



ASL Cagliari D.G.R. n. 1/14 del 2015

RIORGANIZZAZIONE
DELL'ASSISTENZA
TERRITORIALE

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 387 DEL 27 MAR. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Antonella Carreras Dott. Pier Paolo Pani

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Savina Ortu

SAVINA ORTU
PIER PAOLO PANI
ANTONELLA CARRERAS

Il presente allegato è com-
posto da n° 47 fogli
di n° 47 pagine.

MARZO 2015

ASSISTENZA DISTRETTUALE

INDICE

DGR 1/14 del 2015 – Assistenza distrettuale. Obiettivi Generali	4
Integrazione ospedale-territorio	6
Cronicità	6
<i>Presa in carico territoriale – Patologie croniche</i>	7
<i>L'assistenza territoriale nell'ASL di Cagliari</i>	8
Distretto di Cagliari area vasta	10
Distretto di Cagliari Ovest	11
Distretto di Quartu Sant'Elena - Parteolla	11
Distretto di Muravera – Sarrabus - Gerrei	12
Distretto del Sarcidano – Barbagia di Seulo – Trexenta	13
Economicità - Monitoraggio - Esiti	14
<i>Centrale operativa territoriale</i>	15
<i>Dimissione protetta</i>	16
<i>Indirizzi e direttive nazionali</i>	16
Reti per patologia	17
Rete Oncologica	18
Riallocazione delle risorse	20
<i>Cure Intermedie</i>	20
PO Binaghi	23
PO Isili	23
PO Muravera	24
<i>Innesto di Cure Primarie nei presidi di zona disagiata</i>	24
<i>Case della Salute</i>	25
RAS	27
ASL di Cagliari	29
Criticità	31
<i>MMG, Continuità assistenziale, Equipe territoriali</i>	32
<i>Cure domiciliari</i>	33
Rete per l'emergenza	37
Urgenze minori	39
Guardie mediche	39
Salute mentale e dipendenze	40
<i>ASL di Cagliari e Salute Mentale</i>	41
<i>ASL di Cagliari e Dipendenze</i>	42
Conclusioni	45

DGR 1/14 del 2015 – Assistenza distrettuale. Obiettivi Generali

Con la DGR 1/14 del 2015, la Regione Sardegna ha attribuito diversi obiettivi alle aziende sanitarie nel quadro della riforma del sistema, con specifico riferimento alla LR n. 23 del 2014.

Tra i diversi obiettivi, il potenziamento dell'assistenza sul territorio interessa da vicino l'ASL8 di Cagliari in considerazione del suo ruolo, ma anche per la difficoltà di avviare e rendere operativi i nuovi modelli organizzativi della medicina nel territorio, in un contesto caratterizzato da un'offerta ospedaliera che non ha riscontri in altre aree della regione.

Nell'area territoriale di Cagliari un'ulteriore significativa difficoltà è costituita dalla grande eterogeneità delle situazioni, con aree metropolitane a forte densità abitativa, e aree molto vaste con pochi abitanti.

Nell'insieme si tratta di una popolazione di oltre 560.000 residenti, e realizzare le condizioni per un sostanziale incremento delle attività territoriali, richiede l'attivazione di rilevanti processi riorganizzativi, parte dei quali necessitano di investimenti e finanziamenti, non riconducibili, almeno nel breve e medio periodo, alle economie derivanti da dimissioni in area ospedaliera.

Queste dimissioni, d'altra parte andrebbero a influire anche sulla popolazione non residente nel territorio dell'ASL di Cagliari che da anni popola gli ospedali cagliaritari, per cui un effettivo processo di deospedalizzazione richiede il potenziamento dell'assistenza territoriale anche in altre aziende, e una più puntuale definizione degli interventi che competono agli ospedali.

Costituisce quindi una sfida particolarmente impegnativa per la ASL di Cagliari, sul piano amministrativo, organizzativo e finanziario, quella della riduzione delle attività ospedaliere, nel breve e medio periodo, ancorché inappropriate, così come la possibilità di trasferire eventuali economie in area ospedaliera per il potenziamento del territorio.

Significativa al riguardo è la circostanza che gli accessi presso il pronto soccorso continuano a essere caratterizzati da una quantità incontrollata di codici bianchi e verdi, e che questi volumi non accennano a decrescere.

Pur tuttavia, l'adeguamento dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale al mutato scenario socio demografico ed epidemiologico, comprensivo dello spostamento di volumi e tipologie di attività dall'ospedale al distretto, costituisce una condizione ineludibile per la riqualificazione del Servizio sanitario in termini di efficacia, efficienza, equità, appropriatezza e sostenibilità.

La richiamata DGR indica in particolare le seguenti aree d'intervento:

- l'integrazione ospedale e territorio;
- il potenziamento di forme di assistenza alternative al ricovero, in particolare delle cure domiciliari integrate;
- l'accreditamento del sistema trasfusionale;
- la riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze;
- la riqualificazione dell'assistenza specialistica, anche attraverso l'avvio delle Case della Salute.

In questi ambiti l'ASL di Cagliari deve predisporre un piano di riorganizzazione e di riqualificazione dei servizi sanitari secondo le previsioni della L.R. n. 23/2014 che contenga, sentita la Conferenza territoriale socio-sanitaria, uno specifico progetto di scorporo e di riconversione delle attività svolte nei presidi ospedalieri al fine di individuare quelle da trasferire alle strutture territoriali, ai costituendi ospedali di comunità, alle case della salute e all'AREUS (ex L.R. n. 23/2014, art. 9, comma 5).

Si deve premettere che un piano di riorganizzazione e di riqualificazione come richiesto dalla DGR 1/14 del 2015 – Obiettivi, è condizionato in qualche misura dal mancato completamento del percorso di riforma del sistema di cui alla LR 23/2014, e dalla necessità di provvedimenti attuativi che sono, al momento, in corso di predisposizione da parte della RAS.

Per sistematicità di argomenti il progetto tratta preliminarmente il tema dell'integrazione ospedale territorio, il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, sia attraverso il sistema delle cure domiciliari integrate, la realizzazione di posti letto per ricoveri territoriali nelle strutture di cure intermedie o negli ospedali di comunità, la problematica delle Case della Salute nel contesto territoriale dell'azienda.

In vista della qualificazione di azioni programmatiche per l'immediato futuro, gli argomenti di cui sopra considerano aspetti rilevanti per la qualificazione dell'offerta territoriale, e, in particolare, le cronicità, le dimissioni protette, l'attuale stato e organizzazione dell'offerta territoriale nell'area di Cagliari, le potenzialità legate alle reti per patologia, con particolare attenzione a quella oncologica e a quelle tempo dipendenti.

Un capitolo specifico è dedicato all'AREUS. In questo sono evidenziate alcune attività di emergenza urgenza che potrebbero essere trasferite al nuovo organismo e che riguardano, in particolare, la realizzazione e l'avvio dei punti di primo intervento in un territorio vasto come quello aziendale.

Le problematiche che interessano l'AREUS e che possono avere impatto sulla deospedalizzazione, non si limitano, tuttavia, allo spostamento e riorganizzazione di alcune attività, ma investe il problema dei mezzi, della formazione degli operatori, di scelte di sistema che riguardano l'attivazione di una centrale operativa territoriale in raccordo con il numero breve 116-117, e dell'attivazione di ambulatori per le urgenze minori.

Relativamente all'accREDITAMENTO del sistema trasfusionale, si precisa che l'ASL di Cagliari non dispone di strutture trasfusionali aziendali come risulta dall'allegato alla DGR 35/21 del 2014. Si precisa altresì che l'unica unità trasfusionale presente in azienda, la Banca Sangue Cordonale presso il PO Binaghi, opera in raccordo con l'Azienda Ospedaliera Brotzu, nell'ambito di un sistema di raccolta, processazione e distribuzione a coordinamento regionale.

Integrazione ospedale-territorio

Il tema dell'integrazione ospedale-territorio è stato trattato in Sardegna con provvedimenti settoriali, spesso incompleti, e non nell'ambito di un quadro sistematico d'interventi e azioni cogenti per le aziende sanitarie, anche con riferimento alle tempistiche.

L'unico provvedimento di natura sistematica sull'integrazione ospedale territorio, emanato di recente nella regione Sardegna, la DGR 31/2 del 2011, è stato approvato in via provvisoria e, di fatto, non è stato mai applicato.

Detto provvedimento contiene, comunque, un allegato riferito alla rete dell'emergenza, alla rete ospedaliera, e alla rete territoriale, che in qualche misura può essere considerato una matrice di riferimento per il piano di riorganizzazione e di riqualificazione dei servizi sanitari che è stato richiesto all'azienda.

L'allegato contiene, infatti, azioni e provvedimenti in linea con le direttive nazionali concernenti la riorganizzazione e riqualificazione dell'emergenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale, nell'ambito di una prospettiva mirata, tra l'altro, al perseguimento dell'appropriatezza, e del governo dell'assistenza sanitaria.

In questi ambiti è stato considerato determinante il perseguimento sia dell'*appropriatezza clinica*, attraverso la condivisione di linee guida e di percorsi diagnostici terapeutici (PDTA), sia dell'*appropriatezza di livello*, intesa come scelta e applicazione dell'appropriato set di cure legato alla patologia.

Nel disegno della richiamata delibera la rete territoriale è ristrutturata e potenziata, strutturalmente e organizzativamente, per ripristinare l'appropriatezza di livello nell'erogazione delle prestazioni, "attualmente eseguite in quantità inaccettabile dalla rete ospedaliera".

Cronicità

L'idea di costituire o implementare un data base con le informazioni utili e necessarie per riconoscere il paziente cronico, con passaggi vincolanti per gli operatori che assicurano i trattamenti occorrenti, è un obiettivo che può determinare un serio e positivo impatto per ridurre l'inappropriatezza.

Nella realtà di Cagliari non ci sono dati puntuali in grado di fornire elementi di valutazione e decisionali riferiti ai malati cronici.

Dalle statistiche nazionali risulta che 25 milioni di italiani sono affetti da una malattia cronica, e che circa 7,5 milioni sono affetti in modo grave.

Le donne sono le più colpite e le patologie più frequenti riguardano artrosi, artrite e ipertensione arteriosa; diverse patologie sono gravi come: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris e altre malattie del cuore, ictus ed emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia), malattia di Parkinson e Alzheimer, demenze senili.

Molte persone sono affette, inoltre, da multicronicità.

Ad aggravare il quadro, oltre due milioni e mezzo di persone vivono in condizioni di disabilità, con un'incidenza media del 4,8% rispetto alla popolazione che raggiunge il 44,5% nella fa-

scia di età con più di 80 anni (Dati tratti dal dossier malattie croniche presentato alla prima conferenza italiana sull'accesso alle cure nella malattie croniche, organizzata da NPS Onlus).

Una fotografia che impone un nuovo approccio assistenziale, basato sulla necessità di garantire terapie e assistenza personalizzati e per un periodo molto lungo per milioni di cittadini, al fine di promuovere eventuali riforme nel segno di una medicina più orientata alla cronicità e con l'obiettivo di creare quelle sinergie indispensabili tra i diversi livelli assistenziali oggi esistenti e spesso frammentati.

Rapportando i dati nazionali alla popolazione del territorio assistito dall'ASL di Cagliari, si può stimare che non meno di 80 mila persone soffrano di cronicità definite gravi, e che non meno di 27 mila persone siano affette da disabilità.

Si tratta di una popolazione di circa un quinto rispetto a quella complessiva assistita nel territorio aziendale, ed è ragionevole ritenere che una buona parte delle inapproprietezze che si riscontrano nell'assistenza ospedaliera, siano riconducibili anche a una presenza così massiccia di cronicità e di disabilità, a fronte delle quali il sistema non ha ancora messo a punto risposte strutturate e organiche.

Presa in carico territoriale - Patologie croniche

Il Distretto deve realizzare una sostanziale e concreta presa in carico del paziente cronico, superando i formalismi inessenziali, la frammentazione degli interventi e l'autoreferenzialità. Ciò significa fare in modo che i vari professionisti che intervengono nella cura della persona (MMG, medici di continuità assistenziale, specialisti e operatori delle professioni sanitarie) operino in sintonia e integrazione secondo prospettive centrate sul paziente.

Quando necessaria, la valutazione multidimensionale, dovrà essere funzionale alla progettazione di un percorso assistenziale per la persona che tenga conto della globalità della stessa. Questa soprattutto deve essere salvaguardata nell'affrontare la non autosufficienza, e i percorsi dovranno essere resi più flessibili e meno burocratizzati al fine di non sovraccaricare i processi di cura e i percorsi nei diversi setting della presa in carico socio-sanitaria: residenziale, semiresidenziale, domiciliare.

La complessità del percorso assistenziale, la multidisciplinarietà che caratterizza oggi la maggior parte degli atti sanitari, la diversità dei luoghi di cura e di presa in carico, impongono un forte sistema di relazioni in grado di integrare i passaggi nella cura del paziente fra i diversi erogatori di servizi, per evitare elementi di criticità e frammentazione.

La cronicità, in entrambi i casi, sia nel modello riconosciuto dalle evidenze internazionali (Chronic Care Model), sia nel sistema PUA/UVT, presuppone l'esigenza di attivare modelli d'integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate formule organizzative per la presa in carico del paziente attraverso Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), e attraverso Progetti Assistenziali Individuali (PAI).

Il PDTA e i PAI devono essere intesi, quindi, come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale o domiciliare, altre in condizione di ricovero, qualunque sia il livello assistenziale necessario, finalizzate alla gestione programmata e appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate in base alla gravità del singolo caso.

È necessario realizzare una sostanziale continuità assistenziale (disease management) basandosi su:

- adozione di corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica e le corrette abitudini alimentari, visti non solo come strumento di prevenzione primaria, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione di specifiche patologie croniche. In questa ottica si devono considerare positive le sperimentazioni di Attività Fisica Adattata (AFA), cioè di programmi di esercizio fisico, non sanitario, svolto in gruppo, appositamente indicati per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate in esito a diverse patologie, inclusi ictus e ischemia miocardica.
- implementazione delle competenze, nel team multiprofessionale, per far acquisire alle persone assistite quelle capacità che le mettano in grado di attuare un'adeguata autogestione (self care) della propria malattia.
- attuazione degli interventi assistenziali presso l'ambulatorio del MMG o il domicilio del malato, ivi inclusi i test diagnostici e le medicazioni, ove necessarie, con l'utilizzo del "Libretto Personale di Patologia".
- sistema informativo centrato sul paziente anche basato sulla gestione di liste dei pazienti stratificate per patologia o rischio da parte dei MMG.

Alcune di queste priorità, riferibili in particolare ai pazienti cronici, non hanno comportato in questi ultimi anni azioni e iniziative specifiche riferite agli ambiti distrettuali dell'azienda, e soprattutto interventi sistemici.

Le Cure Primarie sono ancora organizzate secondo modelli tradizionali e non, secondo le ipotesi previste dal patto della salute, che prevedono aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e unità complesse di cure primarie (UCCP), e quindi equipe integrate interdisciplinari. Lo stesso sistema PUA/UVT per la presa in carico della non autosufficienza necessita di verifiche sul proprio ruolo nel sistema distrettuale, anche in relazione alla sua integrazione con il modello del Chronic Care.

L'assistenza territoriale nell'ASL di Cagliari

L'assistenza territoriale distrettuale è assicurata dall'ASL di Cagliari attraverso i distretti e le altre strutture deputate all'assistenza territoriale.

In base alle norme e agli atti di programmazione della RAS, gli ambiti riconducibili all'assistenza territoriale comprendono molteplici funzioni attribuite a unità che operano nell'area territoriale distrettuale. Le funzioni sono svolte tramite i Distretti e le altre unità operative aggregate ai Dipartimenti territoriali e aziendali o misti.

L'assistenza territoriale distrettuale è organizzata per ambiti territoriali di competenza, e si articola in funzione di *attività di committenza* in capo ai Distretti, e *attività di produzione o erogazione*, che si esplicano con interventi di livello territoriale erogati direttamente, o per il loro tramite, da unità operative aggregate ai Dipartimenti territoriali e ai dipartimenti aziendali o misti.

In questi ambiti l'operatività delle funzioni può essere delegata o attribuita, secondo le necessità, ad altri soggetti e presidi pubblici e privati. Anche quando l'operatività della funzione è attribuita a terzi, o comunque esternalizzata, l'unità operativa dell'azienda cui è attribuito il governo della funzione, dovrebbe mantenerne il presidio ai fini di tutela del cittadino, indipendentemente dal fatto che servizi e prestazioni siano resi da altre entità esterne o interne all'azienda.

Il processo di rivisitazione dell'assistenza ospedaliera, con un maggior coinvolgimento del livello territoriale nel percorso di cura, presuppone e richiede un ripensamento delle strategie assistenziali e dei modelli organizzativi nell'area territoriale e distrettuale, tale da consentire

un rapido e proficuo adeguamento degli stessi alle finalità da perseguire, attraverso un'organizzazione snella, dinamica, flessibile e pragmatica.

In particolare, nell'ASL di Cagliari i Distretti riflettono la tradizionale concezione olistica degli stessi, con l'attribuzione di compiti che sono a un tempo di tutela e di produzione. Escluso particolari aree, come quelle della salute mentale e delle dipendenze, e dell'assistenza farmaceutica, i distretti oltre ad assicurare la funzione di tutela, hanno il compito di assicurare direttamente le principali funzioni di produzione.

In quest'ottica, le cure primarie, l'assistenza residenziale e semiresidenziale sanitaria e sociosanitaria, l'assistenza domiciliare, per citarne alcune, sviluppano attività e processi sotto la responsabilità diretta del Distretto che svolge, quindi, sia la funzione di committenza, sia la funzione di allestimento di linee di produzione di attività assistenziali di livello territoriale, ovvero ne propone l'acquisto nei confronti di aziende terze accreditate.

Questo modello organizzativo, in considerazione degli sviluppi e dell'importanza assunta dal livello territoriale, non trascurando l'evoluzione che hanno subito in questi anni i processi di assistenza in ambito territoriale, deve essere ripensato e riprogettato garantendo autonomia e diretta capacità di governance alle Cure Primarie, all'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale sanitaria e sociosanitaria, all'Assistenza Domiciliare.

Lo stesso sviluppo delle Cure Intermedie e delle Case della Salute, e i diversi modelli di partecipazione dei MMG e PLS, richiedono una riprogettazione organizzativa idonea, mentre tematiche quali le dimissioni protette, l'organizzazione dell'assistenza secondo percorsi di cura devono comportare un'evoluzione delle competenze del Distretto secondo una prospettiva mirata al superamento del ruolo burocratico e autorizzatorio della presa in carico e della tutela, limitato alle linee di produzione governate o controllate dal distretto.

In sostanza sia l'area della committenza, sia l'area della produzione necessitano di essere specializzate, e di interagire in ambito distrettuale in una prospettiva di autonomia dei ruoli che ne garantisca sviluppi adeguati alle necessità di oggi. Soprattutto non può e non deve essere trascurata l'attivazione di un più puntuale e realistico sistema di valutazione dei fabbisogni, capace di rendere sostanziale e non formale l'attività di committenza.

Bisogna in particolare superare la tendenza a riproporre anno per anno l'offerta storica, eventualmente aggiornata in base allo stato delle liste d'attesa, soprattutto perché l'offerta storica non è assolutamente in grado di cogliere e dare risposte a nuove aree di bisogni.

In ambito aziendale la riorganizzazione dell'area distrettuale territoriale dovrebbe comprendere anche una rivisitazione dei compiti attribuiti ai diversi distretti, e in particolare della ripartizione della produzione che risulta preferenzialmente allocata e governata nel Distretto 1 – Cagliari Area Vasta, con evidenti e discutibili disomogeneità e disorganicità che interessano i cittadini residenti negli altri distretti, e soprattutto la funzionalità complessiva del sistema.

Risulta di tutta evidenza, tra l'altro, che le strutture private accreditate che rappresentano una parte cospicua dell'offerta aziendale sono concentrate praticamente nell'area metropolitana di Cagliari, e che l'azienda non riesce a potenziare l'offerta nelle aree più periferiche del territorio, garantendo ai cittadini una maggiore equità e uguaglianza di trattamento.

L'azienda esercita le attività distrettuali, attraverso una rete territoriale che comprende cinque distretti socio sanitari; tale articolazione, definita a livello regionale, è riportata di seguito, accompagnata dalle informazioni più significative che il sito Sardegna Salute riporta per quanto riguarda l'assistenza distrettuale in senso stretto, la salute mentale e le dipendenze, e i servizi di prevenzione e igiene, e quelli veterinari.

Distretto di Cagliari area vasta

Il Distretto 1 (Cagliari - Area Vasta) comprende i seguenti comuni: Cagliari, Monastir, Monserrato, Nuraminis, Quartucciu, Selargius, Sestu, Settimo San Pietro, Ussana. Abitanti circa 246.000.

Il Distretto Sociosanitario Cagliari- Area Vasta comprende l'Area Urbana della Città di Cagliari e l'Area Vasta I centri abitati, oltre la Città di Cagliari, individuano due sistemi insediativi distinti: Il sistema legato alla SS 554 (Monserrato, Selargius, Settimo San Pietro, Quartucciu) e il sistema legato al corridoio della SS 131 (Monastir, Sestu, Ussana).

La popolazione residente nella Città di Cagliari è in continua diminuzione e manifesta un processo d'invecchiamento particolarmente accentuato con indice di dipendenza giovanile inferiore di quasi 4 punti rispetto a quello provinciale, mentre quello di vecchiaia è superiore di oltre 7 punti.

Il trend della popolazione dell'Area Vasta, invece, evidenzia un aumento rispetto al dato provinciale, dove rappresenta il territorio in cui si registra la crescita maggiore.

Il Comune di Cagliari presenta tassi elevati di mortalità per malattie del sistema circolatorio e per tumori sia nella popolazione maschile che in quella femminile. Da un confronto territoriale la mortalità maschile per tumore è più elevata nella città di Cagliari rispetto al valore provinciale e regionale. Così come risulta superiore nei confronti territoriali il tasso di mortalità maschile per malattie infettive.

I dati di mortalità generale dell'Area Vasta evidenziano un andamento in linea con quello regionale e provinciale. Si muore principalmente per malattie del sistema circolatorio e per tumori. Le altre cause sono in ordine di decessi, per malattie dell'apparato respiratorio, malattie infettive (comprensivo del dato relativo all'AIDS), malattie dell'apparato digerente, traumatismi e avvelenamenti: queste cause rispecchiano i dati regionali e provinciali per entrambi i sessi, ma con alcune specificità d'ambito.

Nel territorio distrettuale oltre a essere presenti gli ospedali principali dell'area di Cagliari, sono dichiarate operative le seguenti unità:

- N. 4 – Poliambulatori – Selargius, Sestu, Cagliari, Monastir
- N. 13 – Ambulatori – Monserrato (1), Selargius (2), Sestu (2), Cagliari (6), Settimo San Pietro (1), Nuraminis (1)
- N. 7 – Guardie Mediche
- N. 1 – Punto Unico di Accesso
- N. 4 – Uffici per la scelta e revoca del medico
- N. 4 - Consultori
- N. 3 – Sportelli CUP
- N. 4 - Centri di Salute Mentale
- N. 2 – Centri dialisi
- N. 3 – Unità di servizio per le dipendenze
- N. 1 – Centro Diurno Integrato
- N. 1 - Casa Famiglia
- N. 1 – Unità UONPIA

- N. 1 – Uffici protesi e ausili.

Il Distretto 1 è sede, inoltre, di uffici per:

- Medicina Necroscopica e Legale
- Medicina fiscale (visite fiscali)
- Collegio Medico
- Commissione medica locale (patenti speciali)
- Ambulatorio per le certificazioni legali
- Ufficio ricoveri fuori regione

Distretto di Cagliari Ovest

Il Distretto 2 (Area Ovest) comprende i seguenti comuni: Assemini, Capoterra, Decimomannu, Decimoputzu, Domus De Maria, Elmas, Pula, San Sperate, Sarroch, Siliqua, Teulada, Uta, Vallermosa, Villa San Pietro, Villasor, Villaspeciosa. Popolazione circa 122000 abitanti.

Il territorio del Distretto si compone fondamentalmente di due aree, una che corre lungo la SS n. 130, e l'altra disposta lungo la costa nel ramo meridionale del golfo di Cagliari.

Nell'ambito di ciascuna sottozona i centri sono relativamente prossimi, mentre le due sottozone sono abbastanza distanti tra loro e sono caratterizzate da contesti socio economici molto differenti con significative implicazioni per quanto riguarda i dati epidemiologici, i dati sulla composizione e sui trend della popolazione, e gli aspetti collegati al disagio sociale.

Nel territorio distrettuale sono dichiarate operative le seguenti unità:

- N. 4 – Poliambulatori – Villasor, Decimomannu, Teulada, Siliqua
- N. 13 – Ambulatori – Villasor (1), Elmas (1), Assemini (1), Capoterra (1), Pula (1), San Sperate (1), Sarroch (1), Decimomannu (1), Vallermosa (1), Uta (1), Villa San Pietro (1), Decimoputzu (2).
- N. 14 – Guardie Mediche
- N. 1 – Punto Unico di Accesso
- N. 2 – Guardie turistiche
- N. 3 - Consultori
- N. 4 – Uffici per la scelta e revoca del medico
- N. 3 – Sportelli CUP
- N. 2 - Centri di Salute Mentale
- N. 1 – Centri dialisi
- N. 1 – Comunità terapeutiche
- N. 1 – Centro Diurno Integrato
- N. 2 - Casa Famiglia
- N. 2 – Unità UONPIA
- N. 1 – Uffici protesi e ausili
- N. 1 – Comunità alloggio.

Distretto di Quartu Sant'Elena - Parteolla

Il Distretto 3 (Quartu – Parteolla) comprende i seguenti comuni: Quartu S. Elena, Burcei, Dolianova, Donori, Maracalagonis, Serdiana, Sinnai, Soleminis. Popolazione circa 113.00 abitanti.

L'estensione totale del territorio del Distretto è di circa 881 Kmq e si estende nella parte sud orientale della Sardegna. Morfologicamente si possono distinguere tre grandi zone: montagna, collinare e costiera.

Va sottolineato che la maggioranza della popolazione è residente nel Comune di Quartu S. Elena, che peraltro si colloca al terzo posto fra le città della Sardegna.

La struttura della popolazione si presenta eterogenea con alcune specificità. Nei comuni più periferici rispetto al capoluogo, si rileva uno spopolamento elevato, (Burcei e Donori) soprattutto per le fasce d'età più giovani, mentre nei restanti comuni si registra sin dagli anni '80 un incremento della popolazione costantemente superiore alla media provinciale.

In generale si evidenzia un sostanziale mantenimento del numero degli abitanti con un'età media di vita leggermente inferiore a quella media aziendale e la comparazione dei dati porta a definire "giovane" la popolazione del Distretto.

Nel territorio distrettuale sono dichiarate operative le seguenti unità:

- N. 3 – Poliambulatori – Quartu S. Elena, Sinnai, Dolianova
- N. 8 – Ambulatori – Quartu S. Elena (1), Sinnai (2), Burcei (1), Dolianova (2), Maracalagonis (1), Serdiana (1)
- N. 14 – Guardie Mediche
- N. 1 – Punto Unico di Accesso
- N. 2 – Guardie turistiche
- N. 3 - Consultori
- N. 4 – Uffici per la scelta e revoca del medico
- N. 2 – Sportelli CUP
- N. 2 - Centri di Salute Mentale
- N. 1 – Centri dialisi
- N. 1 – Comunità terapeutiche
- N. 1 – Centro Diurno Integrato
- N. 2 - Casa Famiglia
- N. 2 – Unità UONPIA
- N. 1 – Uffici protesi e ausili
- N. 1 – Comunità alloggio.

Distretto di Muravera – Sarrabus - Gerrei

Il Distretto 4 (Sarrabus - Gerrei) comprende i seguenti comuni: Muravera, Armungia, Ballao, Castiadas, San Vito, Villaputzu, San Nicolò Gerrei, Silius, Villasalto, Villasimius. Popolazione circa 23000 abitanti.

Il Distretto Sociosanitario 4 Sarrabus/Gerrei comprende il territorio orientale della provincia di Cagliari confinante a nord con l'Ogliastra.

L'intero territorio, si estende per circa 1.001,44 Km², è caratterizzato dal punto di vista morfologico da colline e montagne. All'interno si possono distinguere due aree: Area del Sarrabus e Area del Gerrei, le quali presentano una serie d'analogie e disomogeneità relative sia alla struttura del territorio che alle caratteristiche socio-economiche.

Nel Gerrei i centri sono di piccola dimensione e distribuiti a maglia rada con un andamento demografico decisamente negativo, nel Sarrabus risultano prevalentemente concentrati nella foce del Flumendosa e hanno una densità di popolazione più alta.

Altri dati a conferma della disomogeneità delle due aree sono: le caratteristiche geomorfologiche, le risorse disponibili e le differenti capacità di sviluppo socio economico. Peculiarità problematiche di entrambe le aree di questo territorio sono la scarsa accessibilità, la viabilità tortuosa e l'insufficienza se non assenza della rete di trasporto pubblico non solo tra le due aree, ma anche all'interno di ciascuna area anche se con la terminazione della nuova SS 125 diverranno più agevoli i collegamenti del Sarrabus con il Capoluogo a sud e con l'Ogliastra a nord.

Dall'analisi della popolazione emerge, in linea con la tendenza nazionale, l'elevata percentuale di "popolazione anziana".

Il contesto sociale, sebbene geograficamente isolato rispetto ai centri urbani maggiori, si caratterizza ancora per la presenza di relazioni sociali solide, di tipo informale ancora radicate nella cultura locale. In particolare risultano ancora forti rapporti di vicinato, il senso di solidarietà e di mutuo aiuto.

Nelle situazioni ordinarie questi elementi sono ancora sufficienti a garantire supporto reciproco tra le persone fragili, che possono così continuare a vivere nel loro contesto familiare e/o sociale. Nei casi di persone con condizioni sociosanitarie problematiche questi elementi risultano talvolta insufficienti, rendendo necessari interventi di tipo formale maggiormente incisivi.

In tutto l'ambito del Distretto Sociosanitario è presente una crescita annuale della popolazione residente di > 65 anni, e ciò segnala il crescere di una potenziale utenza dei servizi per gli anziani ed è ipotizzabile che prosegua il trend di crescita di una popolazione in una fascia di età estremamente vulnerabile e, conseguentemente, anche l'impegno finanziario richiesto per la organizzazione dei servizi appositi.

Nel territorio distrettuale oltre a essere presente l'ospedale San Marcellino di Muravera, sono dichiarate operative le seguenti unità:

- N. 3 – Poliambulatori – Villasimius, San Nicolò Gerrei, Muravera
- N. 11 – Ambulatori – Villaputzu (1), Villasimius (1), San Vito (1), Silius (1), Villasalto (1), San Nicolò Gerrei (2), Castiadas (1), Ballao (1), Muravera (1)
- N. 5 – Guardie Mediche
- N. 1 – Punto Unico di Accesso
- N. 4 – Guardie turistiche
- N. 3 – Uffici per la scelta e revoca del medico
- N. 1 - Consultori
- N. 3 – Sportelli CUP
- N. 1 - Centri di Salute Mentale
- N. 1 – Centri dialisi
- N. 1 – Residenze assistenziali
- N. 1 – Unità UONPIA
- N. 1 – Unità operativa ADI
- N. 3 – Uffici protesi e ausili.

Distretto del Sarcidano – Barbagia di Seulo – Trexenta

Il Distretto 5 (Sarcidano - Barbagia di Seulo e Trexenta) ha due sedi fisiche: sede di Isili e sede di Senorbì. La sede di Isili comprende: Isili, Escalaplano, Escolca, Esterzili, Gergei, Nuragus, Nurallao, Serri, Seulo, Villanovatulo, Nurri, Orroli, Sadali; la sede di Senorbì comprende: Senorbì, Suelli, San Basilio, Goni, Mandas, Ortacesus, Barrali, Sant'Andrea Frius, Siurgus Donigala, Gesico, Guamaggiore, Guasila, Selegas, Pimentel, Samatzai. Popolazione circa 45000 abitanti.

Il Distretto sociosanitario Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta si sviluppa su un territorio di circa 1194 Km² di superficie, nel quale morfologicamente si identificano due grandi zone: una collinare e una montana. La densità di popolazione è molto bassa sia in assoluto, sia in rapporto alla media aziendale.

La distanza fra i comuni è alquanto ampia, con spostamenti estremamente critici a causa delle caratteristiche geografiche del territorio, della scarsità e inadeguatezza delle vie di comunicazione. La rete dei trasporti pubblici risulta insufficiente alle nuove e accresciute esi-

genze della popolazione. Ciò condiziona e limita l'accesso ai Servizi interni ed esterni al Distretto.

Nel territorio distrettuale oltre a essere presente l'ospedale San Giuseppe di Isili, sono dichiarate operative le seguenti unità:

- N. 5 – Poliambulatori – Senorbi, Sadali, Mandas, Orroli, Isili
- N. 28 – Ambulatori – Guasila (1), Samatzai (1), Suelli (1 – attività a Senorbi), Senorbi (3), Siurgus Donigala (1), Nurri (1), Seulo (1), Sadali (1), Guamaggiore (1), Sant'Andrea Frius (1), San Basilio (1), Serri (1), Orroli (1), Nuragus (1), Ortacesus (1), Villanovatulo (1), Escolca (1), Selegas (1), Isili (1), Esterzili (1), Goni (1), Gergei (1), Pimentel (1), Escalaplano (1), Barrali (1), Nurallao (1).
- N. 8 – Guardie Mediche
- N. 1 – Punto Unico di Accesso
- N. 2 – Uffici per la scelta e revoca del medico
- N. 2 - Consultori
- N. 2 – Sportelli CUP
- N. 2 - Centri di Salute Mentale
- N. 1 – Centri dialisi
- N. 1 – Comunità alloggio
- N. 2 – Unità UONPIA
- N. 2 – Uffici protesi e ausili.

Economicità - Monitoraggio - Esiti

La visione complessiva dell'assistenza territoriale nel territorio di competenza dell'ASL di Cagliari, è quella di una grande macchina in cui l'attenzione sembra rivolta più ad amministrare la salute che a farla.

Nell'insieme una macchina molto dispersiva e costosa, in cui probabilmente diverse funzioni "amministrative" dell'assistenza, potrebbero, oggi, essere ripensate e riprogettate, anche utilizzando più moderne tecnologie, con scelte e soluzioni in grado di spostare e destinare più risorse per migliorare la quantità e la qualità degli interventi di assistenza.

Gli stessi processi assistenziali necessitano di una rivisitazione in termini di semplificazione amministrativa e gestionale sanitaria che li possa rendere competitivi con quelli ospedalieri, pur con i limiti dovuti alla dispersione delle attività nel territorio e alle peculiarità di queste ultime.

In particolare, il potenziamento dell'assistenza territoriale passa attraverso la programmazione e la progettazione degli interventi, modulati secondo le peculiarità di realtà territoriali vaste e disomogenee, monitorati e guidati attraverso indicatori specifici per le diverse aree d'intervento, e progettati in modo da fornire corrette valutazioni in merito all'evoluzione dei processi di presa in carico e di deospedalizzazione.

Un obiettivo fondamentale, strumentale per il potenziamento dell'assistenza territoriale, richiede un sistema adeguato di rilevazione epidemiologica e di monitoraggio capace di fornire indicazioni sulla distribuzione dei presidi, sulle specialità, sulle ore assegnate alle varie branche specialistiche, sul loro pieno utilizzo, sulle attrezzature disponibili, sulla reale capacità di prendere in carico il paziente cronico e di riorientare i percorsi di cura in base all'evoluzione della patologia.

È importante soprattutto riprogettare un sistema d'offerta in cui le risorse siano rapportate alla dimensione reale, quantitativa e qualitativa, dei segmenti che compongono la domanda di salute, perché non può essere efficace un sistema in cui le risorse, per poche che siano, non siano proporzionate al rilievo delle diverse aree di bisogno.

Un sistema di valutazione complessiva e di andamento nel tempo della corretta e appropriata presa in carico dovrebbe basarsi su un panel che dovrebbe includere almeno i seguenti indicatori:

- il numero di pazienti presi in carico rispetto al totale di pazienti dimessi da reparti per acuti e postacuti;
- il tasso di ospedalizzazione di ricoveri ordinari non chirurgici afferenti all'allegato B del Patto della Salute rispetto al tasso di ospedalizzazione delle regioni bench-mark;
- il numero di ricoveri ordinari non chirurgici, effettuati in discipline mediche, di persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a dodici giorni;
- il numero di giornate di ricovero per patologia presso le strutture residenziali e semiresidenziali, per tipologia di MDC;
- Il numero di "ricoveri ospedalieri evitabili" che potrebbero essere oggetto di alternative di offerta territoriale.

Probabilmente con un certo sforzo, questi indicatori sono disponibili in azienda, tuttavia non risulta che siano riportati in uno specifico panel utile per il monitoraggio, e correntemente utilizzati per valutare i risultati e definire azioni correttive.

Realizzare un panel di indicatori finalizzato rappresenta una delle priorità dell'azienda per il potenziamento dell'assistenza territoriale.

Centrale operativa territoriale

La proposta di una Centrale Operativa Territoriale, a suo tempo prevista nelle direttive nazionali, potrebbe essere una soluzione di grande impatto strategico in previsione di una sostanziale integrazione ospedale-territorio per affrontare la cronicità e la sua complessità, sia in fase di dimissione ospedaliera che in fase di accesso, e potrebbe essere rilanciata attraverso il confronto e l'integrazione con quanto emergerà nei mesi futuri dai tavoli nazionali e regionali riguardanti l'attivazione del numero breve 116.117 per i servizi di guardia medica non urgente.

La Centrale, integrata dalle competenze del numero breve 116.117, dovrebbe essere, necessariamente, interconnessa, anzi appoggiarsi completamente alle infrastrutture e tecnologie del 118 (universalmente riconosciute ormai come porta di accesso al sistema), condividendone le tecnologie, nella rispettiva autonomia gestionale, e deve essere un reale strumento di integrazione fra tutti servizi territoriali (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale, Cure a Lungo Termine e sistema PUA/UVT, Cure Domiciliari – incluse le cure palliative), fornendo ai cittadini uno strumento concreto di presa in carico, e la percezione della capacità del Territorio di prendersi carico con continuità del paziente, e di essere un'efficace alternativa all'Ospedale.

La Centrale Operativa Territoriale potrebbe permettere la gestione di un sistema finalizzato a garantire una diversa operatività del sistema, secondo prospettive coerenti con l'obiettivo di conseguire l'appropriatezza di livello, e in particolare può concorrere a favorire:

1. il collegamento delle Cure Primarie con il servizio di guardia medica non urgente e il sistema della continuità assistenziale, per quelle prestazioni non gestite dalla Rete delle Emergenze e dal Pronto Soccorso;
2. il collegamento con il sistema PUA/UVT potenziato in rete;;
3. la tracciabilità del percorso;
4. la gestione di un data base dei casi, condivisa e disponibile per tutti coloro che sono coinvolti nel processo di cura e di assistenza;
5. la ricerca attiva dei pazienti per monitorare la presa in carico proattiva e la continuità del percorso in relazione ai programmi definiti ("medicina di iniziativa") e al monitoraggio dei costi collegati alla patologia;

6. la messa a punto di un sistema di indicatori per la valutazione complessiva della corretta e appropriata presa in carico.

La realizzazione di una Centrale Operativa Territoriale rappresenta un importante obiettivo di sistema che può avere importanti e positive ricadute sia per l'organizzazione dell'assistenza, sia per il suo funzionamento. Come si vedrà nel capitolo relativo alla rete per l'emergenza può concorrere, inoltre, a rendere più efficace ed efficiente l'apporto dei medici di continuità assistenziale, consentendo loro di non alimentare in modo incontrollato il numero dei pazienti con codici di minore gravità che accedono al pronto soccorso.

Dimissione protetta

Per i casi di cronicità, soprattutto nella popolazione anziana, si può prevedere la costituzione di Team di presa in carico, eventualmente nell'ambito delle Cure Primarie riorganizzate in team di lavoro multiprofessionale per il percorso post-dimissione, formato da personale sanitario (infermieri con specifica formazione e attitudine) coordinato da un medico specialista (un geriatra), che possa accedere al data base dei casi.

Al momento della segnalazione di un caso clinico, una persona del gruppo prende in carico il paziente, e cura la definizione del percorso diagnostico terapeutico del progetto di cura, in raccordo con l'ospedale e con il sistema PUA/UVT, nonché, successivamente, tutti i passaggi da un livello assistenziale all'altro. Questo "case manager" sarà, inoltre, in stretto contatto con i "case manager" presso le strutture sanitarie che gestiscono il paziente.

Dovrà essere presidiato anche il percorso inverso, per la presa in carico di un paziente che è assistito a domicilio o in struttura extraospedaliera e richiede visite specialistiche/procedure diagnostiche in tempi brevi. L'impossibilità di organizzare in maniera efficiente quanto è necessariosi traduce inevitabilmente in ricovero; per questo motivo oltre alle dimissioni "protette" con le modalità prima specificate è necessario definire percorsi di ammissioni "protette", in sostituzione ai ricoveri per acuti.

Il percorso delle "Dimissioni Protette" e "Ammissioni Protette" per poter essere efficace e incidere realmente sullo spostamento di attività sul territorio, richiede di passare da un sistema casuale e volontaristico a un sistema strutturato e organizzato che si basi, innanzi tutto, sulla capacità immediata di riconoscere il paziente cronico e di disporre di riferimenti operativi stabili per la sua presa in carico.

Indirizzi e direttive nazionali

Sul tema della razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale sono utili i riferimenti contenuti nella bozza di decreto 21/7/2014: Regolamento recante: Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dell'articolo 15, comma 13, lettera C) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Perché direttamente collegate agli obiettivi attribuiti all'azienda dalla richiamata DGR, si richiamano le seguenti disposizioni contenute nella bozza di decreto:

1. articolare la rete ospedaliera nelle reti per patologia;
2. adeguare la rete dell'emergenza;

3. definire un documento che individui le regole d'integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta, e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati;
4. assumere come riferimento quanto indicato in materia di strutture per la chirurgia ambulatoriale.

L'obiettivo comune agli indirizzi nazionali e regionali è rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali, in modo da consentire a tutti gli attori del sistema di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi.

Un altro aspetto importante, utile da sottolineare, è l'obbligo attribuito all'ospedale di assicurare la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera.

L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse e a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Dovranno essere avviati programmi di telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche dove ciò sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete.

Reti per patologia

Si prevedono le seguenti reti per patologia:

1. rete infarto;
2. rete ictus;
3. rete traumatologica;
4. rete neonatologica e punti nascita;
5. rete medicine specialistiche;
6. rete oncologica;
7. rete pediatrica;
8. retetraplantologica;
9. rete terapia del dolore;
10. rete malattie rare.

Si deve specificare che per la definizione delle reti sopraelencate le regioni dovrebbero adottare specifiche disposizioni che tengano conto delle linee guida e delle raccomandazioni contenute negli appositi accordi sanciti dalla conferenza Stato-Regioni sulle rispettive materie.

Per le reti sopra elencate per le quali non sono disponibili linee guida e raccomandazioni, è istituito uno specifico tavolo tecnico presso Agenas, composto da rappresentanti del Ministero della Salute, di Agenas, Regioni e PA, con il compito di provvedere in tempi brevi a integrare quelle mancanti, e ad aggiornare quelle esistenti.

Le Regioni considerano, inoltre, le indicazioni provenienti dall'Unione Europea, finalizzate a sollecitare l'attivazione di specifici percorsi assistenziali, quali ad esempio quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria, attraverso le unità mammarie interdisciplinari (breast unit), nonché di quelli di cui al documento d'indirizzo nazionale, avente ad oggetto la definizione di specifiche modalità organizzative e assistenziali della rete dei centri di senologia.

Nell'ambito dell'implementazione delle reti oncologiche, le regioni considerano, infine, la necessità di migliorare la qualità della vita delle persone malate di cancro, assicurando loro cure riabilitative e cure palliative anche in ambito pediatrico. In coerenza con gli atti d'indirizzo dell'Unione Europea, presso i centri di Oncologia deve essere assicurato adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato.

La possibilità di utilizzare le reti per patologia anche con lo scopo di ridurre il carico dei ricoveri ospedalieri, quando inappropriato, e rafforzare l'attività territoriale con un'offerta coerente con le relative linee guida e raccomandazioni, in adempimento all'obiettivo attribuito all'azienda dalla DGR 1/14 2015, sconta alcune difficoltà e ritardi concernenti i provvedimenti in ambito regionale concernenti queste reti.

Le reti per patologia dovranno essere considerate anche in rapporto ai tempi d'intervento, soprattutto per gli aspetti connessi con la riorganizzazione dell'emergenza urgenza. Tra le reti tempo-dipendenti, interessano in particolare le seguenti:

1. Rete per le emergenze cardiologiche;
2. Rete per il trauma;
3. Rete per l'ictus.

La definizione delle reti per patologia consentirà di stabilire con più precisione l'esatto confine tra le attività più propriamente ospedaliere e quelle territoriali correlate, con un puntuale inquadramento delle fasi pre-ospedaliere, di quelle ospedaliere, e di quelle post-ospedaliere.

Rete Oncologica

Tra le diverse reti per le quali si attendono le linee guida regionali in ottemperanza alle direttive nazionali, quella oncologica presenta un'importanza davvero strategica per l'ASL di Cagliari, nella prospettiva di migliorare l'appropriatezza, e di ridurre i ricoveri ospedalieri.

L'area oncologica è, infatti, caratterizzata dalla presenza di un numero molto elevato di pazienti, e di fasi terapeutiche e di assistenza che non richiedono necessariamente il ricovero ospedaliero.

Pure in carenza di linee guida da parte della RAS, l'ASL di Cagliari intende avviare una serie di interventi coordinati e integrati orientati alla diagnosi e alle cure oncologiche, e partecipare attraverso i suoi servizi alla costituzione della rete regionale per l'assistenza oncologica.

In particolare l'obiettivo è realizzare: a) una reale integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari con la definizione di percorsi che garantiscano la continuità dell'assistenza, b) percorsi correlati alla terapia del dolore, c) la riduzione delle ospedalizzazioni inappropriate, specie per pazienti oncologici in fase terminale, d) predisposizione e avvio di un programma di formazione del personale.

Le attività saranno svolte in coordinamento con le diverse strutture sanitarie a maggiore intensità di cura; s'intende attuare un modello di rete integrata che preliminarmente preveda alcune condizioni di sviluppo:

- la definizione dei bacini di utenza;
- la descrizione e la esplicitazione della reciprocità funzionale dei servizi che compongono la rete;
- lo sviluppo di un sistema di comunicazione;

- la definizione delle responsabilità gestionali e tecnico-professionali assegnate a ciascun componente delle rete;
- la definizione, la produzione e l'utilizzo condiviso di linee guida e percorsi assistenziali.

Requisito fondamentale della rete oncologica è assicurare la continuità assistenziale al paziente.

Il mantenimento della continuità assistenziale sarà assicurato attraverso la presa in carico globale dell'assistito, ricercando e valutando i bisogni di salute, gli ostacoli al reinserimento sociale e lavorativo, assicurando il supporto necessario attraverso la definizione di piani personalizzati di assistenza.

Si rende indispensabile organizzare un'offerta del servizio funzionale all'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri da una parte e tra prestazioni sanitarie e socio-assistenziali dall'altra.

È richiesto un approccio multidisciplinare degli interventi, l'integrazione di diverse professionalità, sia di tipo sanitario che di tipo sociale e il coinvolgimento delle istituzioni dei servizi sociali dei comuni, ciascuna per il proprio ambito di competenza, valorizzando e supportando il ruolo della famiglia che affianca il paziente nello svolgimento delle attività quotidiane.

A tal fine saranno particolarmente rafforzati i collegamenti operativi tra le prestazioni di Oncologia rese dal PO Businco, il Punto Unico di Accesso dell'Azienda Sanitaria e le Unità di Valutazione Territoriale.

L'obiettivo è il miglioramento della qualità della vita del paziente oncologico e l'umanizzazione del trattamento.

L'ADI s'inserisce nella rete dei servizi territoriali ASL per l'assistenza ai pazienti oncologici, assicurando prestazioni di base e specialistiche in un contesto familiare certamente più idoneo, soprattutto nei casi a evoluzione clinica sfavorevole, scongiurando o riducendo il ricorso al ricovero ospedaliero.

Preliminarmente all'avvio delle attività saranno realizzati i programmi strutturati rivolti agli infermieri che si occuperanno dell'assistenza ai malati oncologici. Gli obiettivi formativi di assistenza infermieristica sono l'identificazione e l'interpretazione delle esigenze dell'individuo e la risposta a tali esigenze in maniera appropriata e personalizzata.

Al termine del percorso formativo gli infermieri dovranno possedere la capacità di assumere decisioni, risolvere problemi, valutare le proprie azioni e adattarsi alle particolari situazioni dei pazienti e all'evoluzione delle conoscenze scientifiche.

Riallocazione delle risorse

Un sostanziale riallineamento delle attività assistenziali verso il livello territoriale richiede, oltre ad azioni sistemiche, come quelle considerate nel paragrafo precedente, la riallocazione di risorse (strutture e personale) nel livello di assistenza territoriale, per potenziare la capacità del sistema delle Cure Primarie e del sistema PUA/UVT di prendersi carico di quei bisogni della popolazione, che oggi trovano l'unica risposta, inappropriata per livello, nella rete ospedaliera.

La riconversione dei posti letto per acuti e di piccoli ospedali può costituire l'occasione per recuperare a favore dell'assistenza territoriale strutture edilizie e professionalità che possono favorire un effettivo incremento della capacità di assistenza di livello territoriale.

Il potenziamento del sistema di offerta territoriale può prevedere la risistemazione delle risorse in una o più delle seguenti tipologie di offerta strutturata: Strutture di Cure Intermedie, Case della Salute, Centri di Salute Territoriali, Ospedali di Comunità, Equipe Territoriali della Medicina Generale, Sistema delle Cure Domiciliari.

L'offerta residenziale e semiresidenziale presenta, infatti, notevoli disomogeneità – e significative carenze - nel territorio regionale, sia per quanto riguarda gli accoglimenti a lungo termine di soggetti non autosufficienti (anziani, disabili, psichiatrici, ...) sia per quanto riguarda la necessità di accoglimenti temporanei per pazienti che abbisognano di interventi di riabilitazione / riattivazione estensivi, oppure di ricoveri temporanei di "sollevio" per le famiglie impegnate nell'assistenza domiciliare dei congiunti.

Cure Intermedie

Per offrire un'assistenza che dia risposte tempestive, efficaci e integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari, molteplici e mutevoli nel tempo, in Italia come nel resto d'Europa, si va diffondendo la creazione di strutture dedicate all'assistenza intermedia (rifacendosi alle Intermediate Care Unit di matrice anglosassone), con l'intento di migliorare l'efficienza del sistema, e rispondere al bisogno di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani fragili.

Le strutture di Cure Intermedie migliorano l'efficienza e il controllo sul budget, riducendo i costi sanitari legati a un'impropria occupazione dei posti letto (PL) nei reparti per acuti da parte di soggetti anziani fragili, anticipando i tempi di dimissione attraverso percorsi che facilitano la transizione dei pazienti dall'ospedale al domicilio e riducendo il numero di richieste di nuovi ricoveri dopo il rientro a casa.

Le strutture di Cure Intermedie si prestano allo scopo di dare risposte appropriate in alternativa ai ricoveri in acuzie e postacuzie:

- a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria, richiedenti, ad esempio: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, ecc.;
- a persone con necessità di prestazioni di Riabilitazione Estensiva in Regime di Post Acuzie con programmi terapeutici già avviati in forma Intensiva, o rivolti a pazienti che non sopportano programmi di tipo intensivo.

La degenza prolungata di molti ricoveri ospedalieri consegue, spesso, alla difficoltà di dimissione di pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma

che necessitano ancora di un supporto sanitario e assistenziale in struttura. Le strutture residenziali non rispondono, se non in minima parte, a questo tipo di esigenze e quindi impediscono, anche nelle Regioni in cui sono numerose rispetto alla media nazionale, la gestione dei pazienti a un livello più appropriato, rispetto a quello ospedaliero, con un'assistenza pienamente sufficiente al bisogno e a un costo minore.

Una parte dei ricoveri non appropriati in strutture di riabilitazione ospedaliera può trovare una corretta destinazione presso le strutture intermedie, attraverso la conversione di una quota dei posti letto di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera. Ancor più importante, le Strutture Intermedie, rispetto ai ricoveri medici per acuti non appropriati, forniscono una risposta a fabbisogni oggi soddisfatti solo a livello ospedaliero.

In ambito geriatrico l'opportunità di creare queste strutture nasce dalla convinzione che l'approccio multidimensionale con una presa in carico globale dia la possibilità di usufruire di:

- riabilitazione geriatrica quale proseguimento della presa in cura oltre il ricovero ospedaliero (in lungodegenza o riabilitazione) o, in alternativa ad esso, per associare a interventi riabilitativi di mantenimento cure mediche e infermieristiche volte al compenso della disabilità residuale e della non autosufficienza;
- cure della vulnerabilità dei fragili e degli anziani non autosufficienti, intese quale proseguimento della presa in cura oltre il ricovero ospedaliero dopo fasi di criticità di malattie croniche riacutizzate con elevato rischio di instabilità, o, nel caso di necessità, di mantenimento di terapie multiple o complesse, dopo l'inquadramento diagnostico in ospedali per acuti, con l'obiettivo di condurre le condizioni cliniche e funzionali a bisogni assistenziali erogabili al domicilio o supportabili da lungodegenza domiciliare o residenziale in regime sociosanitario;
- cure palliative non oncologiche ed oncologiche, in alternativa o propedeutiche ai ricoveri di nuclei di hospice, per malattie in fase evolutiva, anche avanzata e con prognosi di terminalità;
- cure del Delirium, frequentemente incidente nei fragili durante il ricovero ospedaliero in area medica e chirurgica, e cure di disturbi comportamentali e psicotici per completare le terapie di fasi acute di malattie concomitanti a malattie di Alzheimer o Sindromi correlate, o per offrire ai pazienti affetti da queste malattie un approccio estensivo rieducativo funzionale e riabilitativo adatto alle limitazioni relazionali e favorito dall'organizzazione ambientale, alberghiera e assistenziale proprio della struttura a valenza residenziale;
- osservazione prolungata, dopo stabilizzazione di stati critici e terapie intensive, con prosecuzione di cure con assistenza medico infermieristica adeguata alla cronicizzazione di gravi alterazioni dello stato di coscienza, per il tempo necessario alla definizione diagnostica dello stato del paziente;
- cure temporanee della non-autosufficienza con prolungamento del tempo di ricovero ospedaliero in ambiti a valenza residenziale favorevoli la qualità di vita in attesa di una riorganizzazione del domicilio e delle cure familiari o di una progettazione di lungoassistenza domiciliare o residenziale dopo l'insorgenza o l'aggravamento di una condizione di grave non autosufficienza;
- sostegno psicologico della fragilità con prosecuzione presso la Struttura del percorso di supporto iniziato nel corso del ricovero ospedaliero, in sinergia con le unità operative di psicologia ospedaliera e con i CSM territoriali, che prenderanno successivamente in carico il fragile ed eventualmente i familiari.

La differenza tra queste strutture e le strutture residenziali (longterm care) è in pratica riconducibile al ruolo all'interno dei percorsi diagnostici e terapeutici, con correlato obbligo di temporaneità dell'accoglienza, e alla possibilità di erogazione di prestazioni mediche continuative specialistiche.

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

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

È prerequisite per l'ingresso, la presa in carico del paziente da parte del Distretto con la progettazione, mediante valutazione multidimensionale, di un Piano di Assistenza Individualizzato e di un percorso successivo al ricovero in SCI che dovrà essere stato condiviso dalla famiglia.

Le Strutture di Cure Intermedie dimettono i pazienti:

- al loro domicilio con o senza un intervento di Cure Domiciliari (almeno il 50% dei pazienti deve essere dimesso a domicilio e permanervi per i 3 mesi successivi)
- verso strutture residenziali o semiresidenziali,
- verso strutture per acuzie / postacuzie qualora previsto nel progetto iniziale (ad esempio: per un paziente con frattura di femore a cui non sia concesso il carico per 30 gg, si può prevedere dopo il ricovero in Ortopedia un trasferimento in SCI seguito da ricovero in struttura di riabilitazione), o per aggravamento non gestibile in SCI.

Si prevede una permanenza presso le SCI, articolata secondo il progetto individuale, con predisposizione di obiettivi di degenza media variabile, secondo la diagnosi di ricovero, da 10 a 40 giorni. Per alcune tipologie di pazienti e in pochi casi (minore di 5%) è possibile avere un ricovero oltre questi limiti.

Le cure previste sono prevalentemente di tipo assistenziale e riabilitativo di mantenimento con conduzione medica a orientamento geriatrico e di specialisti nella gestione di patologie croniche.

Lo sviluppo organizzativo delle SCI deve prevedere un collegamento con il sistema della Continuità Assistenziale e con l'ospedale di riferimento territoriale e la rete dell'Emergenza 118 per l'erogazione di prestazioni di continuità diagnostica e di interventi di Medicina d'Urgenza non effettuabili nella struttura, e con il sistema PUA/UVT.

Lo sviluppo assistenziale deve prevedere una suddivisione per nuclei, anche di più livelli assistenziali, per tipologia dei pazienti. L'organizzazione dell'assistenza medica sarà affidata ai medici specialisti in Geriatria o a orientamento geriatrico, con presa in carico dei pazienti, secondo la tipologia, da parte di MMG con almeno tre anni di esperienza in U.O. ospedaliera, o di medici dell'area medica degli ospedali di riferimento territoriale.

Può essere previsto l'utilizzo di personale medico e delle professioni sanitarie "liberato" nel corso del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, e personale medico proveniente dalla Continuità Assistenziale, nei limiti del completamento dell'orario di servizio.

L'accesso del paziente a questo tipo di struttura avviene a seguito della predisposizione da parte del Distretto di un progetto definito che prevede la presa in carico sin dal momento del ricovero ospedaliero.

Sono da definire processi sistematici per intese e integrazioni tra la Rete Ospedaliera e la ASL per la definizione delle comunicazioni, la pianificazione degli interventi e dei passaggi tra i diversi livelli assistenziali.

Le Strutture di Cure Intermedie svolgono un importante ruolo per fornire risposta a numerosi pazienti attualmente curati in modo inappropriato sia in strutture di acuzie che di post-acuzie. L'avvio dell'attività delle SCI può prevedere una fase di sperimentazione, di durata e con modalità da stabilire con atto successivo.

I posti letto devono essere ottenuti tramite la riconversione di posti letto per acuti, come sopra indicato. I ricoveri in queste strutture sono documentati dal flusso ministeriale FAR.

La dotazione standard minima per singola struttura è stabilita in due moduli da 30 PL ciascuno, allo scopo di raggiungere un corretto livello di efficienza; e con la possibilità di organizzazioni strutturali più ampie, che possano consentire economie di scala, in aree intensamente popolate.

In situazioni specifiche, ove la Struttura di Cure Intermedie sia inserita all'interno di un'organizzazione che includa anche altri livelli assistenziali (quali nuclei di assistenza residenziale a lungo termine), è possibile prevedere un solo modulo di 30 pl.

Ciascuna struttura può ospitare pazienti con fabbisogni individuali differenti e quindi con tariffe diversificate.

Di conseguenza, i criteri di accreditamento devono consentire la suddivisione della struttura per nuclei da uno o più livelli assistenziali per tipologia di pazienti con una conduzione medica a orientamento geriatrico o di specialità in malattie croniche. All'ingresso nella struttura ciascun paziente è, inoltre, classificato secondo il carico assistenziale richiesto, allo scopo di garantire un corretto equilibrio tra le risorse assistenziali disponibili e le necessità dei pazienti ricoverati.

PO Binaghi

Nel territorio dell'ASL di Cagliari la graduale dismissione delle attività per acuti presso il PO Binaghi, è l'occasione per una conversione a basso costo di posti letto originariamente destinati ad acuti, e per la realizzazione di una struttura per cure intermedie adeguata al carico di lavoro presumibile nel territorio aziendale.

Questa struttura potrebbe svolgere un'importante attività di supporto finalizzata a migliorare l'appropriatezza dei ricoveri per tutti gli ospedali che insistono nell'area urbana di Cagliari.

Si ritiene che siano da realizzare due moduli con un numero di posti letto adeguato, recuperabile nell'ambito del presidio ospedaliero, ciascuno dei quali suddiviso eventualmente per nuclei.

Si potrebbe anche ipotizzare che nello stesso complesso edilizio sia realizzata una Casa della salute per la Città di Cagliari da collegare in rete con Centri di Salute di Quartiere.

Si tratta, quindi, di un intervento per il recupero e la rifunionalizzazione di un'importante struttura sanitaria, che non richiederebbe somme ingenti, infatti, il presidio era sede fino a poco tempo fa di intensa attività per acuti, e attualmente ospita già alcuni servizi territoriali, come la riabilitazione territoriale, la diabetologia, ecc..

Anche la collocazione logistica, la disponibilità di parcheggi e la facile accessibilità tramite l'asse mediano, rappresentano punti di forza a vantaggio di questa soluzione.

PO Isili

La possibilità di realizzare una struttura di cure intermedie nel presidio ospedaliero San Giuseppe di Isili presenta alcune criticità che si legano alle decisioni che saranno assunte relativamente al futuro della struttura.

In particolare, se il PO San Giuseppe è destinato a diventare un presidio ospedaliero di zona disagiata, si potrebbero recuperare presso la struttura posti letto attualmente attribuiti alla chirurgia, mentre verrebbero confermati circa 20 posti letto di medicina.

Questa soluzione consentirebbe di realizzare un modulo di circa 20 o 30 posti letto per cure intermedie.

Un'altra possibilità è utilizzare gli spazi che si renderanno disponibili per realizzare un innesto di Cure Primarie orientato a realizzare ricoveri di tipo territoriale, come descritto nei paragrafi successivi.

PO Muravera

La possibilità di realizzare una struttura di cure intermedie nel presidio ospedaliero San Marcellino di Muravera presenta alcune criticità che si legano alle decisioni che saranno assunte relativamente al futuro della struttura.

In particolare, se il PO San Marcellino è destinato a diventare un presidio ospedaliero di zona disagiata, si potrebbero recuperare presso la struttura posti letto attualmente attribuiti alla chirurgia, mentre verrebbero confermati circa 20 posti letto di medicina.

Questa soluzione consentirebbe di realizzare un modulo di circa 20 o 30 posti letto per cure intermedie.

Un'altra possibilità è utilizzare gli spazi che si renderanno disponibili per realizzare un innesto di Cure Primarie orientato a realizzare ricoveri di tipo territoriale, come descritto nei paragrafi successivi.

Innesto di Cure Primarie nei presidi di zona disagiata

L'innesto delle Cure Primarie negli ospedali di zona disagiata, con l'obiettivo di integrare le residuali attività per acuti, con ricoveri su base territoriale, può garantire un'offerta differenziata, che può rispondere alle necessità delle aree di riferimento, con la possibilità di risposte più appropriate rispetto alle patologie più frequenti.

L'innesto di Cure Primarie negli ospedali di zona disagiata, può consentire ricoveri territoriali che integrano i ricoveri per acuti, con modalità e criteri mutuati dal modello dell'Ospedale di Comunità.

Questo può essere definito come una struttura socio-sanitaria territoriale che consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media e bassa medicalizzazione, per la gestione appropriata di patologie cronico-degenerative momentaneamente scompensate o riacutizzate, che necessitano di monitoraggio, associate a condizioni di rischio sociale variabile.

La capacità ottimale di accoglienza è di 20 posti letto, numero ideale sia per gli aspetti organizzativo-gestionali che di economicità, anche in considerazione del fatto che questi posti letto andrebbero ad aggiungersi ai posti letto di Medicina destinati per gli acuti, con la possibilità di realizzare importanti sinergie tra i due moduli.

Per determinate forme patologiche, il ricovero territoriale, secondo il modello dell'Ospedale di Comunità, si prefigge l'obiettivo di raggiungere gli stessi risultati di un ricovero ospedaliero tradizionale, ma con il vantaggio di erogare, a favore degli assistiti che non necessitano in

termini assoluti di assistenza presso un ospedale per acuti, un servizio a minor costo e nello stesso tempo di maggior gradimento.

In linea di principio i 20 posti letto destinati a ricoveri territoriali, affidati alle Cure Primarie, sono a disposizione di pazienti affetti da patologie non complicate e di anziani affetti da polipatologie croniche degenerative non stabilizzate, nonché di pazienti con patologie dismetaboliche riacutizzate o di malati terminali.

L'intervento, di norma, interessa un Ospedale periferico rispetto all'Hub di riferimento della ASL sito in una zona, scarsamente servita dai mezzi pubblici e con rete viaria disagiata, bassa densità abitativa su un territorio vasto, in contesto economicamente disagiato e socialmente composito la cui caratteristica principale è l'elevata presenza di anziani.

Il presidio per acuti, nel contesto descritto, non risponde del tutto, alle criticità individuate anche a livello nazionale, alle esigenze del territorio che avrebbe bisogno di una struttura intermedia tra acuto e lungodegenza, tra ospedale e territorio.

Una parte importante della popolazione anziana, affetta da pluripatologia, affrisce, infatti, ai reparti di degenza ospedaliera impropriamente per carenza di cure intermedie. Si registra inoltre un aumento dei tempi di degenza media correlato all'assenza di strutture territoriali che assicurino le cure sociosanitarie post acuzie.

La LR 23/2014 all'articolo 8, prevede la realizzazione di ricoveri territoriali secondo il modello degli Ospedali di Comunità: "Al fine di garantire adeguati livelli di cura per tutte le persone che non abbiano necessità di ricovero in ospedali per acuti, ma che hanno comunque bisogno di un'assistenza sanitaria protetta che non potrebbero ricevere a domicilio, e limitatamente a periodi di tempo mediobrevi, è istituito l'ospedale di comunità (OsCo) quale presidio di raccordo funzionale tra l'ospedale per acuti e i servizi territoriali".

Il modello di ricovero territoriale secondo i criteri dell'ospedale di comunità risponde anche ai seguenti obiettivi:

- Rispondere ai nuovi principi dell'intervento biopsicosociale, quindi realizzare un approccio olistico rivolto alla persona con i suoi bisogni sanitari, sociali e psicologici, offrendo un trattamento omnicomprensivo e personalizzato.
- Favorire la riduzione del pendolarismo assistenziale.

Per quanto riguarda l'ASL di Cagliari, la possibilità di realizzare un innesto di Cure Primarie per realizzare ricoveri secondo il modello dell'ospedale di comunità, riutilizzando e rifunzionizzando strutture esistenti, riguarda esclusivamente i PO di Isili e di Muravera, salvo verificare la compatibilità di questa soluzione con la destinazione che sarà data all'ospedale, come in precedenza descritto nel paragrafo della Cure Intermedie.

Case della Salute

La Casa della Salute è un'unità strutturale e organizzativa del Distretto in grado di assicurare il coordinamento e l'organizzazione delle attività sanitarie del territorio, favorendo la loro integrazione con i settori sanitari, sociali, e altri non sanitari, con l'obiettivo della promozione e tutela della salute delle persone e delle comunità, mediante:

- il coordinamento delle attività di cure primarie territoriali;
- l'integrazione fra i settori sanitari territoriali e fra questi e quelli ospedalieri, e quelli sociali e altri non sanitari;

- l'adozione di procedure semplificate di accesso e di fruizione del Sistema;
- l'utilizzo di tecnologie ICT (informazione e comunicazione);
- la valorizzazione dell'appropriatezza nell'utilizzo dei servizi.

Il modello tipico della Casa della Salute prevede lo svolgimento delle seguenti funzioni:

1. Accoglienza;
2. Prima valutazione del bisogno;
3. Orientamento ai servizi (antenna dello Sportello Unico);
4. Presa in carico complessiva dei pazienti attraverso la gestione coordinata delle grandi aree di cronicità che hanno un riflesso socio economico rilevante (diabete, BPCO, scompenso, rischio cardiovascolare, cronicità oncologica) secondo percorsi/protocolli concordati con i soggetti e le strutture di secondo livello;
5. Pianificazione e gestione integrata delle Cure Domiciliari finalizzata alla ripresa in carico nell'alveo territoriale di quelle patologie non necessitanti di ricovero in strutture specialistiche di livello superiore;
6. Garanzia dell'integrazione sociale e sanitaria;
7. Interfaccia strutturale con i Servizi di Emergenza/Urgenza nelle loro varie articolazioni mediante l'utilizzo di protocolli uniformi, anche se adattabili alle esigenze del bacino di competenza, ed erogazione di prestazioni urgenti, in particolare se sede di PPI;
8. Erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale e prestazioni specialistiche di medici della rete ospedaliera oppure di specialisti convenzionati;
9. Collegamento con il numero breve 116.117 per il servizio di guardia medica non urgente;
10. Posto di primo soccorso per codici bianchi e codici verdi, sotto il coordinamento della Centrale Operativa della Rete per le Emergenze.

Le Case della Salute, per la loro polifunzionalità, e l'integrazione con i servizi sociali, rappresentano la base dell'organizzazione delle Cure Primarie e il punto di riferimento per i cittadini e gli operatori socio sanitari del territorio.

Sono forme aggregative evolute che vedono la collaborazione di MMG, MCA, specialisti, infermieri e amministrativi, e operatori sociali, garantendo la presa in carico dei problemi di salute con particolare riferimento alla cronicità.

Le Case della Salute possono essere variamente configurate per integrarsi con la locale rete dei servizi, assolvendo a tutte o parte delle seguenti diverse funzioni:

- l'integrazione dei livelli assistenziali delle prestazioni socio sanitarie secondo i principi affermati dal D. Lgs. 229/1999 e dalla L. 328/2000;
- l'integrazione fra le attività di prevenzione cura e riabilitazione, con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche, inclusa l'erogazione delle Cure Domiciliari;
- la presenza delle principali branche cliniche e quelle relative alla diagnostica di laboratorio prevedendo oltre ai punti prelievi, i POCT (point of care testing), gli esami di ecografia e di radiologia di base;
- la presenza di un punto unico di accesso (PUA) all'insieme delle prestazioni a integrazione socio-sanitaria, in contiguità con il centro unico di prenotazione (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal SSR;
- la presenza di un ambulatorio infermieristico.

Una delle peculiarità è data dall'apertura per 12o 24 ore al giorno, e dal lavoro di squadra fra specialisti convenzionati e dipendenti, personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, MMG, PLS, medici di Continuità Assistenziale.

Possono prevedere strutture residenziali (con funzioni sinergiche, ma distinte). Possono prevedere punti di primo intervento (PPI), se previsti dalla rete emergenza (con funzioni sinergiche, ma distinte).

Le Case delle Salute derivanti da riconversione ospedaliera mantengono, se necessario potenziata, l'eventuale attività dialitica preesistente, ad "assistenza limitata" (secondo la definizione della Società Italiana di Nefrologia), se questa rientra in un programma di razionale distribuzione nei punti dialisi, con la finalità di razionalizzare la distribuzione dei punti dialisi.

È prevista fundamentalmente l'attivazione di due modelli: A) un modello per aree metropolitane a elevata e media densità di popolazione, al quale fanno riferimento i MMG/PLS in rete o in gruppo; B) un modello per aree extra urbane a bassa densità di popolazione.

I due modelli tengono conto dell'orografia della Regione e della distanza dai Servizi di Secondo Livello. I parametri di riferimento per la diffusione delle Case della Salute sono basati sulla possibilità di una reale conversione e/o aggregazione di attività esistenti nel distretto, che in questo tipo di struttura aggiungano efficacia all'azione distrettuale senza incremento di costi.

I parametri tendenziali sono:

- Una Casa della Salute ogni 20.000 - 50.000 residenti nelle aree urbane.
- Una Casa della Salute ogni 10.000 - 15.000 residenti nelle aree extrametropolitane.

Nelle aree a popolazione dispersa, dove non c'è la possibilità di concentrare in un'unica sede almeno 8 medici di Medicina Generale, non vengono raggiunti i parametri minimi necessari per un efficace ed efficiente sviluppo di questa struttura; in queste situazioni risulta pertanto più appropriato sviluppare il modello delle "equipe territoriali".

L'articolazione funzionale di ciascuna Casa della Salute è flessibile, per consentire al Distretto la distribuzione delle discipline e delle attività sulla base delle necessità assistenziali della popolazione e delle disponibilità organizzative.

Per il funzionamento della Struttura, un ruolo cardine è svolto dagli infermieri, che, mantenendo la propria specificità professionale, operano in stretto rapporto con i medici di medicina generale per le seguenti attività: ambulatoriale, consultoriale, supporto all'unità di valutazione multidimensionale, Residenza Sanitaria Assistenziale, Ospedale di Comunità (questi ultimi ove esistenti) e per le attività cliniche.

Dove sono attive, le Cure Domiciliari assicurano l'assistenza a diversa intensità, secondo il fabbisogno assistenziale, per i pazienti più impegnativi (es. dimissioni protette in post-acuzie, cure palliative in fase terminale).

RAS

Il provvedimento regionale di riferimento per le Case della Salute è la DGR 32/10 del 2008.

Per la Regione Sardegna, le Case della Salute costituiscono i modelli organizzativi finalizzati a realizzare, sul territorio, l'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale, per una effettiva affermazione del diritto alla salute.

La Casa della Salute permette di conseguire i seguenti obiettivi strategici:

- la centralità del cittadino: la Casa della Salute nasce per dare risposte appropriate ai cittadini attraverso percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, la presa in carico globale dei pazienti e l'orientamento di pazienti e familiari nel sistema;
- la riconoscibilità e accessibilità: la Casa della Salute è riconoscibile, sul territorio, come luogo fisico nel quale si concentrano servizi e attività ora spesso dispersi e frammentati. Diventa il punto di riferimento per la presa in carico e la continuità assistenziale, fisicamente accessibile e organizzato in maniera da garantire la massima disponibilità dei servizi (a partire dall'accoglienza, l'informazione e la prenotazione delle prestazioni);
- l'unitarietà e l'integrazione: la Casa della Salute convoglia servizi che sarebbero altrimenti dispersi sul territorio e garantisce l'integrazione con tutti i servizi e le altre strutture del SSR, nonché con i servizi sociali

dei Comuni. Costituisce inoltre il punto di riferimento in relazione alle funzioni svolte e alle attività che si concentrano al suo interno.

- la semplificazione: La Casa della Salute concentra e integra i servizi e i percorsi per l'accesso ai servizi, operando la semplificazione burocratica, in particolare per il riconoscimento delle invalidità, di rimborsi e per la segnalazione di disagi e disservizi.

La Casa della Salute è quindi una struttura territoriale dove, di norma, opera il personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, ecc.), i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici di continuità assistenziale, gli specialisti ambulatoriali, il personale dell'emergenza territoriale, nonché il personale dei servizi sociali dei comuni afferenti, dedicati alla pianificazione e gestione degli interventi sociali a integrazione sanitaria. In tale struttura si accolgono le domande dei cittadini e si organizza la risposta più appropriata.

Con DGR 53/7 del 27 dicembre 2007, nell'ambito della riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale, è stata ipotizzata l'attivazione di modelli organizzativi differenziati a seconda del contesto di riferimento, tra i quali le Case della Salute. In questo ambito, i medici di continuità assistenziale assumeranno particolare rilievo nel garantire prestazioni erogate con continuità e appropriatezza, sulla base di programmi assistenziali definiti nell'ambito di valutazioni multidimensionali.

Con DGR 17/1 del 2008 è stato approvato l'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale, che prevede il rafforzamento del ruolo del medico di medicina generale nel sistema sanitario regionale attraverso la piena integrazione con gli altri professionisti sanitari operanti nel distretto, lo sviluppo dell'associazionismo medico per perseguire il coordinamento funzionale e operativo delle attività dei medici di medicina generale. In quest'ottica, la Casa della Salute è, al contempo, luogo naturale per l'attuazione dell'integrazione strutturale e operativa dell'assistenza primaria, e laboratorio per la promozione e lo sviluppo delle forme di integrazione funzionale, obbligatorie per i MMG e per i MCA.

La DGR 32/10 del 2008 propone la definizione di un programma per la realizzazione su tutto il territorio regionale di una rete di Case della Salute, che costituiranno il modello principale di organizzazione della medicina del territorio e la sede privilegiata dell'integrazione sociosanitaria.

Anche sulla base degli indirizzi ministeriali per l'utilizzo delle risorse nazionali per l'avvio delle sperimentazioni, sono proposti per la regione Sardegna i seguenti criteri organizzativi che, di norma, dovranno guidare la realizzazione e la localizzazione delle Case della Salute:

- prevedere, di norma, la presenza di 1 struttura per distretto, con un bacino di riferimento tendenzialmente almeno di 10.000 persone;
- prevedere la collocazione, di norma, in comuni con popolazione maggiore di 5.000 abitanti, preferibilmente, in località prive di pronto soccorso ospedalieri;
- garantire la continuità assistenziale per 7 giorni alla settimana e per 24 ore al giorno, attraverso la piena integrazione delle attività di medicina di continuità assistenziale nella rete integrata dei servizi distrettuali;
- garantire l'integrazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni sociosanitarie, con riguardo alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione e con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche in condizioni di fragilità;
- promuovere il lavoro di equipe tra le varie figure professionali: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali, personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale e dell'emergenza territoriale;
- promuovere l'utilizzo di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici comuni e condivisi con tutti i professionisti dell'equipe territoriale che partecipano al processo di cura;

- sviluppare l'informatizzazione del sistema per consentire l'interrelazione fra i professionisti sanitari, e tra questi e i nodi della rete integrata dei servizi socio-sanitari del distretto e dei servizi sanitari ospedalieri, così da favorire il massimo livello di integrazione e condivisione delle informazioni sanitarie;
- prevedere la presenza delle principali branche cliniche e quelle relative alla diagnostica di laboratorio (punti prelievo), di ecografia di base e, ove opportuno, di radiologia;
- prevedere la presenza di uno sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-assistenziale (PUA) e la possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP);
- prevedere la presenza di ambulatorio infermieristico e ambulatorio per piccole urgenze che non richiedano l'accesso al pronto soccorso ospedaliero;
- prevedere la presenza di un servizio di ambulanze per il pronto intervento sul territorio (punto di soccorso mobile 118), di spazi adeguati per le attività delle associazioni di volontariato, di rappresentanza dei malati, di promozione sociale.

Secondo quanto previsto dalla RAS occorrerà tener conto della particolare configurazione geomorfologica che comporta una notevole dispersione della popolazione nel territorio della regione, per cui si ritiene opportuno attivare strutture che, pur non rispondendo a tutti i criteri organizzativi sopra indicati, soddisfano l'esigenza di concentrare i servizi per la salute nel territorio.

Di conseguenza il programma d'interventi per le Case della Salute riguarda anche strutture localizzate in comuni di piccole dimensioni che non configurano il modello di Casa della Salute in senso stretto, ma che rispondono all'esigenza di riqualificare e rendere visibile e riconoscibile la struttura di riferimento per la salute delle persone, al cui interno sono raggruppati tutti i servizi già presenti nel territorio.

Gli interventi potranno, quindi, riguardare la ristrutturazione/riconversione:

- a. prioritariamente di strutture sanitarie già operanti nel territorio ma attualmente sottoutilizzate o in via di riconversione (poliambulatori, piccole strutture di ricovero, centri socio-sanitari, ecc.),
- b. eventuali altre strutture pubbliche attualmente disponibili e utilizzabili per i servizi alla persona (della Regione, degli enti locali, ecc.).

ASL di Cagliari

Le Case della Salute erano state previste inizialmente nei seguenti Comuni del territorio di competenza dell'ASL di Cagliari:

- Capoterra
- Decimomannu
- Mandas
- San Nicolò Gerrei
- Selargius
- Senorbi
- Sestu.

Era stata prevista, inoltre, una Casa della Salute a Quartu S. Elena "fortemente connotata dalla presenza di un servizio attivo nelle 24 ore per l'erogazione di prestazioni di primo soccorso, funzionalmente integrato con la rete dell'emergenza territoriale 118, con il compito di intercettare le urgenze meno complesse oltre ai codici bianchi che arrivano oggi al Pronto Soccorso dell'Ospedale Marino e di garantire la qualità e la competenza dei trasporti sanitari, attraverso la eventuale medicalizzazione delle ambulanze".

Nella prima fase di realizzazione del programma, le Asl di competenza predisporranno un progetto complessivo di attivazione, nei comuni indicati, delle Case della Salute. Nel progetto dovranno essere individuati i locali oggetto di ristrutturazione, la quantificazione dei costi necessari per gli interventi edilizi e per l'ammodernamento tecnologico, le soluzioni organizzati-

veproposte nonché l'indicazione degli eventuali accordi istituzionali necessari per far decollare le Case della Salute come centri di concreta attuazione dell'integrazione sociosanitaria.

Con successivo provvedimento, sulla base dei progetti, verranno individuate le risorse da assegnare alle aziende sanitarie per la realizzazione delle Case della Salute.

In una seconda fase di programmazione, si attiveranno nelle Case della Salute tutte le attività e i servizi previsti dalle linee d'indirizzo ministeriali. Potrà essere altresì prevista la realizzazione di ulteriori Case della Salute, sulla base dei fabbisogni emersi e delle proposte pervenute nei singoli distretti.

Con la DGR 42/3 del 2011 la RAS ha posto lo sviluppo delle attività territoriali quale obiettivo strategico per accelerare il processo di deospedalizzazione attraverso il potenziamento delle cure nel territorio di appartenenza, luogo nel quale si realizza concretamente l'integrazione fra il sistema dei servizi sociali e quello dei servizi sanitari.

Nella delibera si afferma un importante cambiamento per l'erogazione dell'assistenza sanitaria e la necessità di promuovere un nuovo sistema di "protezione sociale", capace di razionalizzare l'offerta e la spesa sanitaria, implementando l'attività di medicina territoriale e riducendo quella ospedaliera anche attraverso il decongestionamento dei presidi dell'emergenza urgenza.

Si propone in sostanza un'importante revisione del modello assistenziale indirizzando gli investimenti verso il rafforzamento delle cure primarie e la promozione dell'integrazione e del coordinamento tra medici di medicina generale, altri professionisti sanitari e specialisti ospedalieri.

Questo processo d'integrazione può essere avviato in primo luogo con il modello della Casa della Salute, struttura polivalente e funzionale, accessibile e fruibile dai cittadini nell'arco delle 24 ore, nella quale possono essere erogate quelle prestazioni tipiche delle cure primarie garantendo la continuità assistenziale e le principali attività di prevenzione.

Con la richiamata delibera si procede al contestuale finanziamento di un programma per la realizzazione di strutture territoriali multidisciplinari (Case della Salute), che per quanto riguarda il territorio della ASL di Cagliari sono da localizzare nei seguenti Comuni:

- Pula
- San Nicolò Gerrei
- Mandas
- Quartu S. Elena
- Senorbi.

Con la stessa delibera si procedeva, inoltre a finanziare un Centro socio - riabilitativo con nucleo Hospice a Quartu S. Elena.

Nel luglio del 2012 venne inaugurato a Pula l'edificio destinato ad accogliere la prima Casa della Salute dell'ASL di Cagliari.

Di recente è stato attivato un nuovo processo di rimodulazione delle Case della Salute in relazione a quanto disposto sulla materia da disposizioni nazionali.

Si ipotizza di realizzare nel tempo una Casa della Salute per la Città di Cagliari destinata ad assorbire nel suo ambito anche le attività attualmente svolte dal Poliambulatorio di Viale Trieste, non più idoneo a svolgere il suo ruolo tradizionale di riferimento per l'area urbana di Cagliari e l'area Vasta.

A questa Casa della Salute Cittadina e di Area Vasta si assoceranno almeno altri due Centri di salute di Quartiere già in fase di progettazione funzionale e organizzativa dislocati in strutture del Comune di Cagliari nei quartieri di IsMirrionis e S.Elia. Questi ultimi rappresenteranno luoghi di erogazione di una medicina d'iniziativa e di servizi destinati alla promozione della salute per la popolazione del quartiere.

Criticità

Le criticità principali che hanno accompagnato lo sviluppo del programma relativo alle Case della Salute nell'ASL di Cagliari, e che hanno impedito di trarre sostanziali vantaggi per quanto riguarda i processi di deospedalizzazione, sono le seguenti:

1. eccessiva lentezza nella realizzazione del programma;
2. insufficiente massa critica;
3. sviluppo dell'integrazione con gli MMG, i pediatri di libera scelta, i medici di continuità assistenziale, praticamente assente.

Al momento della stesura del presente progetto risulta realizzata soltanto la struttura per la Casa della Salute di Pula, e questo dopo ben sette anni dall'avvio del programma.

Le Case della Salute per le quali erano stati programmati interventi, costituiscono una massa critica troppo esigua per determinare nel breve e medio periodo, un sostanziale rafforzamento della capacità del territorio di incrementare e riqualificare le attività di assistenza territoriale.

Probabilmente si potrebbe dare un apporto più sostanzioso in questa direzione, attraverso un programma rivolto alla conversione dei Poliambulatori territoriali, arricchendoli anche delle funzioni proprie delle Case della Salute.

Al riguardo è utile ricordare che l'azienda dispone di poliambulatori nei seguenti Comuni: Selargius, Sestu, Cagliari, Monastir, Villasor, Decimomannu, Teulada, Siliqua, Quartu S. Elena, Sinnai, Dolianova, Villasimius, San Nicolò Gerrei, Muravera, Senorbì, Sadali, Mandas, Orroli, Isili.

È opportuno considerare che questa rete di poliambulatori, salvo quelli di recente ristrutturazioni, è piuttosto obsoleta, spesso non dispone di apparecchiature e tecnologie moderne, e soprattutto è molto dispersiva, garantisce servizi forse in eccesso in aree territoriali delle aree urbane e suburbane, mentre lascia scoperte aree che necessiterebbero di una maggiore copertura. In diversi casi, infine, i poliambulatori svolgono funzioni piuttosto limitate disperdendo risorse e riducendo la possibilità di migliorare la quantità e qualità dei servizi.

Tuttavia, la criticità principale che limita il concreto decollo dei programmi relativi alle Case della Salute, riguarda il reale coinvolgimento dei MMG e PLS che, al momento, è praticamente assente.

Un significativo contributo in questa direzione potrà essere dato solo attraverso azioni di sistema, volti a ridefinire gli obblighi e le responsabilità dei MMG e PLS in una prospettiva di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale.

MMG, Continuità assistenziale, Equipe territoriali

I medici di Medicina Generale (medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale) forniscono prestazioni sanitarie di prevenzione e promozione della salute, diagnosi e cura a livello ambulatoriale e domiciliare con accesso libero e gratuito (previa iscrizione obbligatoria presso il Distretto).

Durante le ore notturne (dalle 20.00 alle 8.00) e i giorni prefestivi e festivi (dalle 12 del sabato alle 8 del lunedì) l'assistenza primaria viene assicurata dai medici di continuità assistenziale (MCA).

La continuità dell'assistenza nelle 24 ore è obiettivo fondamentale per il potenziamento dell'Assistenza Territoriale; perciò è fondamentale l'integrazione effettiva del Servizio di C.A. da un lato con l'attività svolta dai MMG e PLS, sia nelle equipe territoriali che nelle forme più evolute di "Casa della Salute"- "Ricoveri Territoriali", e dall'altro con la Rete dell'Emergenza e con i servizi della guardia medica non urgenti, attraverso l'istituendo numero breve 116.117.

Occorre dunque procedere, in una prospettiva di miglioramento della qualità dei servizi offerti e dell'ottimizzazione delle risposte alle chiamate dei cittadini, a:

- rivalutare il dimensionamento e il posizionamento delle postazioni di C.A., tendendo ad aggregare più postazioni in unica sede nei casi in cui il contesto demografico e la viabilità lo consentano, e, ove possibile, collocandone preferenzialmente le sedi presso le Strutture di Cure Intermedie e le Case della Salute;
- centralizzare le chiamate su 2 centrali operative (coincidenti con le Centrali operative 118), dotate di numero verde (area Nord, Sud) e numero breve 116.117, in collegamento costante con tutte le sedi, al fine di garantire la continuità di erogazione del servizio, migliorandone la qualità reale e percepita da parte della popolazione.

Le forme associative della medicina primaria sono state introdotte, sul modello delle practices inglesi, dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 2000, poi confermate e incentivate dai successivi ACN (2005 e 2009), per ovviare al tradizionale isolamento professionale del MMG e per consentire maggiore accessibilità, qualità delle cure (attraverso la condivisione di linee guida diagnostico-terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza, incontri di verifica e revisione della qualità e dell'appropriatezza prescrittiva e il confronto fra pari), e continuità assistenziale.

L'ACN del 2005 prevede l'equipe territoriale come scelta strategica e forma associativa obbligatoria, anche se operativamente condizionata dalle scelte regionali.

La Regione Sardegna ne individua la concreta attivazione quale elemento centrale del processo di riorganizzazione del livello di assistenza territoriale: i Distretti dovranno essere considerati, sotto questo profilo, come l'insieme delle Equipe Territoriali e delle Case della Salute che li compongono, e dovranno essere gradualmente introdotti strumenti di clinical governance, centrati su sistemi informativi che raggruppino i dati di consumo di tutte le prestazioni sanitarie (specialistiche, ospedaliere, farmaceutiche, ecc.) per queste aggregazioni di popolazione.

L'équipe territoriale rappresenta una forma "organizzativa" della MG e delle altre discipline presenti nel distretto, in quanto si costituisce non come libera associazione di professionisti del territorio, ma come scelta di programmazione sanitaria; è una forma organizzativa "funzionale", in quanto non prevede la costituzione di una sede unica o di una sede di riferimento; coinvolge le diverse figure professionali operanti nel distretto deputate a garantire: l'assistenza primaria, la continuità assistenziale, la pediatria di libera scelta, l'assistenza specialistica ambulatoriale, la medicina dei servizi, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

È intesa, quindi, come strumento attuativo della programmazione sanitaria distrettuale per la erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale, soprattutto per patologie a lungo decorso e con valenza socio-sanitaria.

Il patto per la salute prevede una riorganizzazione ulteriore delle Cure Primarie con possibilità che i MMG e i PLS si organizzino in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

La regione Sardegna al momento attuale non ha ancora concluso le attività del Tavolo Regionale per la riqualificazione delle Cure Primarie, e, quindi, non ha emanato alcun provvedimento attuativo al riguardo, coerente con il patto per la salute.

L'Asl di Cagliari al termine dei lavori e in coerenza con quanto sarà emanato a livello regionale provvederà alla riorganizzazione delle Cure Primarie nelle forme associative che saranno individuate.

Tale riorganizzazione sarà volta a sperimentare le aggregazioni che si andranno a costituire, e in particolare, il Chronic Care Model e la Medicina d'Iniziativa, individuando possibili soluzioni su alcuni percorsi riferiti alle seguenti patologie croniche: Diabete Mellito, BPCO, Nefropatia Cronica, Rischio e insufficienza cardio vascolare.

Tutto ciò sarà possibile anche a seguito della territorializzazione di alcuni servizi tradizionalmente dislocati in Unità Operative Ospedaliere: Servizio di Diabetologia del SS. Trinità, Servizio di Endocrinologia del Binaghi, Centro TAO destinato a sviluppare servizi in tutto il territorio aziendale.

Non sono infine da trascurare le iniziative realizzate dall'azienda riguardanti la Pneumologia Territoriale dislocata presso il PO Binaghi, e la rilevanza che potrà assumere lo sviluppo della rete riabilitativa, anche in vista di una più attiva ed efficace partecipazione della Medicina Generale ai processi e percorsi di assistenza.

Cure domiciliari

Strategico, nel nuovo modello di offerta di servizi sanitari, è lo sviluppo del Sistema delle Cure Domiciliari Integrate, intese come trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, talvolta associati ad attività di aiuto alla persona, prestati al domicilio del paziente da personale qualificato per la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti.

Il sistema delle Cure Domiciliari Integrate è finalizzato a contrastare le forme patologiche, il declino funzionale e a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente af-

fetto da patologie croniche, anche gravi, di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita.

Diversi soggetti istituzionali (Comuni, Aziende Sanitarie, Regione) partecipano alla realizzazione del modello organizzativo delle Cure Domiciliari Integrate: in particolare ai Comuni compete il servizio socioassistenziale, il sostegno economico, l'attivazione del telesoccorso e del telecontrollo; le Aziende Sanitarie si occupano delle attività di cura domiciliare, con particolare attenzione a bisogni sanitari specifici.

Le Cure Domiciliari attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie, in integrazione con quelle sociali, realizzano al domicilio del paziente (di qualsiasi età) un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, multiprofessionale e/o multidisciplinare (sociale – sanitario).

In ambito regionale per le Cure Domiciliari sono previste le seguenti tipologie caratterizzate da differenti set assistenziali rapportati alla qualità e quantità dei bisogni:

- Cure Domiciliariprestazionali - Si tratta d'interventi occasionali o a ciclo programmato che costituiscono una risposta "prestazionale", professionalmente qualificata, a un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o di tipo riabilitativo. Le prestazioni, ancorché siano ripetute nel tempo, rispondono quindi a un bisogno sanitario che può essere definito "semplice" in quanto non presuppone né una valutazione multidimensionale né richiede una "presa in carico globale" della persona da parte di una équipe multiprofessionale. Le prestazioni sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente nel caso in cui questo presenti limitazioni funzionali tali da rendere impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali.
- Cure Domiciliari Integrate – Si tratta di interventi di assistenza sanitaria e sociale che prevedono trattamenti medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi ed abilitativo-educativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di "fragilità", con patologie in atto o esiti delle stesse, finalizzati a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le prestazioni di tipo sanitario e sociale di diversa complessità e intensità sono definite nel Piano Attuativo degli Interventi (PAI) redatto a seguito di una Valutazione Multidimensionale (VMD) ed erogate da una équipe multiprofessionale attraverso una presa in carico globale e interdisciplinare.

Nelle cure domiciliari integrate assume ruolo centrale il MMG/PLS che partecipa a tutte le fasi del processo assistenziale: dalla valutazione multidimensionale della persona alla pianificazione ed attuazione degli interventi. A tal fine collabora con la UVT e con i responsabili distrettuali delle cure domiciliari e favorisce l'integrazione tra le diverse figure professionali dell'équipe multiprofessionale. Il MMG/PLS assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.

Nell'ambito delle cure domiciliari integrate si individuano tre livelli assistenziali:

b1) Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello (assorbono quelle già definite nell'ADI): - si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o presentando sintomi di mediobassa complessità, necessitano comunque di continuità assistenziale e di interventi programmati multiprofessionali che si articolano su 5 giorni (primo livello) o 6 giorni (secondo livello); - si caratterizzano per la formulazione di un Piano Attuativo degli Interventi (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale e dalla presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;

b2) Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e Cure Palliative e a malati terminali (assorbono quelle già definite nell'Ospedalizzazione Domiciliare (OD)): - si rivolgono a persone che presentano bisogni con un elevato livello di complessità e con criticità specifiche legate alla instabilità clinica e alla presenza di sintomi di difficile controllo, in particolare: 1) persone nella fase terminale della vita (oncologici e non); 2) persone con malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare); 3) persone in fasi avanzate e complicate di malattie croniche; 4) persone con necessità di nutrizione artificiale parenterale; 5) persone con necessità di supporto ventilatorio invasivo; 6) persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza.

Le tipologie b2 sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di alta complessità definita in un Piano Attuativo degli Interventi (PAI), redatto in base alla valutazione multidimensionale e dalla presa in carico globale con intervento di tipo multidisciplinare. Si tratta di interventi programmati su 7 giorni settimanali e, per le cure palliative, è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, di norma, erogata da una équipe di cura in possesso di specifiche competenze e comunque da personale sanitario specificatamente formato.

La richiesta di attivazione può essere presentata al Distretto dal MMG, dallo specialista ambulatoriale, dai servizi sociali del comune di residenza, o dai familiari del paziente, o può essere effettuata, in vista della dimissione, dal responsabile del reparto ospedaliero o del servizio di dimissioni protette, preposto alla segnalazione sistematica, tempestiva e proattiva dei casi di pazienti fragili insorti in occasione del ricovero oppure già seguiti a domicilio.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) esegue la valutazione iniziale del paziente entro precisi limiti di tempo, secondo il grado di urgenza del caso.

L'UVMD valuta in maniera integrata i bisogni espressi da ciascuna persona, ne accerta il grado di non autosufficienza e ne definisce il profilo funzionale, utilizzando in tutta la Regione uno strumento omogeneo per la valutazione multidimensionale. Infine predisponde un progetto personalizzato, indirizzando il paziente verso uno o più dei servizi esistenti (Cure Domiciliari, centro diurno, RSA, ecc.).

È poi necessario, secondo l'evoluzione del caso, rivalutare periodicamente il tipo di assistenza erogata. Il case manager (ovvero il "responsabile del caso", di solito l'infermiere professionale o il MMG) opera come punto di riferimento per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'équipe, verificando la corretta attuazione del percorso assistenziale.

La gestione delle Cure Domiciliari è di competenza del Distretto, che ha il compito di impostare la valutazione preliminare dei pazienti, favorire l'integrazione organizzativa delle varie professionalità, favorire l'empowerment del referente familiare (care giver), mettere a punto un piano assistenziale personalizzato, attuare le procedure tecnico-amministrative di supporto, predisporre e conservare la documentazione clinico-assistenziale, erogare farmaci e altri presidi sanitari, e infine valutare il servizio offerto. Al MMG e al PLS viene invece ricondotta la responsabilità della gestione del piano di assistenza individuale dei pazienti.

L'ASL di Cagliari intende riorganizzare del tutto il Sistema delle Cure Domiciliari considerato che ormai le persone che sono curate e assistite a domicilio risultano in numero sempre crescite (attualmente circa 6.000 persone), e che il trend sarà ancora in crescita, in relazione all'invecchiamento della popolazione.

Inoltre, bisognerà prestare intensificare gli sforzi a favore delle Cure Domiciliari Integrate, rispetto a quelle Prestazionali, perché sono le prime più delle seconde che possono dare un apporto più consistente al potenziamento dell'assistenza distrettuale, con un'offerta più adeguata alle esigenze legate alle cronicità e alle disabilità

Con la riorganizzazione si provvederà, quindi, a una più puntuale diversificazione dell'offerta con riguardo alla tipologia delle prestazioni e ai livelli d'intensità delle prese in carico: Cure Domiciliari Prestazionali, Cure Domiciliari Integrate di I, II e III livello, con particolare attenzione alla gamma di prestazioni che dovrà essere garantita in rapporto al PAI.

Le Cure Domiciliari Palliative e quelle rivolte a pazienti in fase terminale saranno riorganizzate nell'ambito della Rete aziendale delle Cure Palliative e troveranno dislocazione autonoma in relazione allo sviluppo aziendale di quest'ultima tramite un'Unità Organizzativa dedicata.

Il processo di riorganizzazione sarà rivolto anche al coordinamento degli interventi ricadenti sotto la responsabilità di più enti. Infatti, si verifica piuttosto di frequente, nei casi in cui ad esempio siano coinvolti l'azienda e il Comune, che gli interventi siano tra loro scollegati e determinino la presenza di più operatori in un breve arco di tempo, come ritardi nella presenza di uno degli operatori coinvolti.

Rete per l'emergenza

Lo stato della rete di emergenza si riflette sulla corretta erogazione dei livelli di assistenza.

Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e in modo più estensivo nell'assistenza alla persona, si assiste a una significativa evoluzione delle componenti organizzative-assistenziali conseguenti all'obiettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare all'aumento dell'età media della popolazione con fragilità e malattie cronico-degenerative, cui si associa la continua e profonda evoluzione scientifica e tecnologica.

Ciò rende necessario ridefinire gli ambiti di cura e di assistenza, perseguendo processi basati sulla continuità, data dai percorsi assistenziali, tendendo, da un lato, a standardizzare e sistematizzare le principali prestazioni e, dall'altro, ponendo le basi per la personalizzazione dell'assistenza.

Inoltre, il manifestarsi di nuove esigenze relative alla istituzione dei servizi, il rivisitare luoghi di cura, sia ospedalieri che territoriali, rende peculiare la modificazione del ruolo professionale, dato dalle competenze e abilità degli operatori, attraverso la formazione.

Nel nostro paese e anche nella nostra Regione, i principi generali di riordino della rete ospedaliera sono ben delineati, tuttavia, molto rimane ancora da realizzare per l'assistenza territoriale, soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio.

Infatti, spesso, l'Ospedale ed il Pronto Soccorso rappresentano i principali punti di riferimento cui il cittadino si rivolge per trovare risposte veloci ai propri bisogni di salute sia sotto la spinta della percezione di una maggior tutela offerta dai modelli assistenziali ad alta tecnologia, sia per l'assenza di risposte alternative efficaci da parte delle strutture territoriali. Questo fenomeno che si rileva anche per i servizi cui il cittadino accede telefonicamente (numero 118), determina un ricorso improprio a strutture e servizi che devono essere riservati alle situazioni o condizioni di vera emergenza.

Si rende, quindi, necessario sviluppare nuovi percorsi organizzativi integrati con l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri, razionalizzare le risorse presenti sul territorio e rispondere con maggior efficacia al bisogno di salute della popolazione.

Una proposta di adeguamento della reti emergenza urgenza, limitatamente agli aspetti che interessano il territorio e le competenze aziendali, deve, quindi, essere parte del piano di riorganizzazione e di riqualificazione dei servizi sanitari territoriali.

L'integrazione dei servizi Ospedalieri con quelli territoriali dovrà consentire di intercettare preventivamente i codici bianchi e verdi e inviarli, dove possibile, ai servizi distrettuali (medicina generale, assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale, farmacia), assicurando al cittadino la necessaria continuità dell'assistenza.

La rete così costituita, prima struttura organizzata del SSN, rappresenta il primo momento di accoglienza della domanda di salute della popolazione e ha il compito di indirizzarla verso percorsi più appropriati.

Le problematiche connesse con la rete dell'emergenza, in relazione agli specifici bisogni assistenziali dell'azienda, vengono valutate alla luce delle indicazioni nazionali e regionali per il riordino di questa rete.

A parte le centrali operative le cui competenze dovrebbero ricadere sotto la responsabilità dell'AREUS, l'attenzione deve essere posta sulle reti per patologia e sulla rete territoriale di soccorso.

Interessano in particolare le reti tempo dipendenti nell'ambito delle quali gli esiti in termini di mortalità e di disabilità dipendono fortemente dal fattore tempo e dall'integrazione in rete di tutti i professionisti che intervengono nel percorso del paziente.

In merito, lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo che si basa sul potenziamento delle attività nel territorio, e sulla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, si riflette sulla necessità di un servizio di emergenza territoriale qualificato per affrontare le emergenze, e condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera.

In questa prospettiva occorre, innanzi tutto, una verifica del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati disponibili nel territorio, anche in un'ottica di garanzia di tutte le esigenze relative ai trasporti.

Andranno considerati, di conseguenza, i trasporti primari e secondari urgenti, in particolare per l'implementazione delle reti delle patologie complesse tempo-dipendenti, e, separatamente, quelli ordinari.

Nel contestodovrà essere riverificata l'organizzazione attuale dei mezzi di soccorso, alla luce dei criteri che sono stati adottati e applicati e con l'indicazione di eventuali criticità che favoriscono, in particolare, l'inappropriatezza delle cure.

Il riordino della rete di emergenza coinvolge anche l'individuazione nel territorio dei punti di primo intervento.

La RAS ancora non si è espressa in forma definitiva in merito alla loro individuazione, che per l'ASL di Cagliari è legata anche alla tipizzazione degli ospedali di Isili e di Muravera.

Questa parte del programma dell'azienda poggia, quindi, sull'ipotesi, peraltro da formalizzare e validare, che questi due ospedali saranno considerati ospedali di zona disagiata e siano attrezzati in conseguenza.

Negli ospedali di zona disagiata è presente un reparto di chirurgia ridotto, che non ha posti letto e utilizza quelli di medicina, nelle 12 ore diurne, con attività prevalentemente rivolta al day surgery e alla chirurgia ambulatoriale, un punto per l'erogazione di prestazioni di urgenza, presidiato da un organico medico dedicato all'emergenza urgenza, e una postazione medicalizzata del 118 nelle ore notturne.

La missione dei punti di primo intervento è concorrere all'implementazione delle attività territoriali, al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra 118, DEA, HUB, o Spoke di riferimento e Distretto, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell'assistenza primaria.

Nei punti di primo intervento non è prevista l'osservazione breve del paziente. Tuttavia, si possono prevedere ambienti e dotazioni tecnologiche per il trattamento delle urgenze minori, e per la prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel pronto soccorso più appropriato.

Urgenze minori

Il tema delle urgenze minori ha, comunque, rilievi di maggiore peso e rilevanza che interessano tutta la problematica dell'emergenza urgenza in ambito aziendale, in particolare per il trattamento e la gestione dei codici bianchi e di parte dei codici verdi.

Il "See and treat" di matrice anglosassone si sta rapidamente diffondendo in Italia attraverso sperimentazioni strutturate che si stanno svolgendo con successo in Lombardia, nel Lazio e in Toscana. Gli obiettivi legati a un ambulatorio per il trattamento dei codici minori derivano dal sovraffollamento in continua crescita delle unità di pronto soccorso, e interessano in particolare:

- la possibilità di due accessi distinti in base alla gravità assegnata al triage;
- il coinvolgimento maggiore degli infermieri, opportunamente formati, nei processi legati all'urgenza;
- la riduzione delle code e dei reclami degli utenti.

Bisogna specificare che la Lombardia e la Toscana hanno affidato la sperimentazione e lo sviluppo dell'ambulatorio per le urgenze minori alle unità di pronto soccorso, con la partecipazione di unità di personale opportunamente formate, mentre nel caso del Lazio il trattamento dei codici minori è stato affidato ai Medici di Medicina Generale.

Considerato l'elevato numero di codici minori che accedono al pronto soccorso, la loro continua crescita, e i tempi necessari per realizzare nel territorio le condizioni effettive che possono consentire la riduzione degli accessi, la soluzione di un ambulatorio per i codici minori appare una soluzione da realizzare anche in Sardegna.

Il modello della Lombardia e della Toscana sembra più adatto e congeniale alla realtà sarda, e l'AREUS potrebbe al riguardo fornire un importante contributo, attraverso la predisposizione di linee guida e la formazione del personale.

Guardie mediche

L'adeguamento dell'emergenza urgenza interessa, naturalmente, anche l'organizzazione del servizio di continuità assistenziale, e in particolare le guardie mediche.

L'obiettivo è mettere a disposizione della continuità assistenziale le dotazioni tecnologiche delle centrali operative, e garantire l'integrazione della continuità assistenziale con i medici di medicina generale.

Occorrono, tuttavia, azioni di sistema, come la revisione degli obblighi e delle responsabilità contrattuali e processi formativi ad hoc, per riuscire a garantire un sostanziale contributo dei servizi di continuità assistenziale al processo di deospedalizzazione.

Come già in precedenza osservato, la continuità assistenziale dovrà, inoltre, contare sull'attivazione del numero breve 116-117 per il servizio di cure mediche non urgenti.

Salute mentale e dipendenze

Il riordino delle aree della Salute Mentale e delle Dipendenze è fondamentale in una prospettiva di potenziamento dell'assistenza territoriale.

Per quanto riguarda la Salute Mentale, la RAS con DGR 53/8 del 2014 ha definito le linee programmatiche per il 2015 e 2016, e con riferimento all'assistenza residenziale e semiresidenziale, ha recepito le intese Stato-Regioni pertinenti (Rep. Atti n. 116 del 17.10.2013 e n. 138 del 13.11.2014), definendo nel contempo le tipologie di strutture, il numero di posti letto e le capacità operative autorizzabili ed accreditabili.

La richiamata delibera muove dalla constatazione d'importanti carenze nella disponibilità di strutture, nella loro distribuzione sul territorio e nella coerenza fra bisogni terapeutici e assistenziali e gli strumenti d'intervento disponibili. Al riguardo, la DGR 33/19 del 2012 - "Linee di indirizzo per la tutela della salute mentale in Sardegna. Anni 2012-2014" – aveva evidenziato la persistenza di disomogeneità nella distribuzione territoriale delle strutture, la scarsa differenziazione per tipologia, la rimarchevole carenza delle strutture per minori, la necessità di distinguere le strutture sulla base dei programmi terapeutici adottati.

Le linee d'indirizzo per la programmazione 2015 – 2016 che interessa la Salute Mentale ha come presupposto il Piano di azioni nazionale per la Salute Mentale (PANSM) dove si sottolinea, tra l'altro, "la necessità di una revisione dei sistemi regionali che consenta di superare la logica d'intervento per singole prestazioni, per arrivare ad un sistema in cui i livelli essenziali di assistenza (LEA) siano garantiti e misurati in relazione a percorsi di presa in carico e cura esigibili".

In coerenza con le linee d'indirizzo per la programmazione 2015 – 2016, le aziende sanitarie dovranno, durante una fase transitoria di sei mesi, procedere alla rideterminazione del fabbisogno annuale d'interventi residenziali e semiresidenziali per ciascuna delle nuove strutture previste, che rappresenterà la base di riferimento per la successiva ridefinizione del fabbisogno regionale.

Di fatto l'ASL di Cagliari è impegnata a procedere alla riclassificazione dell'utenza in carico nel territorio aziendale, e a definire il fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali secondo le tipologie di assistenza individuate negli allegati 1 e 2 della DGR 53/8 del 2014.

Nel quadro programmatico delineato sono particolarmente rilevanti le indicazioni sui Piani di Trattamento Individuale (PTI) dei pazienti proposti per l'inserimento in strutture da parte dei CSM.

Il PTI deve riferirsi a specifici criteri diagnostici, alla gravità e complessità del quadro clinico, alla compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, alle risorse o potenzialità riabilitative, alle resistenze al cambiamento, alla stabilità clinica, con l'obiettivo di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente, stabilendo una correlazione a due livelli: il livello d'intervento terapeutico riabilitativo richiesto (intensità riabilitativa), e il livello assistenziale necessario (intensità assistenziale).

In coerenza con il PTI e in accordo con il CSM, deve essere declinato a cura dell'equipe della struttura residenziale, un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), in cui

si dà riscontro a specifici percorsi di cura e progetti individuali di vita, adeguati allo stato del paziente.

L'allegato 1 alla delibera 53/8 del 2014 fornisce, infine, indicazioni per gli interventi residenziali per minori con disturbi psichiatrici. In questo ambito si richiamano i principi generali, l'assetto organizzativo, le modalità d'invio degli utenti, le tipologie dei percorsi di cura, e il monitoraggio degli interventi.

Nell'ambito della programmazione regionale 2015 – 2016 per la salute mentale, l'azienda è specificamente impegnata a riclassificare l'utenza in carico e a valutare i bisogni di prestazioni collegate. È impegnata nel contempo a riallineare attività e processi delle unità operative della salute mentale, in modo da favorire il conseguimento degli obiettivi definiti dalla RAS.

Per quanto riguarda l'area delle dipendenze, il quadro programmatico regionale per il 2015 e 2016, è definito con la DGR 53/6 del 2014, dove è espressa l'esigenza di pervenire a un modello di assistenza incentrato sui bisogni dei pazienti e sui percorsi di cura, attraverso una riorganizzazione delle attività dei soggetti accreditati, in vista della possibilità:

- di fornire un'ampia gamma d'interventi, residenziali e non residenziali, in grado di seguire l'andamento dello scenario sociale e sanitario riguardante le tematiche dell'abuso - dipendenza da sostanze e comportamentali,
- di garantire differenti livelli di intensità assistenziale e di incontrare i bisogni terapeutici e riabilitativi individuali delle persone.

L'allegato alla DGR precisa, quindi, le tipologie di strutture e i relativi moduli attraverso i quali si garantirà l'offerta per le dipendenze nella regione. Si prevedono:

- Centro residenziale di pronta accoglienza, osservazione e orientamento, con modulo residenziale di pronta accoglienza, osservazione e orientamento;
- Servizio terapeutico riabilitativo, con moduli: 1) Terapeutico riabilitativo, 2) Residenziale per persone dipendenti da cocaina, 3) Residenziale per madri tossicodipendenti in gravidanza e/o con bambino;
- Servizio pedagogico riabilitativo, con modulo pedagogico riabilitativo;
- Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso con patologie psichiatriche, con modulo residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso con patologie psichiatriche;
- Servizio residenziale per persone dipendenti da alcol, con modulo residenziale per persone dipendenti da alcol;
- Servizio residenziale per minori o giovani adulti dipendenti da sostanze d'abuso, con modulo residenziale per minori o giovani adulti dipendenti da sostanze d'abuso.

Nel quadro programmatico riferito alle dipendenze, l'azienda è specificamente impegnata a riorganizzare in coerenza attività e processi, rendendoli funzionali e compatibili con le indicazioni fornite dalla RAS.

Di seguito si forniscono alcune informazioni di dettaglio derivanti dalla concreta esperienza degli operatori dell'azienda, e che dovrebbero in qualche modo indirizzare e orientare la programmazione delle attività con riguardo alla salute mentale e alle dipendenze.

ASL di Cagliari e Salute Mentale

Di seguito sono riportate alcune considerazioni dei Servizi aziendali per la Salute Mentale:

L'organizzazione dell'assistenza psichiatrica territoriale, secondo l'ultimo Atto Aziendale, prevede 6 Centri di Salute Mentale. A seguito della Delibera ASL Cagliari n. 1428 del

9/10/2014, l'assistenza di una parte del territorio della ASL è stato assegnato alla U.O.C. CSM Clinica Psichiatrica afferente alla A.O.U.

Si propone pertanto una ridefinizione degli ambiti di competenza per ottimizzare le risorse e rispondere in modo più efficace alle esigenze della popolazione.

Ipotesi di riorganizzazione:

1. CSM Cagliari A → comprende la città di Cagliari (esclusi quartieri assegnati alla Clinica Psichiatrica)
2. CSM Hinterland zona Est → Monserrato, Selargius, Quartucciu, Settimo S. Pietro,
3. CSM Assemini (Distretto Ovest) → tutti i comuni afferenti al Distretto Ovest,
4. CSM Quartu S.Elena → tutti i comuni afferenti al Distretto Quartu e il Parteolla
5. CSM Zona Nord/Est → Isili/Senorbi + Distretto Muravera.

Il sistema Residenzialità Psichiatrica si articolerà a breve in 5 nuove Strutture ad Alta Intensità Terapeutica, in cogestione col Privato Sociale, per un totale di 40 posti, il cui appalto è attualmente in fase di aggiudicazione.

L'azienda supervisionerà la progettazione riabilitativa e gestirà in partenariato i programmi terapeutici. Questa modalità consentirà un monitoraggio continuo dei percorsi, un miglior coordinamento con il territorio, prevenendo i lunghi ricoveri e favorendo i processi di inclusione sociale anche per situazioni cliniche di subacuzie.

Finora sono emerse forti criticità nei processi di dimissione dai servizi psichiatrici ospedalieri per la mancanza di servizi specifici di supporto territoriale, volti all'acquisizione e all'esercizio di autonomie sul versante abitativo. Questo ha spesso prodotto la necessità di reiterare e prolungare, in modo inappropriato, degenze ospedaliere e inserimenti nelle strutture psichiatriche.

In questo senso appare particolarmente innovativa e qualificante per l'assistenza psichiatrica territoriale l'organizzazione e attivazione di una linea di attività per il supporto domiciliare, che potrebbe favorire la razionalizzazione della spesa e una migliore qualità delle cure.

ASL di Cagliari e Dipendenze

Di seguito sono riportate alcune considerazioni dei Servizi aziendali per le Dipendenze:

1. Con riferimento alla D.G.R. n° 53/6 del 29.12.2014, si fa notare che il mutamento degli stili di consumo delle sostanze stupefacenti, richiede sempre di più un adattamento delle offerte terapeutiche. In particolare il superamento di fasi critiche acute, senza percorsi residenziali a lungo termine che tendono a generare una frattura con il contesto di appartenenza e difficoltà nel reinserimento sociale dopo lunghi periodi di permanenza in comunità.

A tale proposito sarebbe opportuno riproporre l'esperienza del Centro Crisi di Ussana istituito nel mese di Febbraio 2010, in forma sperimentale, grazie a un finanziamento annuale (318.520 euro) concesso dalla Regione Sardegna alla ASL 8 di Cagliari; questo finanziamento è stato rinnovato per una seconda annualità per lo stesso importo.

La tipologia era quella di "Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze anche con patologie psichiatriche (area dei servizi di trattamento specialistici di cui al DGR 44/del 20/09/2005)", per complessivi n° 8 posti letto e rivolto a utenti seguiti dal Servizio per le Dipendenze della ASL di Cagliari.

Il "Centro Crisi" di Ussana ha proposto un modello d'intervento, allora come ora, non esistente in Sardegna nel campo dell'assistenza alle dipendenze, sia nel settore pubblico

che nel privato accreditato differenziandosi dalle tipologie esistenti, sia nelle finalità che nei programmi consentendo il conseguimento dei seguenti vantaggi:

- Inserimento proposto dagli Operatori del Ser.D che hanno in carico il paziente, previa valutazione di situazioni cliniche e socio ambientali critiche, con particolare attenzione alle condizioni richiedenti nell'immediatezza un adeguato contenimento ed elaborazione dello stato di bisogno che non può trovare adeguate risposte né nel contesto socio-familiare di appartenenza, né in ambito ospedaliero o nelle altre strutture residenziali esistenti;
- Grande flessibilità nell'accogliere anche situazioni non supportate da forti motivazioni. Le regole di vita all'interno del centro non sono particolarmente rigide come nelle comunità per consentire nelle fasi di criticità un adattamento al contesto;
- Sistema di presa in carico altamente specialistico prevedendo l'intervento costante del supporto psicologico, degli educatori professionali e del medico psichiatra;
- Intervento multidisciplinare integrato ad alta intensità di interventi che prevede una presa in carico medico-psico-socio-educativa nell'ambito della continuità terapeutica in corso presso il Ser.D;
- Durante tutto il periodo di permanenza nel "Centro Crisi" l'equipe del Ser.D che aveva in cura il paziente ha continuato a seguire costantemente il programma in collaborazione con gli operatori del centro crisi, permettendo di co-costruire assieme ad ogni paziente un Progetto Individuale Personalizzato attento ai suoi reali bisogni e necessità, mantenendo un costante collegamento con il contesto di vita del soggetto.
- La continuità terapeutica rappresenta un elemento cardine nel lungo percorso di trattamento della dipendenza, in particolare nelle delicate fasi critiche che richiedono interventi immediati e altamente specialistici, con una conoscenza diretta della condizione clinica, psicologica e sociale del paziente.
- L'attuale panorama d'offerta assistenziale comunitaria non risponde a questo bisogno, anzi spesso si verifica per motivi logistici (dislocazione nel territorio) e tecnico ideologici, una repentina interruzione della relazione terapeutica con gli operatori del Ser.D e con l'impostazione epistemologica adottata (le comunità del privato sociale sono dotate di uno specifico programma, sul quale il Ser.D può disporre solo verifiche relative all'attuazione e andamento dello stesso);
- Il tempo di permanenza al centro di breve durata, in genere non superiore ai 90 giorni, è finalizzato al superamento della fase critica del momento, derivante dallo squilibrio socio ambientale e psicofisico indotto dallo stile di vita tossicomane, per poi definire successivi percorsi a medio o lungo termine da attuarsi in forma ambulatoriale presso il Ser.D, anche in collaborazione con i servizi sociali dei Comuni di residenza dei pazienti all'interno di un lavoro di rete avviato, al fine di permettere un graduale e programmato reinserimento sociale e/o lavorativo e non quindi prevalentemente residenziale.

2. È necessario ridefinire il rapporto con le strutture riabilitative (Centri di Pronto accoglienza, Comunità Terapeutico-riabilitative, Comunità pedagogiche riabilitative, Comunità per Doppia Diagnosi, ecc. regionali). Sono numerosi gli inserimenti di utenti nelle strutture riabilitative. Il budget annuale a disposizione viene utilizzato non solo dai 3 Ser.D (via dei Valenzani, via Liguria e Quartu S.Elena) ma anche dal Centro per il trattamento dei Disturbi psichiatrici alcol e GAP correlati, nonostante questa struttura faccia parte del Dipartimento di Salute Mentale.

Molti inserimenti si possono definire "inappropriati"; infatti, nella maggior parte dei casi avvengono perché non esistono sufficienti risorse da dedicare per i percorsi di reinserimento sociale. La maggior parte dei pazienti che entra in Comunità è di età adulta, spesso sprovvista di profonde motivazioni, oppure sceglie questo percorso in alternativa alla detenzione.

L'organizzazione attuale favorisce particolarmente la Comunità l'Aquilone che avendo un C.P.A. accoglie utenti in genere multiproblematici dove il consumo delle sostanze non rappresenta il problema principale. Peraltro il Ser.D ha a disposizione solo 3 giorni per confermare lo stato di dipendenza dopo di che il paziente rimane comunque nella struttura; tempo ristretto considerando il cambiamento degli stili di consumo e la necessità, molto spesso, per far diagnosi anche di alcune settimane. Ci si trova spesso costretti a un recepimento passivo dei programmi delle comunità. La sensazione è che ricoveri impropri, con programmi non condivisi e concordati favoriscano ulteriormente processi di cronicizzazione con scarsa possibilità di restituire dignità di persona all'utente.

L'attuale organizzazione delle strutture riabilitative sarde rende problematico l'invio di giovani in quanto questi si trovano in gruppi di utenti, spesso numerosi, dove l'età media è molto elevata e dove la maggior parte degli inseriti sono sprovvisti di motivazioni profonde.

- Si può pensare, e non è un azzardo, che i giovani possano risentire negativamente dell'influenza dell'utenza già avanti negli anni (40, 50 e oltre anni di età).
3. Necessità di prevedere aggiornati protocolli d'intervento e di integrazione dei Servizi nella presa in carico, trattamento, riabilitazione dei pazienti in condizioni di "doppia diagnosi", portatori cioè di disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze impedendo da un lato un'eccessiva frammentazione degli interventi ma consentendo, nello stesso tempo, una presa in carico concordata tra servizi che eviti processi di "espulsione" di utenti seguiti da diversi anni per patologie psichiatriche che "improvvisamente" diventano poco importanti per il concomitante uso di alcool o cannabinoidi; è necessario anche concordare protocolli di integrazione con l'alcologia.

Conclusioni

La riorganizzazione dell'assistenza richiede interventi che garantiscano sia la copertura piena dei bisogni che necessitano di un trattamento ospedaliero, sia il potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale.

L'integrazione e interazione funzionale tra strutture ospedaliere e strutture territoriali è centrale per regolamentare i flussi in entrata e in uscita dall'ospedale.

Per quanto riguarda i flussi in entrata, è evidente il ruolo di filtro che le seconde possono svolgere per il contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati.

Per i flussi in uscita assumono importanza primaria modelli organizzativi quali le dimissioni protette, o l'utilizzo delle strutture sanitarie territoriali, in grado di assicurare l'opportuna continuità dell'assistenza.

In merito bisogna promuovere il collegamento dell'ospedale a una centrale della continuità, o a un'unità territoriale di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero, e lo sviluppo della medicina d'iniziativa e della farmacia dei servizi, quali modelli orientati alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita.

Inoltre, è importante prendere in carico il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che si manifesti o si aggravi. In questo contesto è importante la gestione attiva della cronicità come previsto dal nuovo patto per la salute 2014 – 2016. Infine, deve essere assicurato lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica e completata l'attivazione degli hospice.

Riguardo a queste tematiche la RAS ha attivato una serie di tavoli tra cui:

1. La Cronicità e il Chronic Care Model;
2. La Medicina d'Iniziativa;
3. I PDTA e la Medicina Specialistica.

Infine, l'intera problematica della continuità assistenziale, impone una rivisitazione di tematiche quali:

- Non autosufficienza;
- Potenziamento in genere di forme di assistenza alternative al ricovero, in particolare le cure domiciliari integrate;
- Sistema della Riabilitazione Sanitaria e Sociosanitaria;
- Cure Intermedie;
- Case della Salute.

Per l'ASL di Cagliari, le possibilità, nel breve e medio periodo, di potenziare l'assistenza territoriale e di spostare sul territorio interventi assistenziali che ora si svolgono in modo inappropriato in ospedale, sono fortemente limitate dal completamento e dalla messa a punto d'interventi di sistema.

In particolare, gli interventi relativi alla partecipazione dei Medici di Medicina generale nei percorsi di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, che comprendono le necessarie chia-

rificazioni sul sistema dei compensi, sulle responsabilità contrattuali, sugli orari, etc. rappresentano, al momento, un ostacolo difficilmente superabile.

In ogni caso, in un territorio assistito da oltre 500 medici di Medicina Generale, è poco credibile che soluzioni organizzative che coinvolgono alcune equipe, come quella nel Comune di Burcei, e altre in piccoli centri, abbiano, nel breve periodo, un impatto sufficiente a garantire una reale riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Anche l'avvio di forme di aggregazione strutturale (UCCP) e funzionale (AFT) della medicina convenzionata, integrata con il personale dipendente del SSN, presenta limiti nel breve periodo (tra cui la carenza di personale in area territoriale), e richiederà tempi non brevi per dare i risultati sperati.

I programmi per la realizzazione di Case della Salute presentano a loro volta importanti criticità, nel territorio dell'azienda, che sono state evidenziate in precedenza.

In generale, è necessario superare la frammentazione e la dispersione degli interventi in area territoriale che hanno generato, e continuano a generare, costi non giustificati in rapporto ai risultati. Inoltre, anche il moltiplicarsi d'iniziative sperimentali, spesso non accompagnate da una compiuta definizione di linee guida e direttive, si è tradotte in ulteriori e costose frammentazioni e dispersioni.

Per ragionare in positivo, è opportuno concentrarsi su poche cose, dando priorità a quelle che, in una realtà territoriale così vasta, possono determinare un reale cambiamento nella direzione indicata dalle direttive nazionali e regionali.

In tema di priorità, un obiettivo strategico è dato da una rivisitazione dell'organizzazione della assistenza territoriale, nel tentativo di recuperare almeno una parte di risorse oggi destinate ad amministrare il sistema, piuttosto che a dare salute.

Non si tratta solo di recuperare risorse in area ospedaliera e trasferirle in area territoriale, si tratta anche di ridefinire l'organizzazione delle linee di produzione dell'assistenza distrettuale, cercando di valorizzare di più le specializzazioni, e garantendo più qualità ed efficienza. Si tratta di una rivisitazione che deve mettere in discussione l'attuale rete dei centri di salute, valutandone i reali benefici per la popolazione, e riprogettandola in chiave di maggiori garanzie per l'utente e di maggiore efficacia.

Questo obiettivo potrà ricevere un primo significativo impulso attraverso processi di riorganizzazione non più procrastinabili dell'area territoriale, che potranno essere avviati al più presto con i nuovi atti aziendali.

La trasformazione di posti letto, oggi destinati agli acuti, attraverso le nuove strutture di Cure Intermedie, o la tipologia di ricoveri territoriali, secondo il modello della Casa della Salute, è un'iniziativa di sicuro impatto, da considerare prioritaria, che può essere realizzata in breve tempo presso il PO Binaghi e le strutture di Muravera e di Isili.

Tra le azioni che l'azienda considera prioritarie per la riorganizzazione dell'area territoriale e che sono state illustrate nel progetto, si richiamano inoltre:

- la ristrutturazione e rifunionalizzazione dei poliambulatori, anche nell'ottica di una revisione della specialistica;
- la realizzazione della rete oncologica;

- la realizzazione di percorsi orientati alla presa in carico dei malati cronici e dei disabili;
- la ricerca di soluzioni, anche all'interno della rete dell'emergenza urgenza, finalizzate all'abbattimento dei codici bianchi e verdi, e alla riduzione dei ricoveri impropri;
- la riorganizzazione e la qualificazione del sistema delle cure domiciliari;
- la rivisitazione del sistema della residenzialità e semiresidenzialità;
- la capillarizzazione di percorsi di diagnosi e cura che possono trovare risposte adeguate in ambito territoriale (rete per il diabete, rete per la pneumologia, rete CAT/TAO, ecc.).

Per quanto riguarda la Salute Mentale e le Dipendenze, i programmi dell'azienda sono rivolti a sostenere e facilitare il conseguimento degli obiettivi di programmazione 2015 e 2016 individuati con le DGR 53/8 del 2014 e 53/6 del 2014.

Nei prossimi mesi l'azienda intende avviare e dare attuazione alle priorità indicate in questo progetto, compatibilmente e in coerenza con le opportunità che saranno rese possibili attraverso interventi di sistema, la cui definizione è improcrastinabile per realizzare un concreto processo di deospedalizzazione e di potenziamento dell'assistenza territoriale.