienti cronici, mentre per i medici specialisti la percentuale scende al 24%. I servizi che i medici e gli specialisti ritengono più interessanti sono il Teleconsulto e il Telemonitoraggio, seguiti da Teleassistenza e Telecooperazione.

Cure domiciliari integrate

Il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ha costituito, negli ultimi anni, uno degli obiettivi di rilevanza strategica nella programmazione socio-sanitaria della Regione e nella riorganizzazione e sviluppo dei servizi territoriali, al fine di garantire la continuità assistenziale in favore di persone che si trovano in una situazione di non autosufficienza totale o parziale.

Si prevede di sviluppare il processo di continuità assistenziale tra l'ospedale e il territorio in particolare per i pazienti che necessitano di Cure Palliative, attraverso una rete diretta di comunicazione tra i professionisti e gli operatori domiciliari al fine di favorire la trasmissione di informazioni dei nuovi bisogni del paziente che emergono durante la cura per poter offrire risposte più tempestive ed adeguate alle richieste.

Si auspica nel triennio di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee), rispetto all'attuale media tra le diverse regioni italiane di poco inferiore al 5%, così come previsto dalla Milestone del PNRR (M6C1I1.2.1).

CASI TRATTATI	670			
<i>di cui anziani</i>	567			
<i>di cui malati terminali</i>	22			
ACCESSI DEL PERSONALE MEDICO	7642			
<i>di cui anziani</i>	6110			
<i>di cui malati terminali</i>	76			
	TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE	INFERMIERI PROFESSIONALI	ALTRI OPERATORI	TOTALE
ORE DI ASSISTENZA EROGATA	8927	42990	355	52272
<i>di cui anziani</i>	7554	36381	355	44290
<i>di cui malati terminali</i>	293	1412	0	1705
ACCESSO DEGLI OPERATORI	12944	53314	355	66613
<i>di cui anziani</i>	10954	45117	355	56426
<i>di cui malati terminali</i>	425	1750	0	2175

Fonte: Modello FLS21 anno 2021

Psicologia delle cure

Il servizio di Psicologia delle cure è previsto nelle more dell'attivazione del Dipartimento funzionale di Psicologia delle cure primarie in attesa di indicazioni a seguito dei provvedimenti e degli atti di attuazione della disposizione di cui all'art. 8, comma 1, lettera b-quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e del Piano dei servizi sanitari territoriali.

Il servizio deve ottimizzare l'organizzazione e massimizzare l'integrazione delle competenze e attività psicologiche con le attività complessive dell'azienda in una logica di "sistema a rete"; valorizzando un sistema incentrato sui bisogni reali della persona, con un approccio preventivo, proattivo, di promozione delle risorse e continuità tra i diversi livelli del sistema (territorio, comunità, ospedale).

Promuovere il ruolo della psicologia secondo un approccio integrato (multidisciplinare e multiprofessionale) alla persona, attraverso il coordinamento degli assistenti sociali dell'azienda, funzionando da ponte tra gli aspetti sanitari e sociali.

I LEA Psicologici rappresentano nell'attuale scenario sociale un caposaldo di salute in grado di prevenire patologie psichiche e anche fisiche in considerazione dell'elevato numero di *stressor* oggi in grado di attivare condizioni di esaurimento con innesto di malattie.

La SSD Psicologia opera attraverso l'individuazione di fattori di rischio e protettivi e partecipando alla formulazione di piani di trattamento atti a promuovere lo sviluppo e l'equilibrio della persona promuovendo la presa in carico globale.

I principali ambiti di lavoro sono:

- 1) ambito delle cure primarie (attività distrettuali, servizi consultoriali, assistenza domiciliare, case della comunità);
- 2) ambito intermedio dei servizi specialistici (servizi specialistici, servizi salute mentale, servizi neuropsichiatria infantile, servizi dipendenze, strutture semiresidenziali e residenziali);
- 3) ambito ospedaliero (attività psicologiche nel contesto ospedaliero, ad elevato impegno sanitario, hospice, pronto soccorso);
- 4) ambito organizzazione (attività per il personale e l'organizzazione, Benessere Organizzativo, gestione dello SLC, prevenzione del Burnout).

Il Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona (PLUS)

Il Piano Locale unitario dei servizi alla persona (PLUS) è lo strumento per la programmazione sociale e sociosanitaria nell'ambito Distrettuale. Attraverso il PLUS i Comuni dell'ambito, la Provincia e la Asl determinano obiettivi e priorità, programmano e dispongono in modo integrato gli interventi sociali, sanitari e sociosanitari. Il piano ha durata triennale con aggiornamento economico-finanziario annuale.

Il PLUS opera per un lavoro coordinato e sinergico fra le strutture che operano nel sociale, le istituzioni e i cittadini con lo scopo di mettere in rete nel territorio un servizio integrato di presa in carico della persona nel territorio.

La conferenza di programmazione è lo strumento che il PLUS utilizza per il confronto con gli attori locali prima dell'elaborazione del documento di programmazione. Da diversi anni, la conferenza ha avviato un percorso di programmazione unitario e condiviso destinato a creare forti legami di scambio tra le

organizzazioni presenti nel territorio.

Il coordinamento tecnico e istituzionale delle politiche sociali e sanitarie definite nell'ambito del PLUS e la promozione dell'integrazione sociale e sanitaria sono attuate dall'Ufficio di Piano per la Gestione Associata (UPGA) detto anche Ufficio di Piano.

Le aree tematiche di programmazione riguardano gli anziani e famiglia, disabili, minori, famiglia, scuola, giovani e lavoro, assistenza distrettuale, cure primarie, tutela della salute negli istituti penitenziari, gestione della cronicità, cure domiciliari, assistenza protesica, attività consultoriali, gestione clinica ed organizzativa delle Case di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali.

Nella ASL Medio Campidano l'ambito di programmazione locale coincide con l'ambito territoriale dei distretti di Guspini e di Sanluri.

Si riportano di seguito le attività e i progetti programmati per il triennio 2023/2025:

- Servizio di Assistenza Domiciliare e i Servizi Educativi Territoriali.
- Progetto "Ritornare a casa": finanziato in favore di coloro che hanno un elevatissimo bisogno assistenziale e rischiano l'inserimento in Casa Protetta o RSA, o se già inseriti in strutture socio sanitarie, abbiano l'opportunità di poter rientrare al proprio domicilio.
- Progetto "Mi prendo cura": finanziamento destinato ai beneficiari dei Progetti "Ritornare a Casa e a coloro che sono in attesa di attivazione del medesimo progetto con il fine di ampliare la risposta assistenziale a favore delle persone con disabilità gravissime.
- Progetti "Home care premium": finanziati al fine di promuovere la domiciliarità e destinato ai dipendenti pubblici non autosufficienti che necessitano di assistenza domiciliare o che si prendono cura di persone non autosufficienti anch'esse necessitanti di interventi domiciliari al fine di evitare l'Istituzionalizzazione.
- Progetti "Includis": progetti di inclusione socio lavorativa a favore di persone con disabilità.
- Progetti PNRR 1.2: Progetti per percorsi di autonomia per persone con disabilità che prevedono la promozione di una vita indipendente delle persone con disabilità al fine di evitare l'istituzionalizzazione e offrire l'opportunità di accesso al mondo del lavoro anche attraverso la tecnologia informatica. Tale linea prevede inoltre l'autonomia abitativa.
- Progetto "Disabilità per la vita indipendente": progetti aventi la finalità di favorire l'autonomia delle persone con disabilità che prevedono percorsi formativi, di inserimento lavorativo e supporto nella vita quotidiana.
- Progetti "P.I.P.P.I. (PNRR linea 1.1.1): Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione": con finalità di innovazione delle pratiche di intervento nei confronti delle

famiglie cosiddette “negligenti” al fine di ridurre il rischio di maltrattamenti e il conseguente allontanamento dei minori dal nucleo familiare.

- Progetto “Coordinamento pedagogico”: Progetto con protocollo d’intesa regionale che prevede la creazione di uno staff ed un coordinamento tecnico con equipe multidisciplinare con coinvolgimento non solo delle istituzioni ma anche delle scuole e delle famiglie; ogni comune dovrà esprimersi se l’attuazione può avvenire in forma associata.
- Progetto “Prince”: progetto legato al Redditi di Cittadinanza e destinato al pronto intervento sociale.

Oltre alla prosecuzione delle attività e progetti in essere, si conferma per il prossimo triennio l’attività del “Centro Antiviolenza” gestito a livello interdistrettuale.

2.3 AREA DELL’ASSISTENZA OSPEDALIERA

Nel triennio di riferimento si proseguirà con la costruzione del nuovo ospedale di San Gavino Monreale, iniziata già nel 2022, con il conseguente trasferimento delle attività ospedaliere. Nel nuovo nosocomio saranno concentrati tutti i servizi per le acuzie, mentre quelli destinati alle post-acuzie e alla riabilitazione saranno lasciati nell’attuale presidio Ospedaliero Nostra Signora di Bonaria dove è previsto anche l’Ospedale di Comunità, nella quale saranno concentrati tutti i servizi territoriali e specialistici di assistenza primaria della Casa di Comunità, il Consultorio familiare e i servizi afferenti ai Dipartimenti territoriali con particolare riferimento alla Prevenzione e Salute mentale.

La realizzazione del nuovo Ospedale e la conversione del Presidio Nostra Signora di Bonaria in una struttura per la post-acuzie è fortemente legata alle risorse economiche che si avranno a disposizione sia per la sua gestione e con particolare riferimento alla possibilità anche di acquisire risorse umane.

Durante i lavori di costruzione del nuovo ospedale si proseguirà con una profonda ristrutturazione del P.O. esistente, già iniziata da oltre un anno, interessando le seguenti aree: 1) rifacimento delle aree esterne; 2) realizzazione del nuovo servizio di Anatomia Patologica; 3) sistemazione della Radiodiagnostica.

Nel corso del 2023 saranno ristrutturati il reparto di Ostetricia e Ginecologia situato al secondo piano e quello di Medicina sito al terzo piano. Inoltre è previsto il rifacimento dei prospetti esterni con la sostituzione di tutti gli infissi e la ristrutturazione dell’ingresso e dell’area del pronto soccorso.

L’offerta clinica sarà potenziata con l’implementazione dei servizi, delle attività internistiche e chirurgiche e sarà inoltre migliorato tutto il settore dell’emergenza.

Qui di seguito si riportano i dati relativi all’attività ospedaliera per gli anni 2020 – 2021:

Stabilimento	Disciplina	Totali Dimessi	DH	DO	Di cui totale dimessi COVID	Totali Dimessi	DH	DO	Di cui totale dimessi COVID	Delta su totale dimessi		Delta su totale dimessi (netto COVID)	
		2021				2020				Assoluto	%	Assoluto	%
P.O. N. S. DI BONARIA – SAN GAVINO MONREALE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	962	267	695	1	948	238	710		14	1,47%	1	100%
	MEDICINA GENERALE	1809	149	1.660	1	1590	180	1.410	3	219	13,77%	-2	-66,67%
	CARDIOLOGIA E UTIC	662	153	509		615	97	518		47	7,64%		
	ONCOLOGIA	334	334	/		329	329	/		5	1,52%		
	PEDIATRIA NIDO	414	/	414		413	/	413		1	0,24%		
	CHIRURGIA GENERALE	1009	130	879		937	152	785		72	7,68%		
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	730	70	660	1	692	48	644		38	5,49%	1	100%
	UROLOGIA	444	147	297		413	123	290		31	7,51%		
	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	47	/	47		58	/	58		-11	-18,97%		

Fonte: Cruscutto ABACO

Cardiologia

I processi di cambiamento strategico ed organizzativo in cui è coinvolta la sanità, in risposta alle esigenze di miglioramento della qualità dei servizi erogati e di razionalizzazione dell'impiego ottimale delle risorse, da qualche anno vedono impegnati anche la branca della Cardiologia.

Al fine di garantire una copertura piena dei mutati bisogni assistenziali (ad esempio l'aumento della cronicità, garantire una dimissione protetta) in una logica di maggiore integrazione/interazione funzionale tra le strutture ospedaliere e quelle territoriali, si rende sempre più necessario attuare i sistemi per la cura del malato con servizi e interventi dotati di strumenti, come la telemedicina, controllo remoto, counseling sanitario telefonico.

Si è proceduto a potenziare gradualmente l'offerta di prestazioni cliniche, diagnostiche e terapeutiche per poter rispondere ai bisogni assistenziali dei cittadini della Asl Medio Campidano: impianti e sostituzione di dispositivi quali pacemaker mono e bicamerali, defibrillatori, dispositivi di resincronizzazione cardiaca, loop recorder. Queste procedure prima del 2016 venivano garantite da altri presidi ospedalieri per cui tutti i pazienti che necessitavano di tali procedure terapeutiche venivano trasferiti ad altri presidi con servizio di elettrofisiologia.

Per l'annualità 2023 si prevedono, in aggiunta alle attività preesistenti, le seguenti attività:

- 1) Attuazione del progetto di tele cardiologia nelle seguenti fasi:
 - a. Telerefertazione dell'elettrocardiogramma e attivazione dei punti territoriali di registrazione

b. Teleconsulto

- 2) Attivazione del servizio di ecocardiografia per esterni presso il poliambulatorio di Sanluri
- 3) Attivazione del servizio di ergometria
- 4) Attivazione dell'ambulatorio per la cardiopatia ischemica e dimissione protetta
- 5) Incremento delle prestazioni dell'ambulatorio dello scompenso cardiaco
- 6) Integrazione tra ospedale e territorio: copresenza in ospedale di specialista ambulatoriale territoriale
- 7) Attivazione dell'ambulatorio infermieristico dello scompenso cardiaco
- 8) Attivazione del progetto Coru Sardu (risorse da finanziamento regionale ad hoc)
- 9) Acquisizione di poligrafo per le procedure di elettrofisiologia ed elettrostimolazione
- 10) Acquisizione di sistema di sottrazione meccanica di liquidi per lo scompenso cardiaco refrattario
- 11) Incremento dell'attività di monitoraggio remoto dei dispositivi impiantati

Tumori e cure palliative

La normativa nazionale tutela il diritto del malato ad accedere, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, alle cure palliative e alla terapia del dolore, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

La Regione Sardegna ha formalmente recepito l'Intesa Stato Regioni del 2012 istituendo la rete delle cure palliative (delibera 33/32 del 08.08.2013) e della terapia del dolore (delibera 5/31 del 11.02.2014 "Coordinamento Regionale per le cure palliative", col compito di monitorare la rete per garantire l'erogazione di livelli uniformi di assistenza.

La rete delle cure palliative è finalizzata ad erogare cure palliative e di fine vita, sulla base delle indicazioni contenute all'art. 5 della L. 38 del 2010, con percorsi di presa in carico e di assistenza di cure palliative "finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici".

Nell'anno 2021 sono stati presi in carico circa 500 nuovi pazienti. I pazienti seguiti annualmente in regime di DH per trattamento oncologico attivo sono circa 370 mentre circa 100 sono seguiti nell'Ambulatorio dedicato alle terapie oncologiche orali.

Per quanto riguarda le cure palliative dal primo gennaio al 30 novembre sono stati presi in carico oltre 100 nuovi pazienti con una media di n. 30 pazienti gestiti contemporaneamente.

La gestione della casistica del 2022 è stata effettuata con oltre 630 visite domiciliari e circa 1300 consulti telefonici. Il 90% dei pazienti presi in carico dal Servizio è deceduto a domicilio, il 2.5% in Hospice ed il 7.5% in ospedale.

Nella ASL Medio Campidano, nell'anno 2021, i tumori sono stati la seconda causa di morte con n. 269 decessi e un'incidenza del 27% sul totale delle cause di morte (Fonte RENCAM).

In linea con quanto previsto per la Rete Oncologica Regione Sardegna si prevede:

- Attivazione a livello ospedaliero di un Centro Accesso e Supporto - CAS: struttura di riferimento della rete oncologica regionale finalizzato alla presa in carico dei singoli casi dall'inizio del percorso di cura ed assicurare la regia e l'assistenza necessarie nelle varie fasi del percorso.
- Pianificazione ed Attivazione PDTA di patologia, anche in condivisione con altre Aziende Sanitarie ed implementazione Gruppi Interdisciplinari di Cura per specifiche neoplasie

Nel 2023 è programmata la definizione di percorsi condivisi tra l'Ospedale Nostra Signora di Bonaria e le strutture territoriali delle Cure Domiciliari e l'Assistenza Sanitaria di Base per la definizione di criteri d'accesso, modalità e timing per la presa in carico e per la gestione condivisa per paziente con patologia oncologica in stadio avanzato. È prevista inoltre l'istituzione di un ambulatorio dedicato alle cure simultanee in ambito ospedaliero.

In linea con quanto previsto per la Rete Oncologica Regione Sardegna, sono inoltre programmate per il prossimo triennio le seguenti attività:

- Attivazione a livello ospedaliero di un Centro Accesso e Supporto - CAS: struttura di riferimento della rete oncologica regionale finalizzato alla presa in carico dei singoli casi dall'inizio del percorso di cura ed assicurare la regia e l'assistenza necessarie nelle varie fasi del percorso.
- Pianificazione ed attivazione di PDTA di patologia, anche in condivisione con altre Aziende Sanitarie ed implementazione Gruppi Interdisciplinari di Cura per specifiche neoplasie

Da qualche anno sono stati attivati nelle strutture territoriali percorsi condivisi tra l'Ospedale Nostra Signora di Bonaria e i Distretti Sanitari, finalizzati a garantire una continuità del percorso di cura tra ospedale e territorio.

Nel prossimo triennio è prevista l'ottimizzazione dei percorsi esistenti con le realtà ambulatoriali infermieristiche con particolare riferimento a:

- effettuazione nel territorio delle Cure simultanee e terapie di supporto in continuità con i percorsi di cura ospedalieri
- valutazione laboratoristica e specialistica propedeutica ed in corso di trattamento oncologico prescritto in ambito ospedaliero
- gestione accessi vascolari, ivi compresa gestione elastomeri

Oltre alle attività già in essere è prevista l'attivazione, anche nelle strutture sanitarie del territorio, degli "Ambulatori terapie oncologiche orali-sottocute-intramuscolari" ad oggi limitate all'ambito ospedaliero.

Malattia Renale Cronica (MRC)

La Malattia Renale Cronica (MRC) costituisce un problema di salute pubblica che coinvolge una larga parte della popolazione. Si stima che sia presente nel 7-10% della popolazione generale e sia per lo più misconosciuta e che circa il 50% delle persone affette da diabete mellito e/o obesità sviluppi la MRC nel corso della vita.

La MRC è tra le patologie individuate nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016 per rilevanza epidemiologica, gravità, peso assistenziale ed economico.

Pertanto, la prevenzione, l'identificazione precoce e il rallentamento della progressione devono costituire una priorità nella gestione della MRC.

Possiamo stimare la presenza nel territorio di competenza della nostra ASL di circa 6000-9.000 casi per tutti gli stadi della malattia.

La prevalenza dei dializzati è in Italia circa 750/800 pazienti per milione di abitanti e il nostro territorio è in linea con questa stima, accogliendo al momento 80 dializzati.

Si intende nel prossimo triennio portare avanti le seguenti attività:

1. Attivazione di Ambulatori Nefrologici nel territorio: vista la prevalenza della MRC e la necessità di prevenzione e diagnosi precoce, si programma l'apertura/implementazione degli ambulatori territoriali nei due distretti, nelle sedi di Villacidro (casa della salute) e Serramanna.
2. Telemedicina: La MRC nelle sue fasi evolutive, dalla fase conservativa a quella sostitutiva, costituisce un ottimo modello per la costruzione di nuovi processi assistenziali di telemedicina, in ambito nefrologico.
3. Televisita: è un atto sanitario che si rivolge al paziente da remoto, non sostituisce la visita in presenza ma la integra in tutte quelle situazioni nelle quali non è necessaria la presenza fisica. Essa si svolge con un colloquio con il paziente e i suoi familiari da remoto, verifica dell'idoneità degli strumenti presenti a domicilio del paziente, valutazione delle registrazioni effettuate a domicilio, valutazione della presenza o meno di edemi declivi, valutazione degli esami ematochimici, delle urine e strumentali
4. Teledialisi: è di prossima attivazione attraverso la cartella di gestione del trattamento dialitico (GEPAnet) con possibilità di integrazione con i sistemi informatici aziendali (sisar, galileo) e con i sistemi software dei monitor di dialisi. In questo modo è possibile monitorare da remoto l'andamento dei trattamenti dialitici nel CAL, gestire le terapie, tracciare le modifiche terapeutiche mantenendo livelli di sicurezza prescrittiva, tracciare le consegne fra medici e infermieri.

5. Teleassistenza da parte di professionisti sanitari si basa sull'interazione a distanza fra il professionista e il paziente e il suo caregiver per mezzo di una videochiamata, con eventuale condivisione di file digitali (referti, immagini). Lo scopo è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio. La teleassistenza è inserita prevalentemente in programmi di accompagnamento al paziente.
6. Videodialisi: è già presente nel reparto un programma di videodialisi attraverso un sistema dotato di un totem a domicilio del paziente e una postazione di controllo nella sede ospedaliera. Tale sistema può essere implementato per la formazione dei pazienti e dei caregiver e per l'attivazione della dialisi nelle RSA.
7. Dialisi domiciliare: la domiciliazione della terapia sostitutiva della funzione renale è fortemente raccomandata per i vantaggi clinici (migliori outcome, efficienza dialitica ottima, riduzione del carico di farmaci), sociali, psicologici (in termini di autostima e qualità della vita) ed economici. La nostra UO offre tutte le opzioni terapeutiche disponibili (dialisi peritoneale ed emodialisi domiciliare). Al momento attuale sono 16 i pazienti in trattamento domiciliare e nei prossimi 3 anni si programma un aumento con attivazione del servizio non solo a domicilio del paziente ma anche presso RSA e case della salute.

Endoscopia

La terapia diagnostica e terapia Endoscopica dell'Ospedale di San Gavino Monreale ha il compito di garantire l'esecuzione delle procedure strumentali di endoscopia digestiva, sia di tipo diagnostico che terapeutico, per i pazienti ricoverati nel nostro Ospedale e per i pazienti ambulatoriali del nostro territorio. Da anni svolge un ruolo importante nella definizione del percorso del Piano di Screening delle neoplasie colo-rettali e garantisce la realizzazione delle procedure diagnostico terapeutiche di II livello. Essa, opera inoltre, per dare una risposta adeguata alla forte richiesta di assistenza specialistica nel settore delle malattie digestive, con particolare riguardo alla diagnosi, terapia e follow –up delle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) e della malattia celiaca.

Negli anni si è assistito a un continuo e progressivo incremento quantitativo e qualitativo delle prestazioni. Le motivazioni di tale crescita sono in parte connesse al contemporaneo e tumultuoso sviluppo della tecnologia medica e delle evidenze scientifiche, che hanno trasformato il ruolo dell'Endoscopia digestiva da un semplice ambulatorio di diagnostica ad una disciplina clinica autonoma idonea alla prevenzione, diagnosi e cura, soprattutto chirurgica mini invasiva, delle malattie dell'apparato digerente.

Le elevate competenze nell'esecuzione di tutte le procedure di chirurgia endoscopica sul colon, le vie biliari e il pancreas, ha portato a un inarrestabile crescita della mobilità attiva dalle altre ASL verso la nostra ASL, come si può evincere dalla tabella sotto riportata i pazienti della ASL Medio Campidano presi in carico nel

periodo dal 01.01.2022 al 29.09.2022 sono il 47,37% mentre il 52,63% sono pazienti provenienti dalle altre ASL regionali o extra regione.

ASL RESIDENZA PAZIENTE	% PAZIENTI PER ASL RESIDENZA
ASL Medio Campidano	47,37%
ASL Oristano	24,00%
ASL Cagliari	16,52%
ASL Nuoro	4,95%
ASL Sulcis	3,42%
ASL Sassari	2,57%
ASL Gallura	0,54%
ASL Ogliastra	0,23%
Extra-Regione	1,00%

Diabetologia

La Diabetologia si occupa di prevenzione del diabete, diagnosi precoce della malattia, prevenzione delle complicanze, educazione e istruzione del paziente, formazione e aggiornamento del personale con l'obiettivo di erogare la migliore assistenza possibile in termini di efficacia clinica, efficienza e qualità della vita delle persone affette da tale patologia.

Il Servizio è articolato su due ambulatori uno situato a Sanluri presso il Poliambulatorio di via Bologna, l'altro presso il Presidio Ospedaliero Nostra Signora di Bonaria di S. Gavino M.

Laboratorio Patologia Clinica

Il Laboratorio della ASL ha maturato nel tempo una cultura della qualità che producesse un dato di laboratorio efficace in un'ottica di miglioramento in continuo e di economia di scala. Il Laboratorio ha ottenuto dal 2004 la certificazione di qualità in conformità alla norma UNI EN ISO 9001:2009 interrotta per cause legate all'evento pandemico.

Il Servizio dovrà ripristinare la certificazione attraverso l'impostazione di un Sistema Gestionale di Qualità (SGQ) che risulti conforme alla più recente norma UNI EN ISO 9001:2015.

In continuità con la funzione Aziendale legata alla sorveglianza delle infezioni nosocomiali, si prevede l'attivazione della linea di attività della Microbiologia Clinica per contribuire al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- migliorare le performance diagnostiche delle indagini microbiologiche;
- aumentare quantitativamente le identificazioni (diagnosi) microbiologiche: attualmente solo 1 infezione su 10 è diagnosticata in laboratorio, le altre sono trattate spesso con antibiotici a largo spettro causa di resistenze;

- supportare il clinico nella scelta dell'antibiotico, anche con strumenti di telemedicina, apportando i concetti prettamente microbiologici (biologia del germe, capacità di manifestare resistenze) ed infettivologiche;
- favorire una sorveglianza "esaustiva" piuttosto che legata a germi predefiniti (sentinella), attraverso l'impiego di adeguate tecnologie (es NGS);
- supporto all'ambulatorio di Ematologia: sviluppo di competenze per la diagnosi di patologie ematologiche su midollo osseo;
- implementare la diagnostica delle emoglobinopatie e sindromi talassemiche col supporto del genetista per relata attività consulenziale;
- supporto alla rete dei Laboratori in qualità di Laboratorio capofila per l'armonizzazione, l'appropriatezza, la qualità di cui a specifico progetto dal Ministero e dalla Regione Sardegna.

Laboratorio di Patologia Molecolare

Per effetto del comma 3 art. 29 del D.L. 25 maggio 2021 n. 73, la Regione Sardegna ha beneficiato dei contributi a seguito dell'approvazione da parte del Ministero di specifico progetto/cronoprogramma.

In conformità allo stesso progetto/cronoprogramma, la ASL Medio Campidano intende istituire il laboratorio di Patologia Molecolare preposto alla diagnostica basata su tecnologie molecolari anche di ultima generazione (NGS).

In campo prettamente oncologico, per effetto dei contributi Ministeriali, il laboratorio effettuerà test validati mirati alla diagnostica molecolare del tumore polmonare non a piccole cellule non squamoso metastatico in pazienti eleggibili come da DM del 30.09.2022, Allegato n. 2. Il test risulterà essenziale per la ricerca delle alterazioni molecolari patogenetiche a cui abbinare, in maniera predittiva, la *targeted therapies* (terapia specifica alla mutazione).

Ulteriore campo di applicazione per la tecnologia NGS è quello infettivologico per la sorveglianza "esaustiva" (piuttosto che basata su germi predeterminati "sentinella") delle resistenze e multiresistenze microbiche agli antibiotici/chemioterapici (MultiDrug Resistent Organisms, MDRO), divenute nel tempo sempre più frequenti. La tecnologia NGS risulta adatta per svelare, in tempo reale, nuove resistenze.

Il Laboratorio di Patologia Molecolare dovrà supportare la diagnosi molecolare di infezioni dell'apparato respiratorio, gastro-enterico, genito-urinario ecc. In particolare è da implementare la diagnostica molecolare condizioni sostenute da HPV che, nelle pazienti eleggibili, dovrà sostituire il pap-test, come test primario nelle attività di screening relate.

Centro Trasfusionale

Risulta necessario rafforzare l'attività di raccolta del sangue da effettuarsi presso l'Ospedale di San Gavino e presso le sedi territoriali accreditate (Serramanna, Serrenti e Gonnosfanadiga). Attualmente l'attività di raccolta è espletata dal personale del Centro Trasfusionale che raccoglie il sangue presso l'Ospedale (circa 900 unità/anno) e dall'AVIS Provinciale di Cagliari che lo raccoglie presso le sedi periferiche (circa 3500 unità/anno), per un totale di 4400 unità/anno con un rapporto (n. sacche raccolte da Avis/n. sacche raccolte dal Centro) pari a $3500/900 = 3,8$.

Per tendere all'autosufficienza, è impellente aumentare il numero totale delle sacche rafforzando soprattutto l'attività di raccolta del Centro Trasfusionale per rispondere ad esigenze di economia di scala riducendo i costi AVIS, in modo da ridurre il rapporto proporzionale di raccolta Centro/AVIS che dovrà tendere nel triennio a 1,5-2 (a parità del n. di raccolte AVIS). Per raggiungere l'obiettivo si deve agire su: attività di sensibilizzazione della popolazione (es. scuole, comunità, ecc); implementazione delle trasfusioni domiciliari (es. pazienti in ADI, fragili, ecc); implementazione raccolta diretta, svolta dal Centro, in Ospedale e nel Territorio; implementazione attività di aferesi produttiva.

Altra linea di attività da implementare riguarda la Medicina Trasfusionale per la quale si prevede:

- l'implementazione dell'ambulatorio di Ematologia;
- l'attuazione del piano PBM (Patient Blood Management) di cui al relativo progetto Regionale;
- l'attuazione delle linee guida per l'appropriatezza trasfusionale e del buon uso del sangue;
- l'implementazione della produzione di Emocomponenti ad uso non trasfusionale (PRP- Gel Piastrinico, siero colliri);
- l'acquisizione di nuovi pazienti Talassemici residenti nella ASL Medio Campidano e attualmente afferenti in altri Centri.

Anatomia Patologica

La ASL Medio Campidano istituisce il servizio di Anatomia Patologica come SSD.

Si deve prevedere un'implementazione delle attività sia in senso qualitativo che quantitativo, perseguendo nel triennio i seguenti obiettivi:

- raggiungimento della piena autonomia nell'esecuzione e interpretazione delle indagini immunoistochimiche su tessuto paraffinato; metodica indispensabile nella diagnostica differenziale di tutte le patologie e in primo piano di quelle neoplastiche;
- supporto alle metodologie strumentali del Laboratorio Molecolare, comprese le NGS, per la diagnosi e monitoraggio e terapia delle patologie oncologiche;
- acquisizione graduale della Digital Pathology che permette un flusso di lavoro.

PARTE III– LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-PATRIMONIALE

Il Bilancio Economico Previsionale 2023-2025 è stato redatto ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs 118/2011, nonché sulla base delle indicazioni provenienti dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale tenendo presenti il vincolo di compatibilità con le risorse finanziarie e il perseguimento dell'equilibrio economico, puntando al miglioramento della qualità e quantità dei risultati raggiunti nei livelli di assistenza e nel funzionamento dei servizi. Sarà oggetto di revisione sulla base delle modifiche dovute agli adempimenti legati alla attuazione della L.R. 24/2020, e nelle more dell'adozione dei nuovi criteri di riparto del FSR.

La programmazione sanitaria della Asl Medio Campidano per il 2023 risulta essere condizionata dall'attuazione della riforma sanitaria prevista dalla legge regionale n. 24 del 11 settembre 2020 e dagli obiettivi che verranno assegnati dalla Regione Sardegna ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali per l'anno 2023 (ai sensi dell'art. 11, comma 9, della Legge regionale n. 24/2020).

È opportuno evidenziare che il nuovo assetto organizzativo della Asl Medio Campidano definito nell'Atto Aziendale prevede un consistente incremento della dotazione di personale, come rappresentato nel Piano del Fabbisogno del Personale 2023. Per la programmazione economica patrimoniale si rimanda alla Delibera del Direttore Generale n. 420 del 15.11.2022, con la quale è stato adottato il Bilancio economico previsionale 2023-2025.