

CONTRIBUTI DIDATTICI - PARTE II_B

INDICE RELAZIONI

RELAZIONE INTERVENTO ANGELO MARIA SERUSI – DIRETTORE GENERALE ASL 5 ORISTANO Pag.3

RELAZIONE INTERVENTO FEDERICA PILLAI – DIRETTORE AMMINISTRATIVO ASL 6 MEDIO CAMPIDANO Pag.18

RELAZIONE INTERVENTO GIULIANA CAMPUS – DIRETTORE GENERALE ASL 7 SULCIS – INGLESIANTE Pag.40

RELAZIONE INTERVENTO AGNESE FODDIS – DIRETTORE GENERALE ARNAS “G. BROTTU” CAGLIARI Pag.69

RELAZIONE INTERVENTO CHIARA SEAZZU – DIRETTORE GENERALE AOU CAGLIARI Pag.74

RELAZIONE INTERVENTO ANTONIO LORENZO SPANO – DIRETTORE GENERALE AOU SASSARI Pag.84

RELAZIONE INTERVENTO ANGELO MARIA SERUSI

DIRETTORE GENERALE ASL 5 ORISTANO



FOCUS ON: GLI ASCOT LA SFIDA SUL TERRITORIO

MACRO – AREE TEMATICHE DI RIFERIMENTO

NORMATIVA



PIANIFICAZIONE ORGANIZZATIVA E OPERATIVA



PIANIFICAZIONE FINANZIARIA



HUMAN CAPITAL

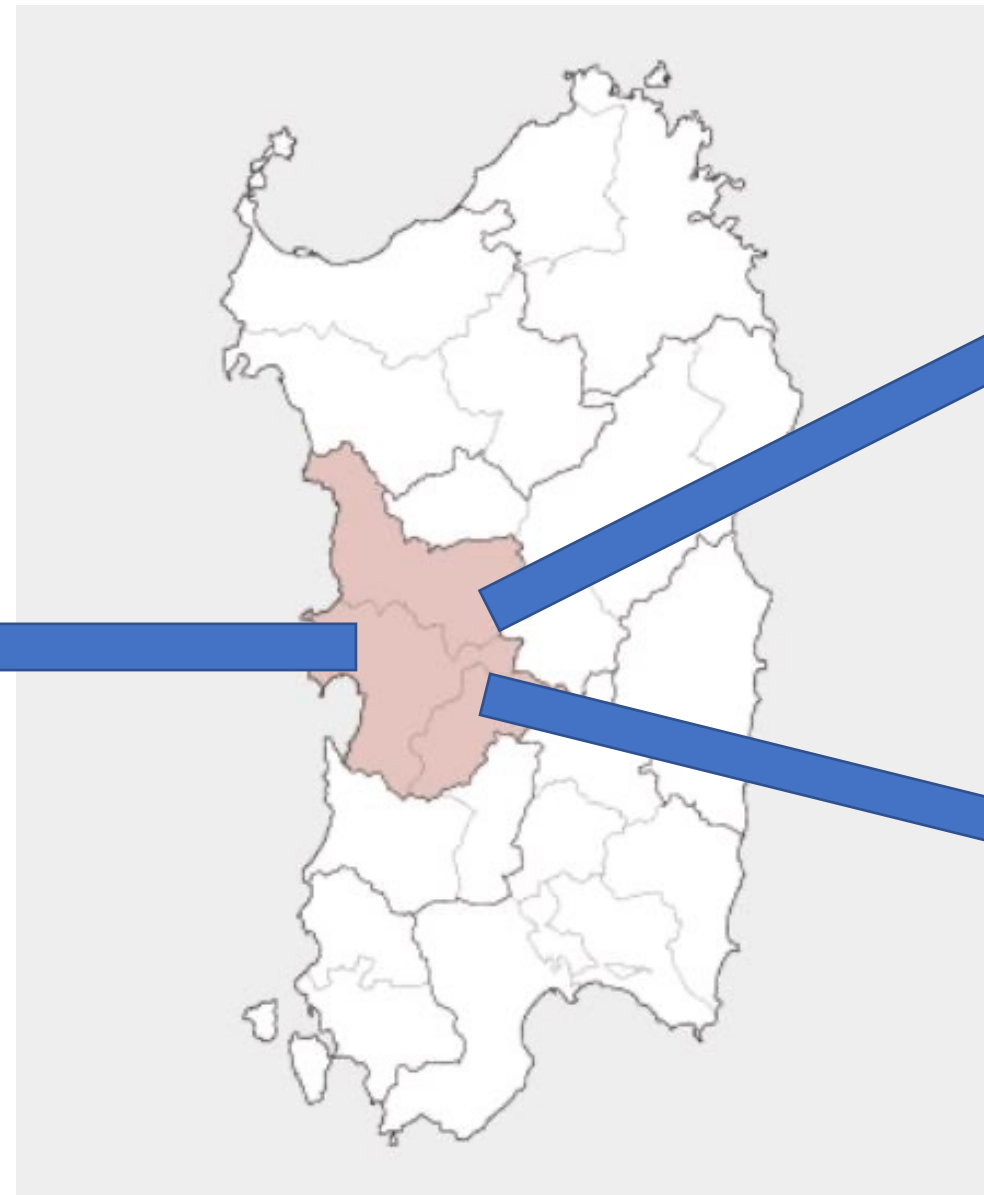


**DOTAZIONI STRUTTURALI E INFRASTRUTTURE
TECNOLOGICHE**



STANDARD DI SICUREZZA DELLE CURE

Gli ASCoT: la sfida sul territorio



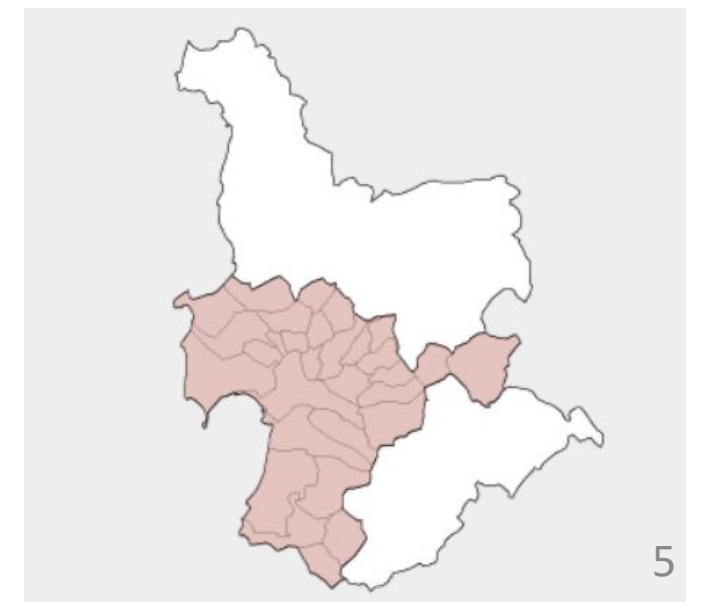
Gli ASCoT: la sfida sul territorio

IL TERRITORIO

La carenza dei medici di base è un'emergenza nazionale, che purtroppo non risparmia neanche il territorio dell'oristanese di competenza della Asl 5.

Un territorio di **88 comuni** e **152 mila abitanti**, disomogeneo e con tante piccole comunità, decentrate in diverse zone periferiche e con un indice di vecchiaia del **293,47%**, contro una media sarda del **241,77 %** e una media nazionale del **187,61 %**

Una provincia dove inoltre la mobilità è penalizzata da un sistema di trasporti non adeguato.

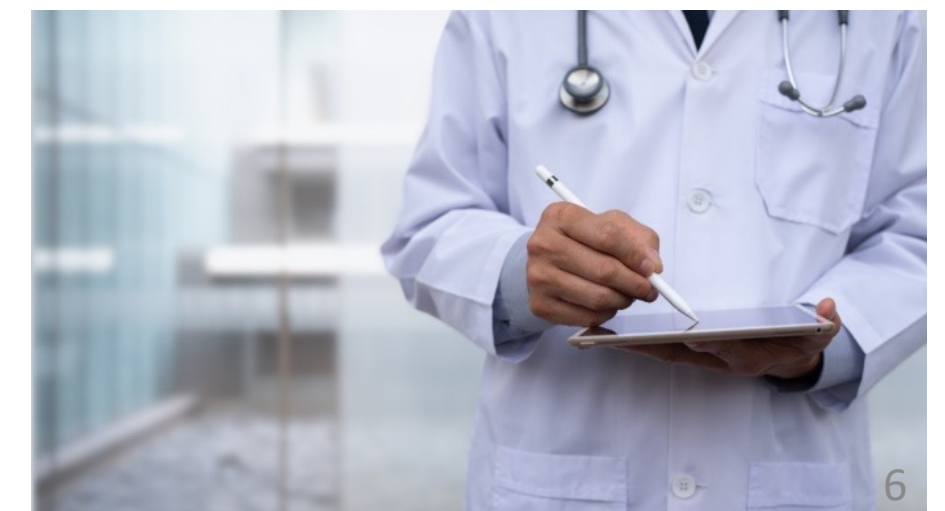


Gli ASCoT: la sfida sul territorio

L'EMERGENZA

All'inizio del 2023 erano **58** le sedi carenti dei medici di assistenza primaria su **150** con diversi medici andati in pensione e molti bandi pubblicati da ARES Sardegna per la copertura dei posti vacanti andati regolarmente deserti. Infatti su 28 bandi pubblicati solo 8 hanno avuto riscontri positivi

15 mila i cittadini rimasti senza medico di base, un vero problema sociale, che si ripercuoteva anche sul lavoro notturno delle guardie mediche e dei pronto soccorso degli ospedali





Gli ASCoT: la sfida sul territorio

IL PROGETTO

La Costituzione Italiana sancisce all'articolo 32 la tutela da parte della Repubblica della salute quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti.

Il Servizio Sanitario Nazionale ribadisce il dettato costituzionale assicurando l'accesso alle cure per tutti i cittadini secondo principi di universalità, eguaglianza ed equità.

La Asl 5 di Oristano, al fine di garantire il rispetto di tali principi, ha utilizzato da subito tutti gli istituti contrattuali disponibili e in particolare:

- ❖ Assegnazione per titolarità delle sedi vacanti
- ❖ Bandi per incarichi provvisori
- ❖ Deroga al massimale di pazienti per medico
- ❖ Guardia medica diurna

Ciò nonostante permaneva ancora sul territorio un elevato numero di pazienti senza medico di base

Gli ASCoT: la sfida sul territorio



IL PROGETTO

La Asl 5 ha inteso fronteggiare questa emergenza anche sociale elaborando l'innovativo progetto degli ambulatori straordinari di comunità territoriale, meglio noti come **ASCoT**

Prima iniziativa di questo tipo in Sardegna tesa a garantire irrinunciabili livelli essenziali di assistenza in un contesto territoriale già difficile e disagiato anche per l'insufficienza di taluni servizi in primis la mobilità pubblica.

L' **8 di marzo 2023** nasce formalmente con la delibera n.80 del direttore generale il progetto "**ASCoT**", condiviso preventivamente con i sindacati firmatari dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale con i quali è stato siglato un Accordo Attuativo Aziendale (AAA) come previsto dall'attuale normativa .

Gli ASCoT: la sfida sul territorio

COSA SONO

Gli **ASCoT** sono ambulatori straordinari di comunità territoriale rivolti ai pazienti rimasti senza medico di base. Possono recarsi gratuitamente in queste strutture sanitarie i cittadini, muniti di tessera sanitaria, per richiedere prestazioni mediche, visite urgenti e non urgenti, rinnovo di piani terapeutici, raccolta dei fabbisogni domiciliari (inserimento in ADI, attività domiciliari programmate, prestazioni integrative programmate), certificati di malattia e ogni altra prestazione riconosciuta dagli Accordi Collettivi Nazionali.





Gli ASCoT: la sfida sul territorio

GLI ATTORI

IL RUOLO DEI MEDICI – Le selezioni per l'arruolamento degli operatori, sono state indirizzate ai medici aventi già un rapporto di servizio con l'azienda privilegiando i medici di medicina generale, e quelli impegnati nella continuità assistenziale con incarichi di titolarità o provvisori

Si è in tal modo voluto disincentivare opzioni sugli ASCoT di medici non in servizio a favore di quelli già impegnati sul nostro territorio come medici di base e guardie mediche, ampliando il loro impegno, negli ambulatori straordinari di comunità territoriale ed evitando nel contempo una scelta alternativa tra ASCoT e incarichi di continuità assistenziale che avrebbe depotenziato ulteriormente i servizi di guardia medica e di medicina generale

CRITICITA' – Non è stato possibile reclutare anche i medici in quiescenza come da intendimenti iniziali in quanto la normativa nazionale ancora non lo consente per i medici di medicina convenzionata in quiescenza a differenza di quanto ora accade per i loro colleghi ex ospedalieri che si trovano nella medesima situazione. E' auspicabile in questo senso un intervento legislativo correttivo.

Gli ASCoT: la sfida sul territorio



COME FUNZIONANO

GLI SLOT Gli ASCoT si sviluppano attraverso turni da cinque ore al giorno, chiamati **slot**, ciascuno dei quali copre un numero di circa **350 pazienti** senza medico di base. Il numero degli slot, per un massimo di cinque la settimana per ogni ambulatorio straordinario di comunità territoriale, viene stabilito quindi a seconda del numero di pazienti scoperti dal servizio del medico di famiglia nelle diverse aree territoriali.

REVISIONE CONTINUA La direzione generale della Asl 5 e l'ufficio di integrazione ospedale-territorio monitorano costantemente il sistema dell'ASCoT, introducendo variazioni di orari e di giorni di apertura a seconda delle esigenze specifiche, che provengono dai singoli territori

Gli ASCoT: la sfida sul territorio



L'AVVIO

- I primi **ASCoT** partono il 27 marzo 2023 in 10 Comuni
- **12.450** il numero totale dei pazienti senza medico di famiglia servito dai primi 10 ambulatori straordinari di comunità territoriale

Gli ASCoT: la sfida sul territorio

LA SITUAZIONE AD OGGI

- **24** Gli **ASCoT** attualmente funzionanti nella provincia di Oristano
- **18** i medici impegnati nei 24 ambulatori straordinari di comunità territoriale
- **35** Il numero degli slot totali dei 24 ASCoT
- **15.000** il numero di utenti senza medico, che si possono rivolgere ai 24 ASCoT



Gli ASCoT: la sfida sul territorio

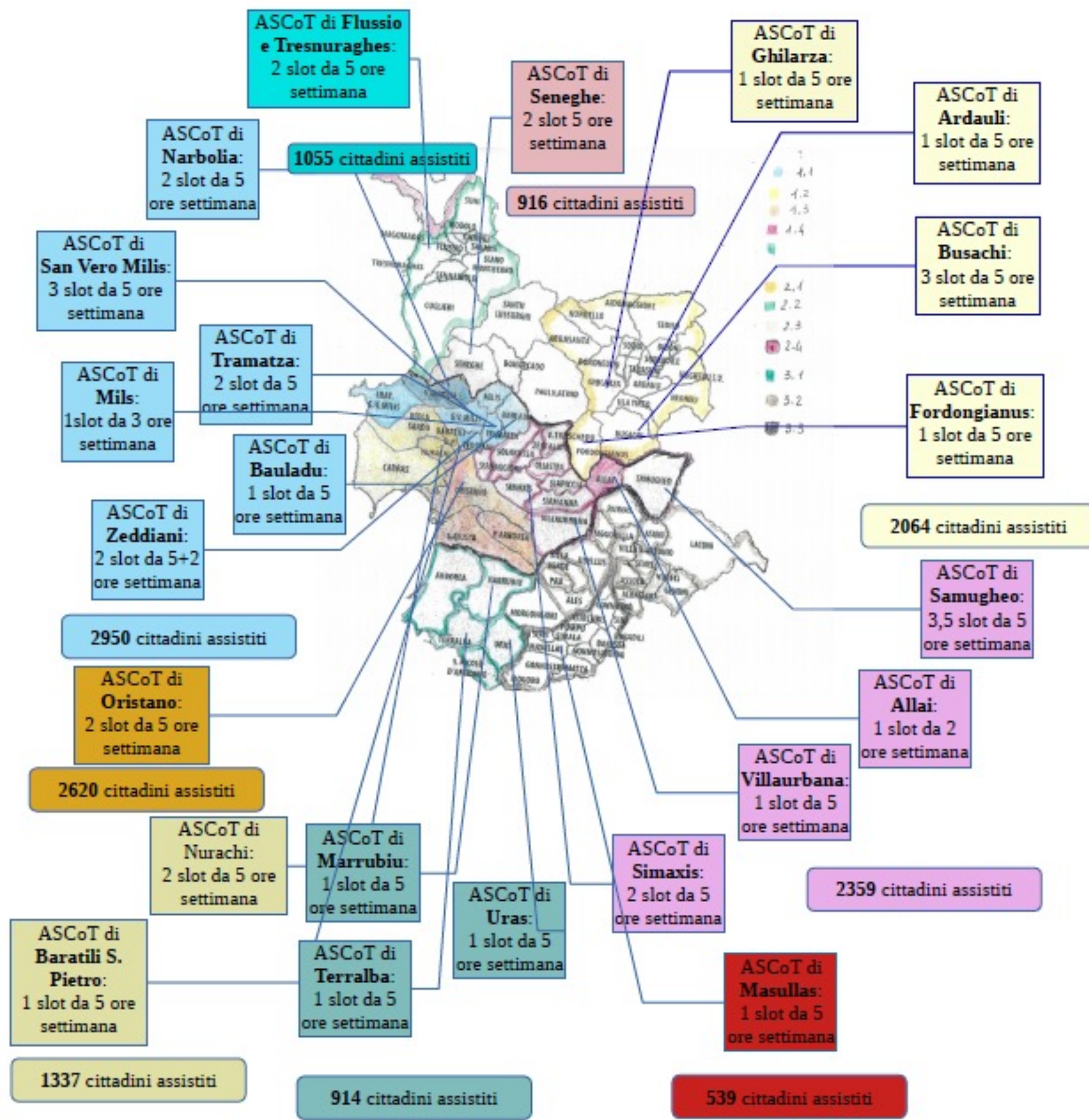


I COSTI

- **60 euro circa** il compenso lordo all'ora per un medico, impegnato negli ambulatori straordinari di comunità territoriale
- **6.900 euro** il costo complessivo mensile per il funzionamento di un ASCoT con cinque turni la settimana da cinque ore al giorno, dal lunedì al venerdì
- **55 mila euro** il costo complessivo al mese per il funzionamento dei 24 ASCoT, che sopperiscono alla mancata presenza di **dieci potenziali** medici di base
- **99 mila euro** il costo complessivo di **dieci medici di base** secondo il contratto collettivo nazionale

Gli ASCoT: la sfida sul territorio

• LA SUDDIVISIONE



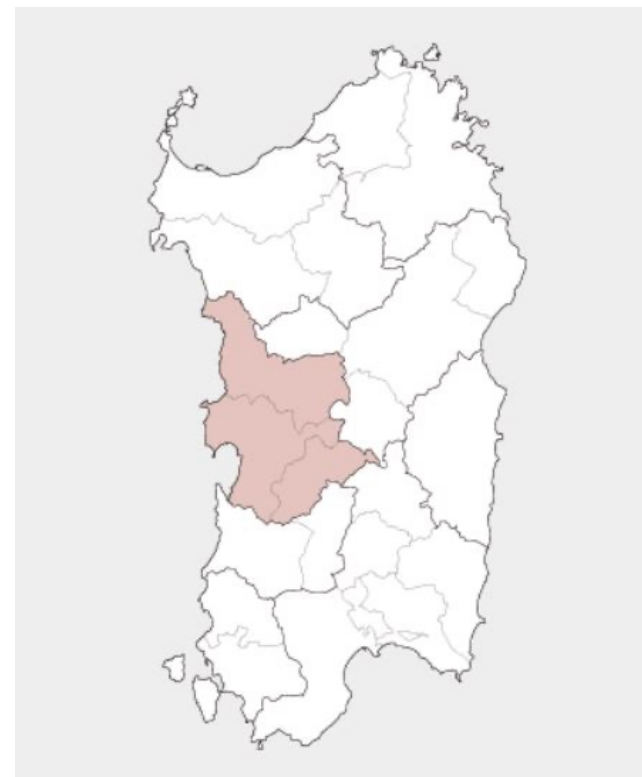
Totale 14.754 cittadini assistiti



Gli ASCoT: la sfida sul territorio

UN MODELLO

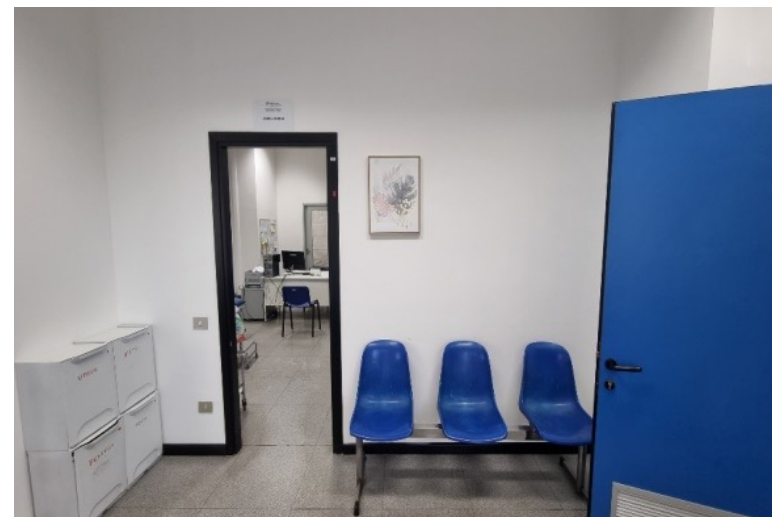
Il progetto degli ambulatori straordinari di comunità territoriale della Asl 5 di Oristano è oramai diventato una buona prassi, utilizzata anche da altre aziende sanitarie della Sardegna.



Gli ASCoT: la sfida sul territorio

UNA SFIDA VINTA, MA NON E' UNA VITTORIA

La Asl 5 è riuscita con questo progetto a rispondere al fabbisogno di medici di base nel suo territorio di competenza dando tutela e servizi a tutti i cittadini.



Certo, non è una vittoria.

La vera vittoria sarà la chiusura degli ASCoT con la contestuale copertura di tutte le sedi vacanti di medicina di base. Un risultato non semplice e immediato da raggiungere anche con la revisione di alcune misure.....come il numero chiuso nelle facoltà di Medicina delle Università Italiane.

RELAZIONE INTERVENTO

FEDERICA PILLAI

*DIRETTORE AMMINISTRATIVO ASL 6
MEDIO CAMPIDANO*

FOCUS ON: NUOVA STRUTTURA OSPEDALIERA – INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO



MACRO – AREE TEMATICHE DI RIFERIMENTO

NORMATIVA

PIANIFICAZIONE ORGANIZZATIVA E OPERATIVA ●

PIANIFICAZIONE FINANZIARIA ●

HUMAN CAPITAL

**DOTAZIONI STRUTTURALI E INFRASTRUTTURE
TECNOLOGICHE** ●

STANDARD DI SICUREZZA DELLE CURE



ASL MEDIO CAMPIDANO

- **28 COMUNI**
- **92.163 ABITANTI – OLTRE IL 40% FASCIA ETA' 40-64**
- **2 DISTRETTI:**
SANLURI 41.380 ABITANTI
GUSPINI 50.783,00
- **PRESIDIO OSPEDALIERO OSPEDALE NOSTRA SIGNORA DI BONARIA**

Consegna lavori 12 Agosto 2022



Data prevista ultimazione lavori

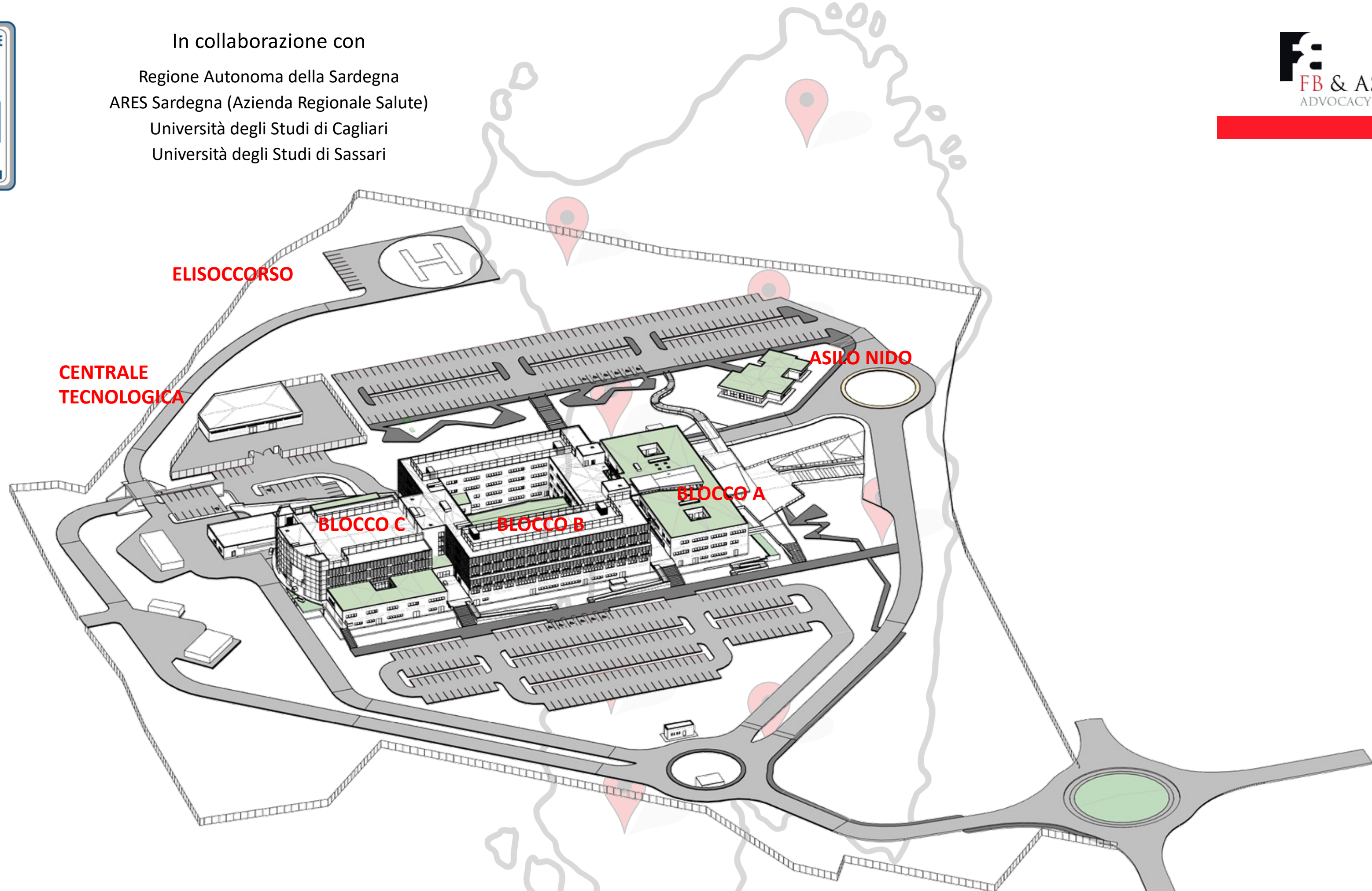
29 Dicembre 2024

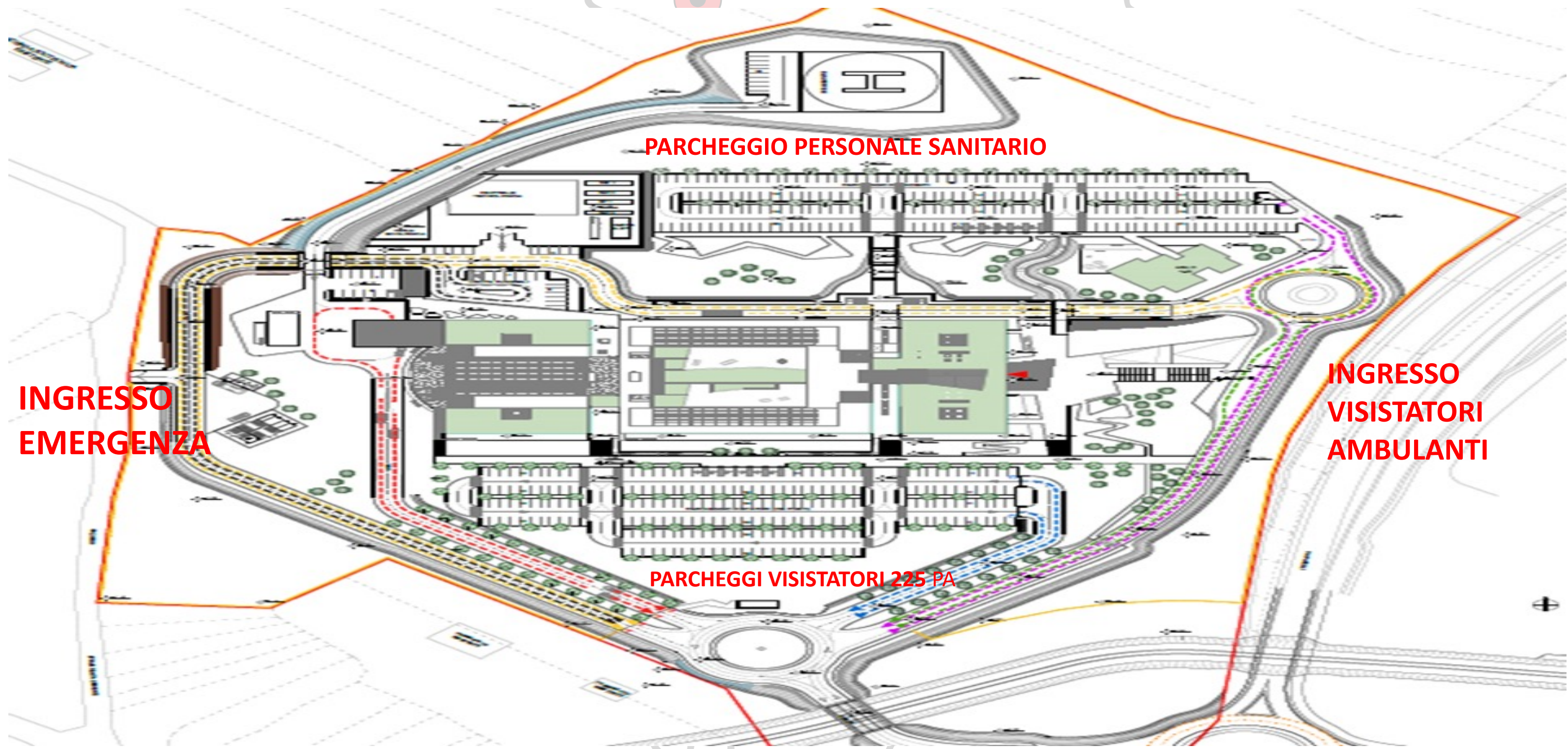
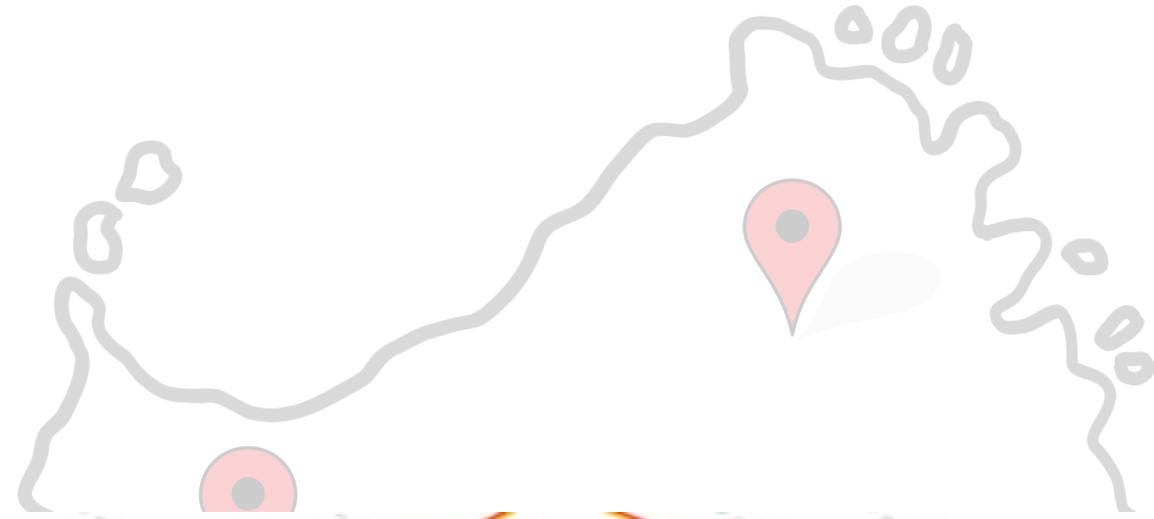


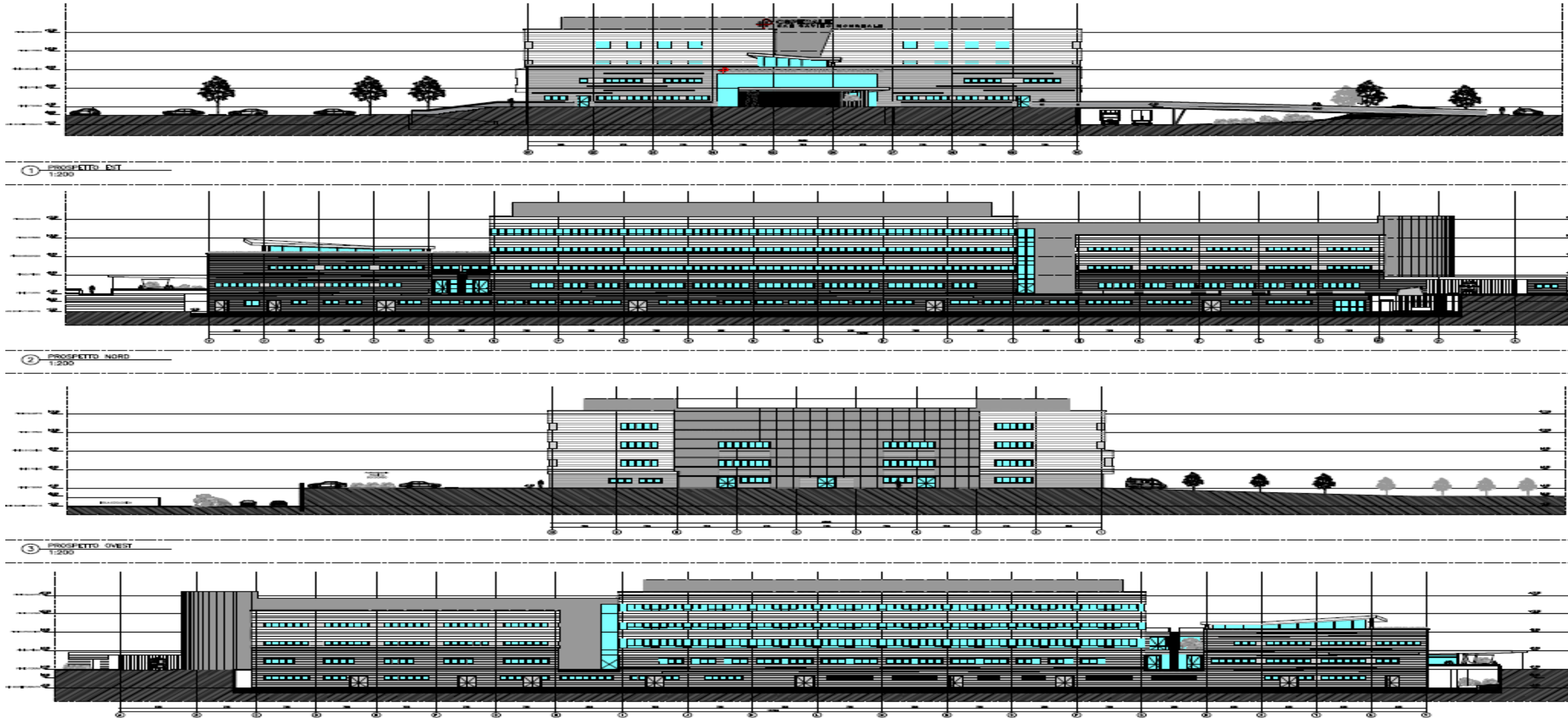
TAPPE INTERVENTO

- DGR 32/26 del 07.08.2014 Programmazione FSC 2007/2013
rimodulazione – Finanziamento Nuovo ospedale San Gavino € 68.400.000,00
- Deliberazione Aggiudicazione definitiva 565 del 05.10.2016 € 42.465.531,47
- Delibera approvazione progettazione esecutiva e nuovo quadro economico per variante n. 991 del 23.12.2021 € 45.053.7877,11
- Consegna lavori 12.08.2022
- Al momento risultano essere state completate le fasi di realizzazione di buona parte delle infrastrutture sulle aree esterne (viabilità, parcheggi futuri ed elisuperficie), sono state terminate le fondazioni e quasi completamente le elevazioni di piano seminterrato, e sono in corso di esecuzione i solai del primo livello tra il piano seminterrato e il piano terra partendo dal corpo C (piastra tecnologica), a seguire con il corpo B (corpo degenze) ed il corpo A (accoglienza e servizi). Risultano già essere eseguite anche le elevazioni del futuro asilo nido.

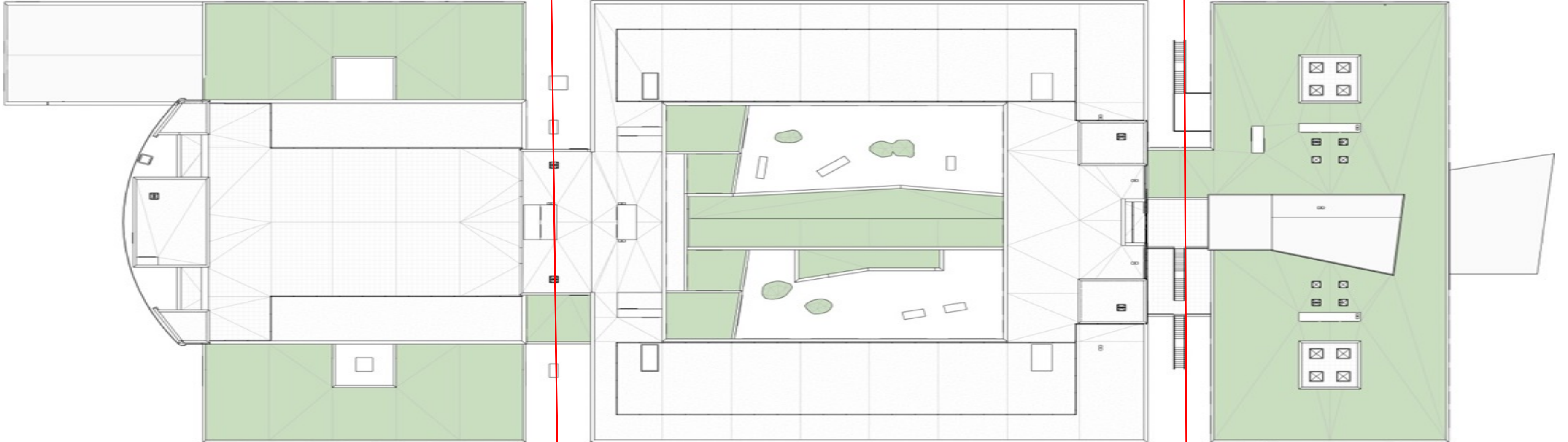
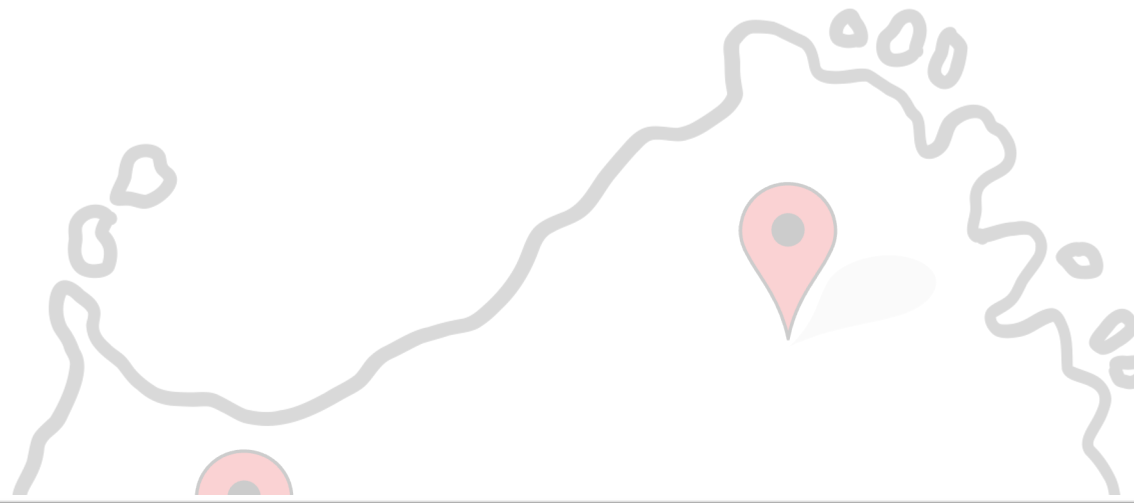
In collaborazione con
Regione Autonoma della Sardegna
ARES Sardegna (Azienda Regionale Salute)
Università degli Studi di Cagliari
Università degli Studi di Sassari







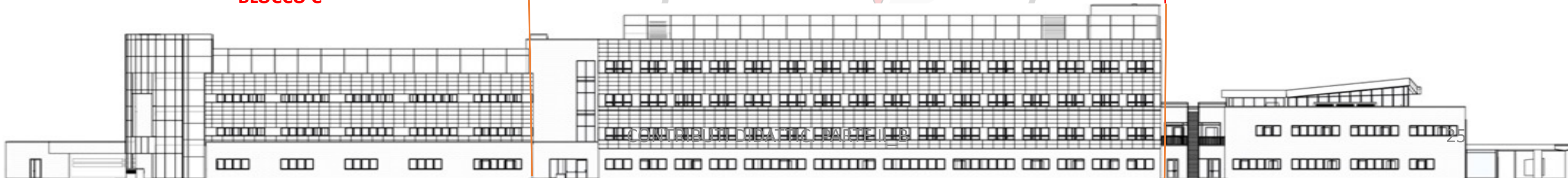
5 PIANI DI CUI 1 INTERRATO



BLOCCO C

BLOCCO B

BLOCCO A



A



ACCETTAZIONE ACCOGLIENZA

il Corpo dell'Accettazione e Accoglienza, di testata, di forma rettangolare e organizzato su n° 2 livelli fuori terra

B



DEGENZA

Il Corpo delle Degenze, con tipologia a corte, collocato in posizione baricentrica ed organizzato su n° 4 livelli fuori terra

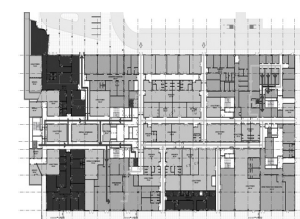
C



PIASTRA TECNOLOGICA

Il **Corpo Tecnologico**, di testata, di forma quadrata e organizzata su n° 3 livelli fuori terra

Level -
1

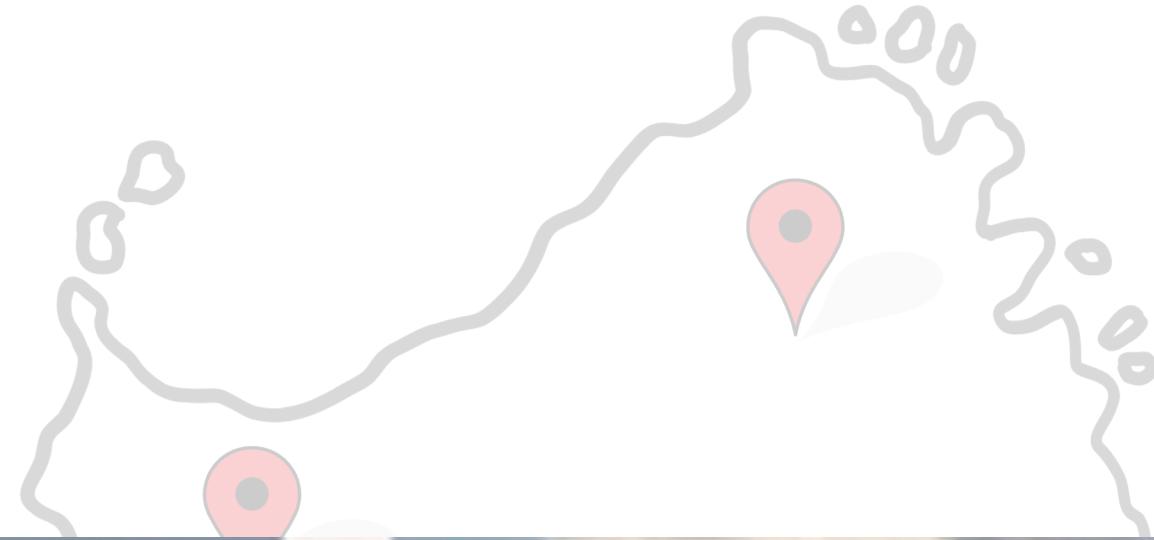


PIASTRA DEI SERVIZI

La **Piastra dei Servizi tecnici e Servizi all'Ospedale** si colloca nel Livello Seminterrato

	A CORPO ACCOGLIENZA E ACCETTAZIONE	B CORPO DELLE DEGENZE	C CORPO PIASTRA TECNOLOGIC A
PIANO TERZO		MEDICINA GENERALE, RIABILITAZIONE, LUNGODEGENZA, STUDI MEDICI	
PIANO SECONDO		CHIRURGIA GENENRALE, UROLOGIA, ORTOPEDIA, DAY SURGERY, WEEK SURGERY, STUDI MEDICI	BLOCCO OPERATORIO
PIANO PRIMO	MENSA, CENTRO DIREZIONALE OSPEDALIERO E AREA TECNICA, ATTIVITA' RELIGIOSA, ASSOCIAZIONI VOLONTARIATO	OSTETRICIA E GINECOLOGIA, CARDIOLOGIA CON UTIC, NEUROLOGIA CON STROKE, STUDI MEDICI	ALTA INTENSITA' E RIANIMAZIONE, BLOCCO PARTO
PIANO TERRA	POLIAMBULATORIO OSPEDALIERO, ACCOGLIENZA, AREA BAMBINI, CONSEGNA FARMACI, SERVIZI AL PUBBLICO: CUP, URP, PUA	CENTRO PRELIEVI TRASFUSIONALE, SERVIZIO DIALISI, DH ONCOLOGICO, DAY HOSPITAL, DIABETOLOGIA	PS E MCAU, DIAGNOSTICA IMMAGINI, ENDOSCOPIA E AMBULATORIO STRUMENTALE
PIANO SEMINT.	CUCINA E DISPENSA, SERVIZIO DI RIABILITAZIONE, FARMACIA, CED, MAGAZZINI ECONOMALI, ARCHIVI, IMPIANTI SERVIZIO DIALISI, SPOGLIATOI PERSONALE, LAVANDERIA, GUARDAROBA, SERVIZIO STERILIZZAZIONE, DEPOSITO SPORCO OSPEDALIERO, SERVIZIO DI ANATOMIA PATOLOGICA, SERVIZIO MORTUARIO, LOCALI TECNICI		

In collaborazione con
Regione Autonoma della Sardegna
ARES Sardegna (Azienda Regionale Salute)
Università degli Studi di Cagliari
Università degli Studi di Sassari



Nuovo ospedale San Gavino Monreale
Fronte Sud



Nuovo ospedale San Gavino Monreale
Fronte Nord-Est



POSTI LETTO ACUTI



SAN GAVINO MONREALE POSTI LETTO							
AREA	SPECIALITA'	DEGENZA CONTINUATIVA				DEGENZA DIURNA	POSTI TECNICI
T.I./Sub		PL Ordinari	Camere 2pl	Camere 1 pl	T.I./Sub	DH/DS	
T.I./Sub	Anestesia e Terapia intensiva				10		
	Area Anestesia e T.I Totale PL parziale				10		
AREA MEDICA	Cardiologia con UTIC	10	4	2	6		
	Neurologia con Stroke	3	1	1	6		
	Medicina generale	40	18	4			
	Pediatria	6	2	2			
	Day Hospital medico					14	
	Day Hospital oncologico					10	
	Dialisi						16
	Area Medica Totale PL parziale	59	25	9	12	24	
Area Medica Totale PL complessivo (1)			95			16	
AREA CHIRURGICA	Ortopedia	18	8	2			
	Ostetricia e ginecologia	20	9	2			
	Chirurgia generale	20	8	4			
	OBI e MACAU						6
	Day Surgery					12	
	Week Day Surgery					18	
	Culle						6
	Area Chirurgica Totale PL parziale	58	25	8		30	
Area Chirurgica Totale PL complessivo			88			12	
TOTALE POSTI LETTO ACUTI PARZIALE		117	50	17	22	54	
TOTALE POSTI LETTO ACUTI				193			28
	Riabilitazione e Lungodegenza	22	10	2			
TOTALE POSTI LETTO POST ACUTI				22			
TOTALE POSTI LETTO COMPLESSIVO				215			28
di cui 160 in Degenza continuativa e 54 in Degenza diurna +28 posti tecnici							
<i>(1) Compresa la terapia Subintensiva</i>							

DM 23 MAGGIO 2022 N. 7 - ASL MEDIO CAMPIDANO

- 2 CDC - Arbus Spoke - Villacidro HUB
- 2 CDC - Sanluri Lunamatrona - Programmazione regionale delle Case della comunità – Linea di finanziamento PNRR M6C1, investimento 1.1.
- 1 COT Samassi - Programmazione regionale delle Centrali operative territoriali – Linea di finanziamento PNRR M6C1, investimento 1.2
- 1 COT Guspini Programmazione regionale delle Centrali operative territoriali – Linea di finanziamento fondi FESR
- 2 ODC San Gavino – Sanluri Programmazione regionale degli Ospedali di comunità – Linea di finanziamento fondi FESR

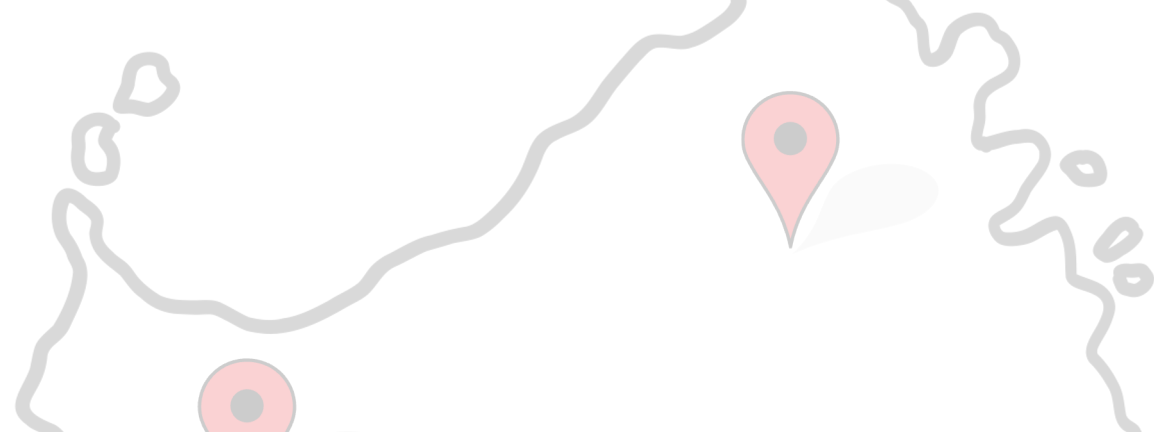
OSPEDALE NOSTRA SIGNORA BONARIA SAN GAVINO

edificio che risale ai primi anni 60, facente parte del disciolto Ente Crespellani.



Approvazione contratto acquisto area per la
costruzione dell' Ospedale di San Gavino.

La giunta,
in relazione alle precedenti deliberazio-
ni del 15 aprile 1953 con la quale è
stata approvata la spesa di L. 32.500.000
per la costruzione del 1° lotto dell' Ospeda-
le di S. Gavino Monreale e del 19.5.
1953 con la quale veniva autorizzato lo
acquisto dell' area relativa per l'importo
di L. 2.500.000;



LO STABILE COMPOSTO DA QUATTRO PIANI DI CUI UNO SEMI INTERRATO, SI PRESTA AD OSPITARE ALCUNE DELLE STRUTTURE DELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

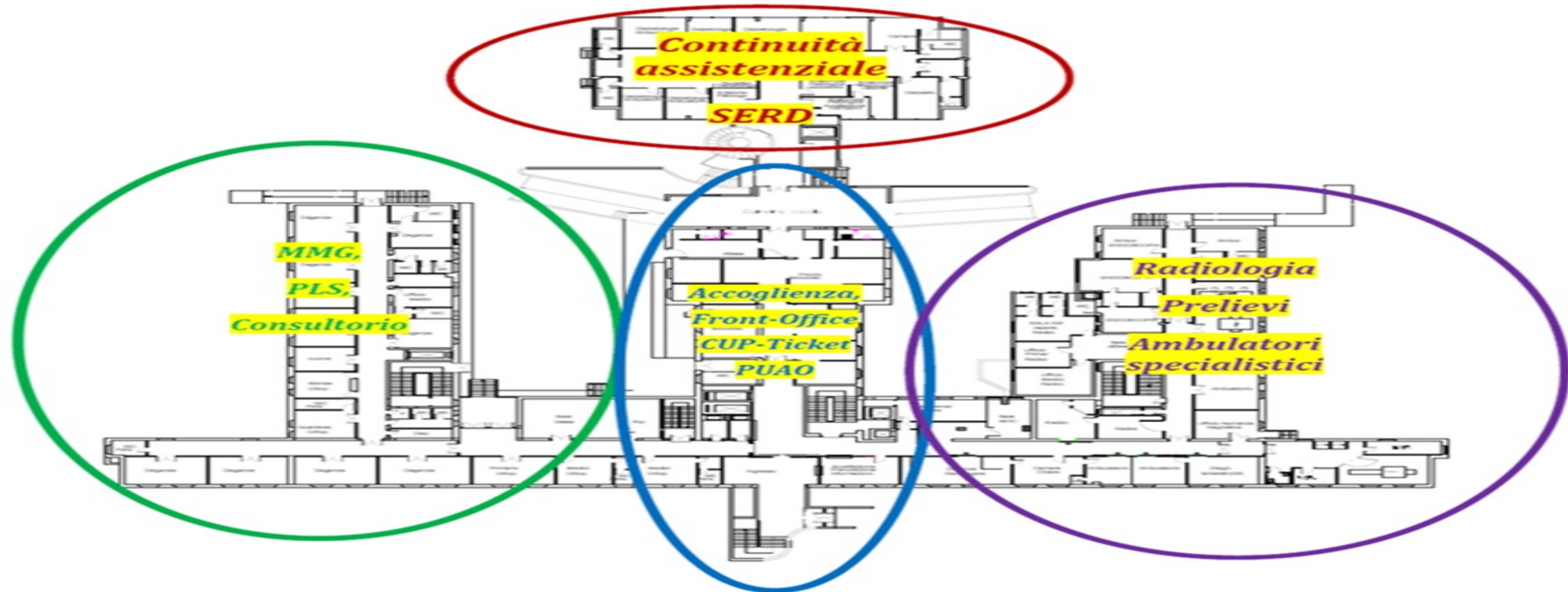
UBICATO A 300 METRI DAL NUOVO OSPEDALE E A 500 DALLA STAZIONE FERROVIARIA

In collaborazione con
Regione Autonoma della Sardegna
ARES Sardegna (Azienda Regionale Salute)
Università degli Studi di Cagliari
Università degli Studi di Sassari

SAN GAVINO
BARICENTRO ASL MEDIO CAMPIDANO



PIANO TERRA



In collaborazione con
Regione Autonoma della Sardegna
ARES Sardegna (Azienda Regionale Salute)
Università degli Studi di Cagliari
Università degli Studi di Sassari

PRIMO PIANO



SECONDO PIANO

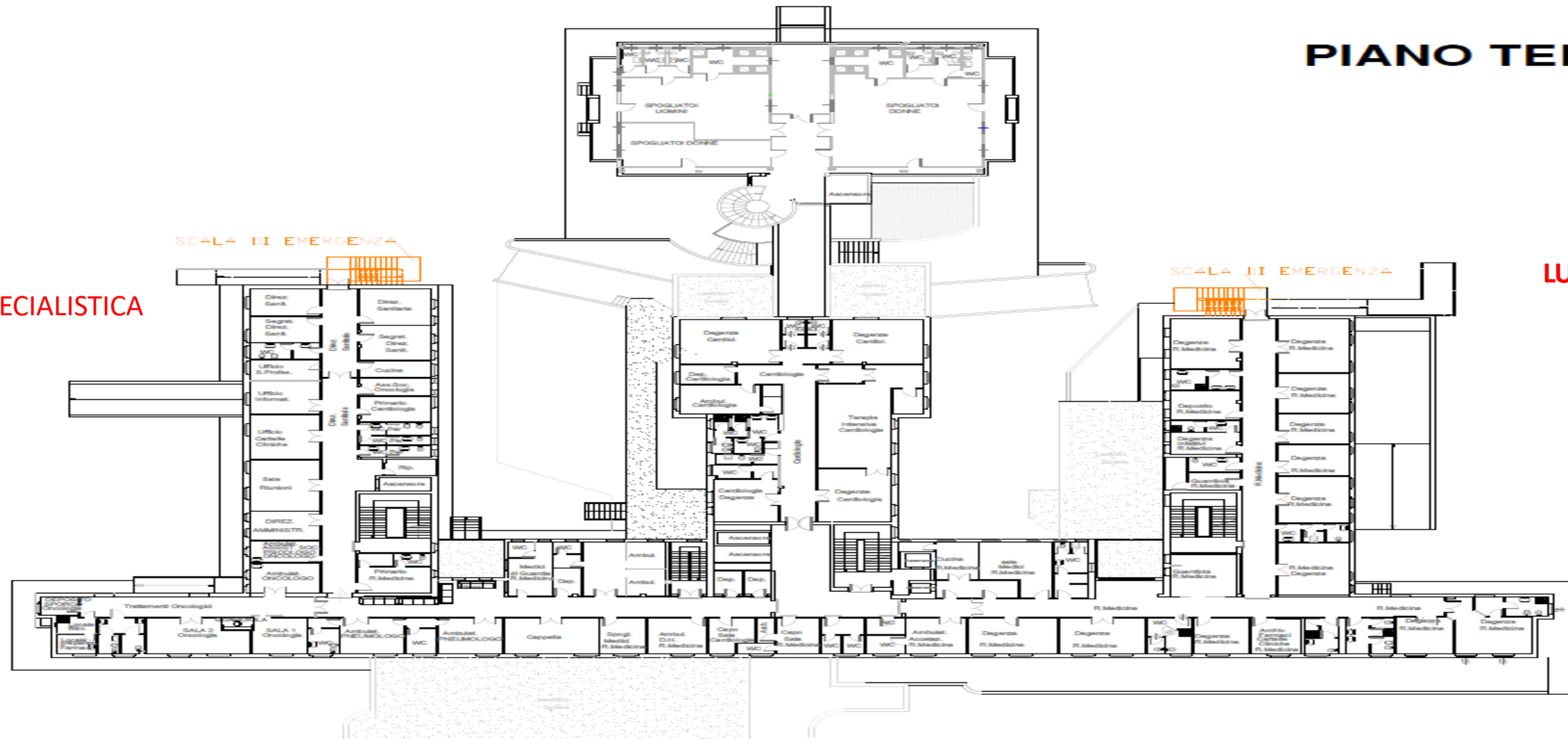


TERZO PIANO

PIANO TERZO

AMBULATORI SPECIALISTICA

LUNGODEGENZA E/ O
RIABILITAZIONE



SEMINTERRATO



RSA VILLACIDRO

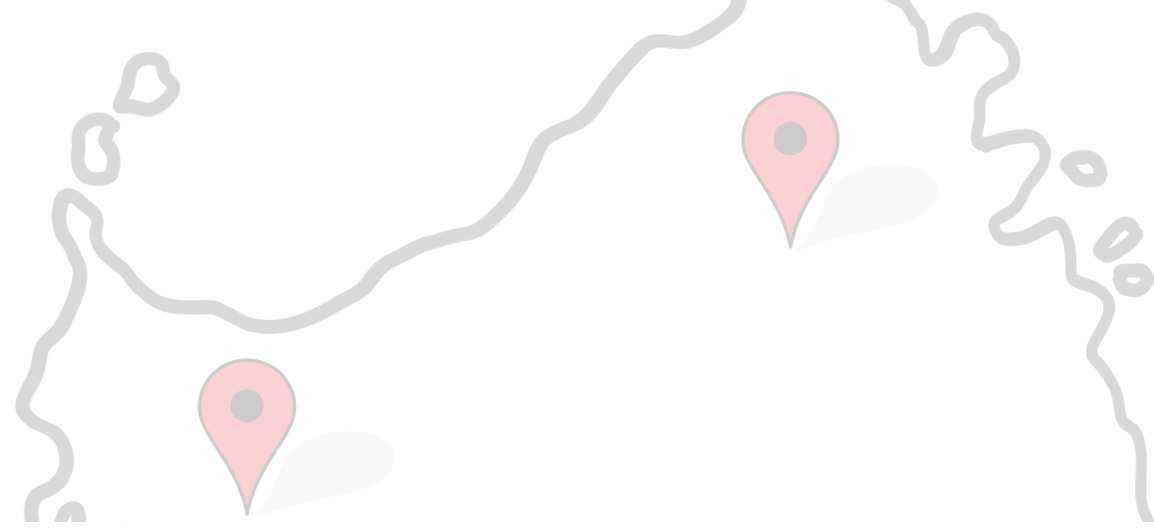


RSA PUBBLICA

**CONCESSIONE GESTIONE
SERENI ORIZZONTI 1 SRL**

POSTI LETTO

**R1 4 PL
R2 26 PL
R3A E R3D 37 PL
R3B 13 PL**



RELAZIONE INTERVENTO

GIULIANA CAMPUS

*DIRETTORE GENERALE ASL 7 SULCIS
INGLESIANTE*

**FOCUS ON: PROGETTO GESTIONE DEL PAZIENTE
ANZIANO FRAGILE SUL TERRITORIO – INTEGRAZIONE
COMPETENZE ASL E COMUNI**



MACRO – AREE TEMATICHE DI RIFERIMENTO

NORMATIVA

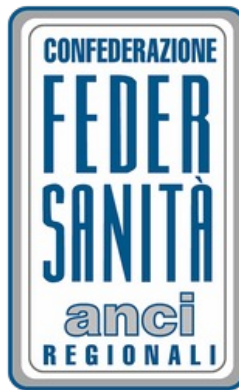
PIANIFICAZIONE ORGANIZZATIVA E OPERATIVA ●

PIANIFICAZIONE FINANZIARIA ●

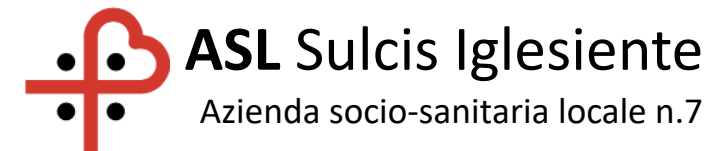
HUMAN CAPITAL ●

**DOTAZIONI STRUTTURALI E INFRASTRUTTURE
TECNOLOGICHE** ●

STANDARD DI SICUREZZA DELLE CURE



In collaborazione con
Regione Autonoma della Sardegna
ARES Sardegna (Azienda Regionale Salute)
Università degli Studi di Cagliari
Università degli Studi di Sassari



Direttore Generale: Dott.ssa Giuliana Campus



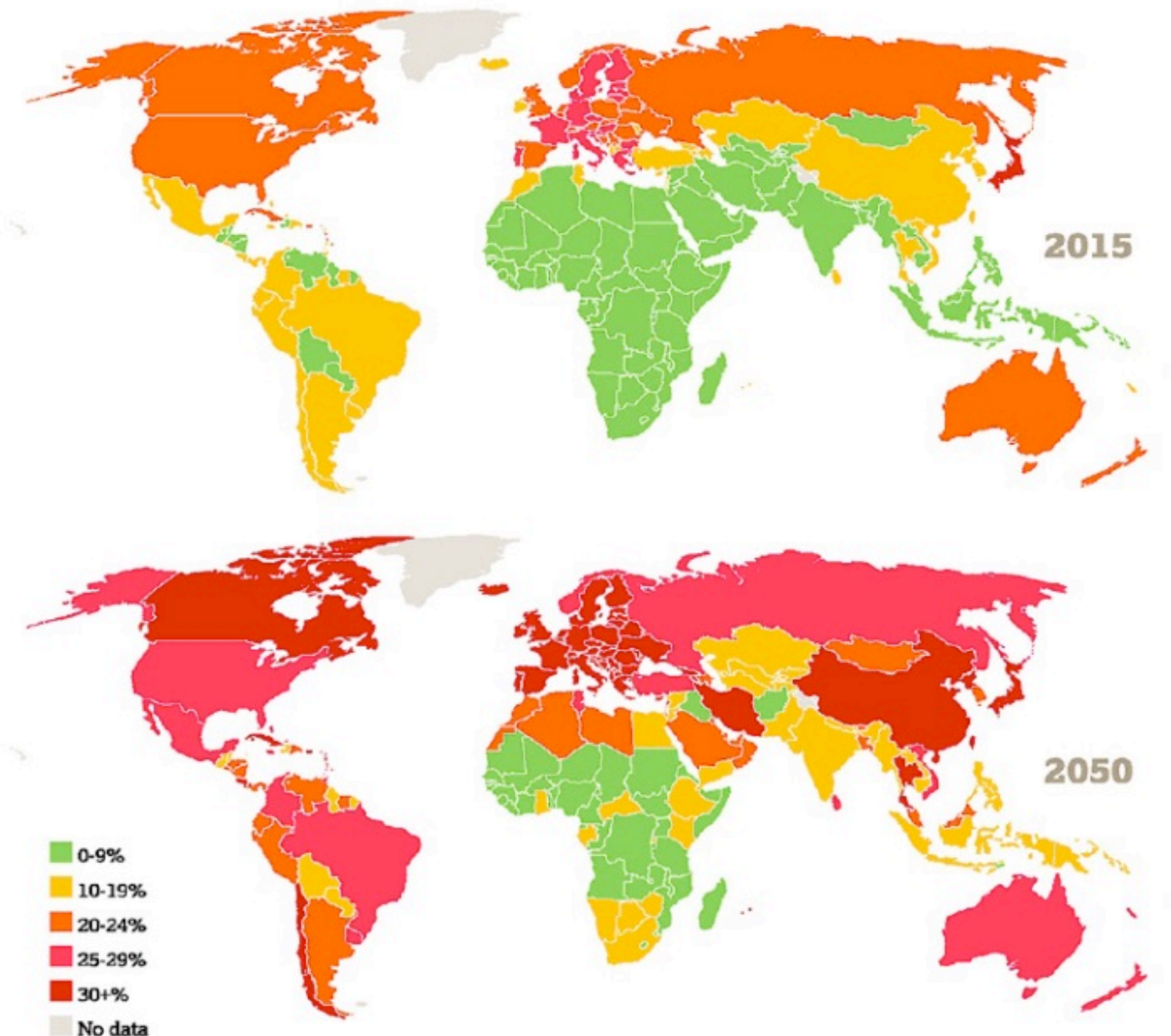
**Scuola di Specializzazione in Geriatria
Università degli studi di Cagliari
Direttore: Prof.ssa Antonella Mandas**



“Geriatric ASL Sulcis Open Day (GerSOD) Categorizzazione e gestione della fragilità del paziente anziano nel territorio”

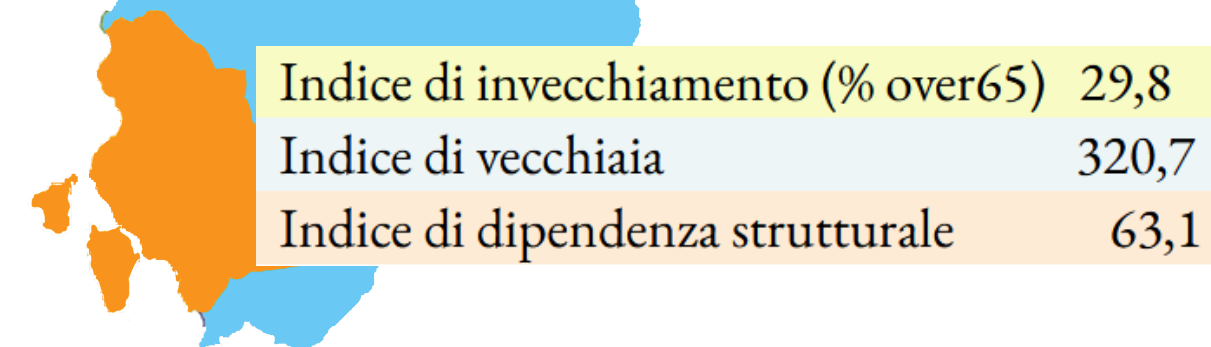
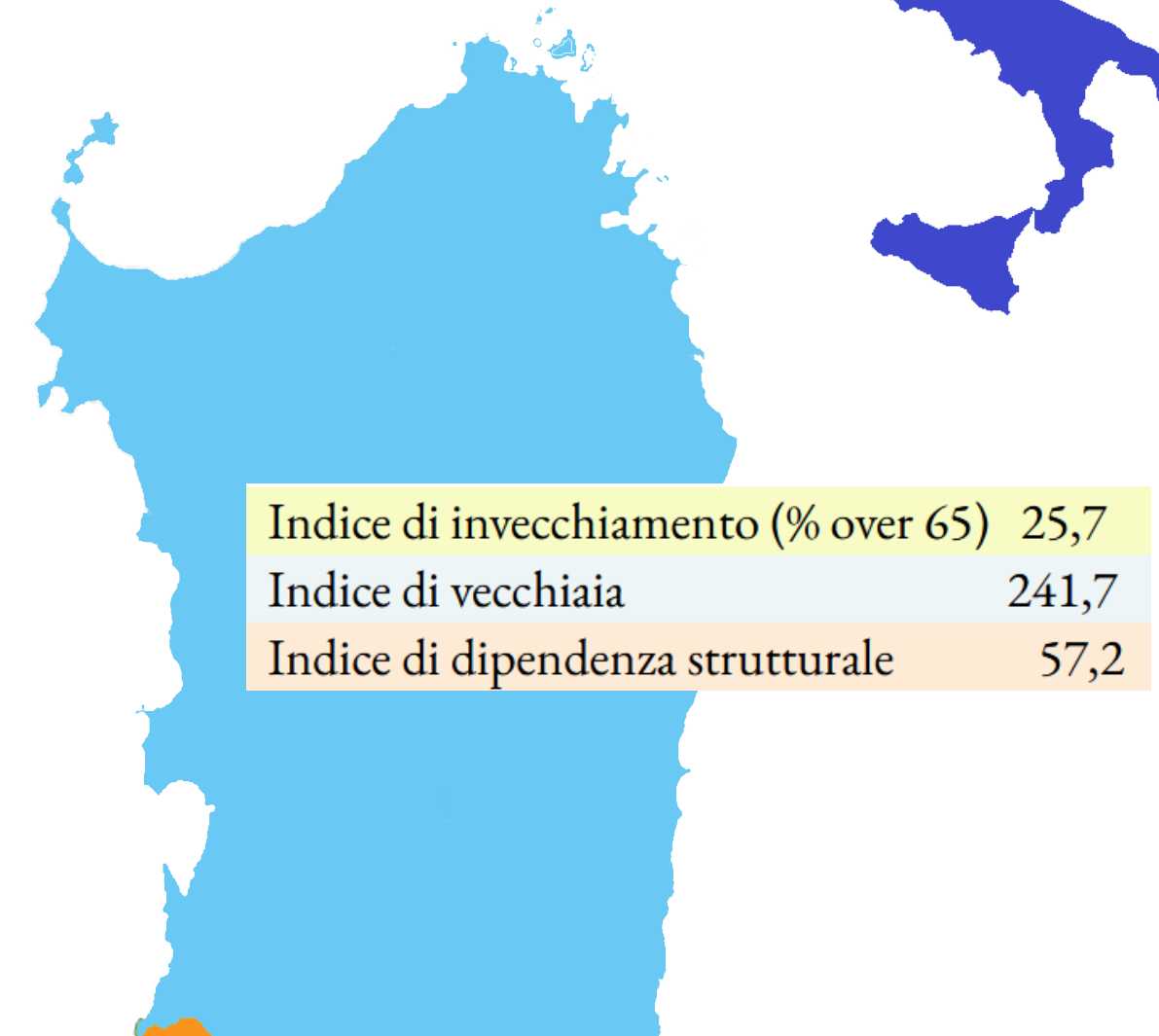
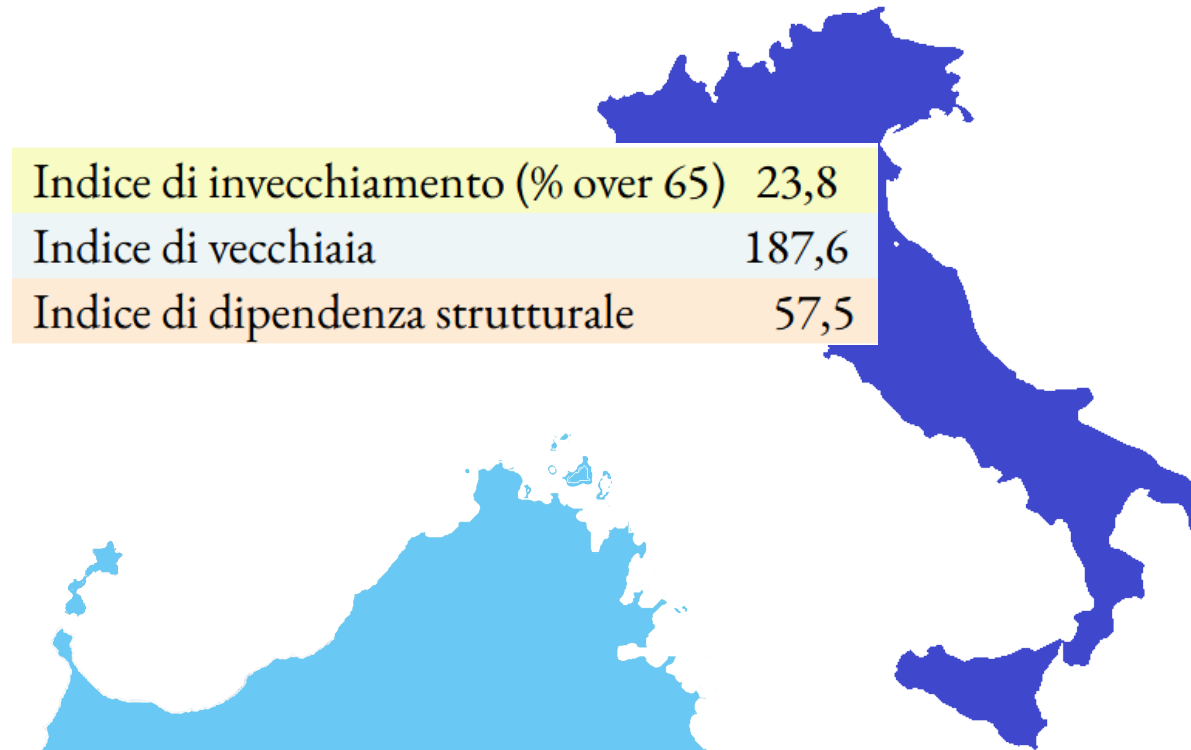
Ageing Invecchiamento della popolazione

Proportion of
population aged
60 or over



**L'invecchiamento
della popolazione:
un dato di fatto con
cui confrontarsi**

In collaborazione con
Regione Autonoma della Sardegna
ARES Sardegna (Azienda Regionale Salute)
Università degli Studi di Cagliari
Università degli Studi di Sassari



32,3%

**Quota di popolazione
over 65 con gravi
patologie croniche e
multimorbilità**

Tra gli over 85 è il 47,7%

3,8mln

**Gli anziani con grave
riduzione dell'autonomia
nelle attività quotidiane di
cura personale oppure in
quelle della vita domestica**

1mln

**Gli anziani con
bisogno di assistenza
o ausili perché non
autonomi nella cura
della propria
persona**

La percentuale è del 6,9%

ISTAT, Indicatori Demografici 2023

I NUMERI CHIAVE: INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA (65 ANNI E OLTRE) E BISOGNO DI ASSISTENZA PER CLASSE DI ETÀ E SESSO. Anno 2019, tassi per 100 persone e valori assoluti in migliaia

CLASSE DI ETÀ	Gravi malattie croniche	Almeno tre malattie croniche	Stato ansioso-depressivo	Gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive	Limitazioni nella mobilità per problemi di salute	Gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL)	di cui con bisogni di assistenza o ausili
65-74	34,2	44,3	11,1	14,6	15,8	2,6	71,2
75-84	48,9	56,1	17,1	32,5	37,6	10,3	67,1
75 e oltre	52,0	59,5	18,1	41,9	46,7	18,3	65,0
85 e oltre	59,4	66,0	20,6	63,8	67,9	37,2	63,7
Totale	43,2	52,0	14,7	28,4	31,5	10,6	65,8
Uomini	46,0	46,1	9,2	22,8	22,3	7,5	66,9
Donne	41,1	56,7	18,9	32,8	38,6	13,3	65,3
Totale V.A.	5.871	7.064	3.919	3.860	5.136	1.437	945

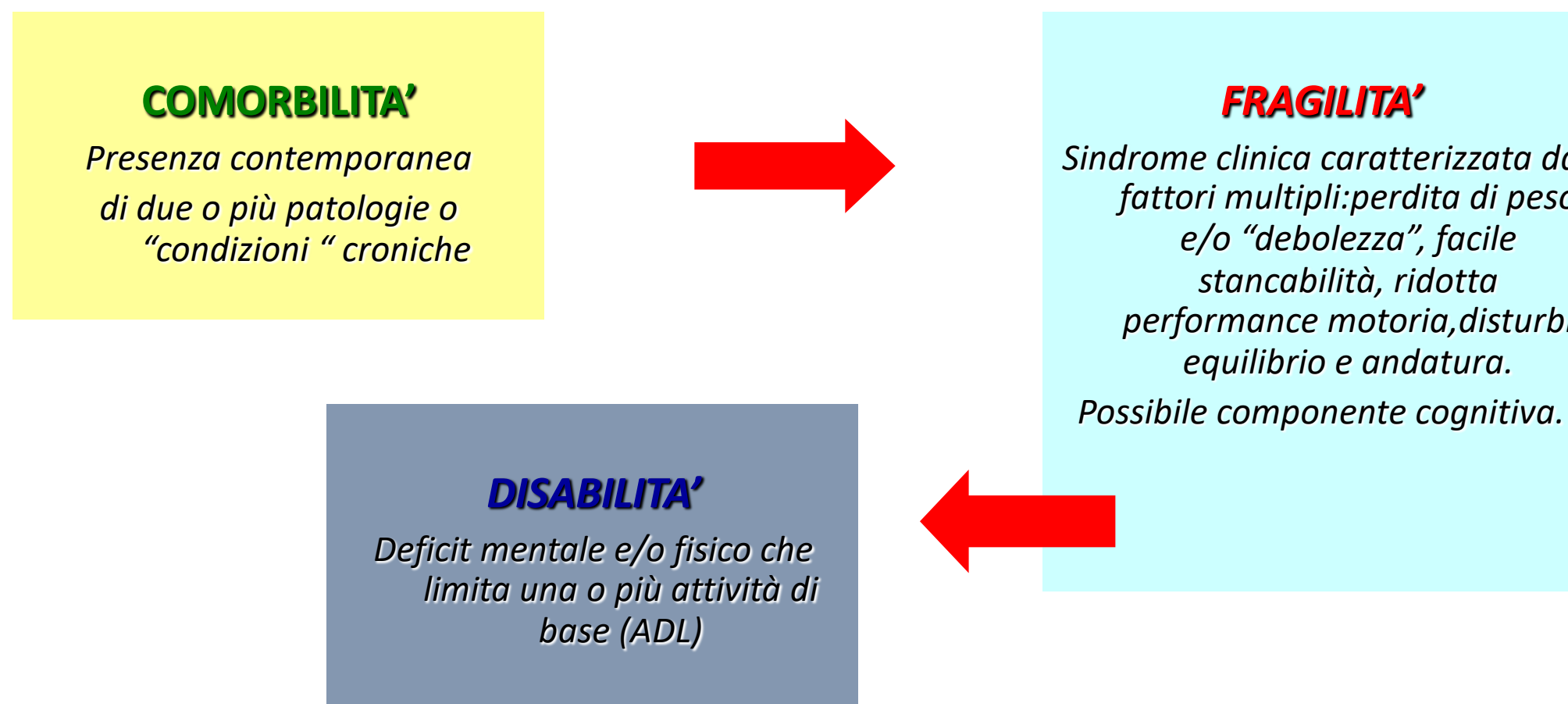
Dati ISTAT

Prevalenza della condizione di cronicità in Sardegna e Italia. Prevalenze e relativi IC95%

	Sardegna	Italia
Persone senza patologie croniche	75	81,8
Persone con almeno 1 patologie cronica	25,1	18,2
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità)	6,8	4,4

Fonte: Indicatori - PASSI 2016-2019

Dalla comorbidità alla disabilità: modello concettuale



Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care

CONTRIBUTI DIDATTICI PARTE II-B
Fried et al, J. Gerontology, 2004

FRAGILITÀ

Definita dall'*International Association of Gerontology and Geriatrics Frailty Consensus* come una

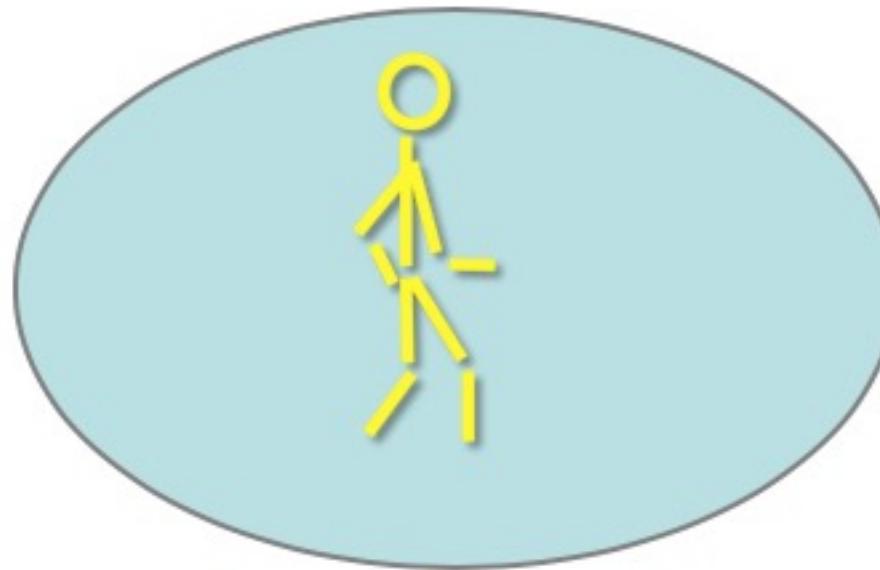
***ridotta resistenza e malfunzionamento dei vari sistemi
che aumentano la suscettibilità di un individuo a
sviluppare dipendenza e ad andare incontro ad exitus***

Le traiettorie dell'invecchiamento

Le malattie croniche aumentano il rischio di disabilità



**Invecchiamento
attivo**



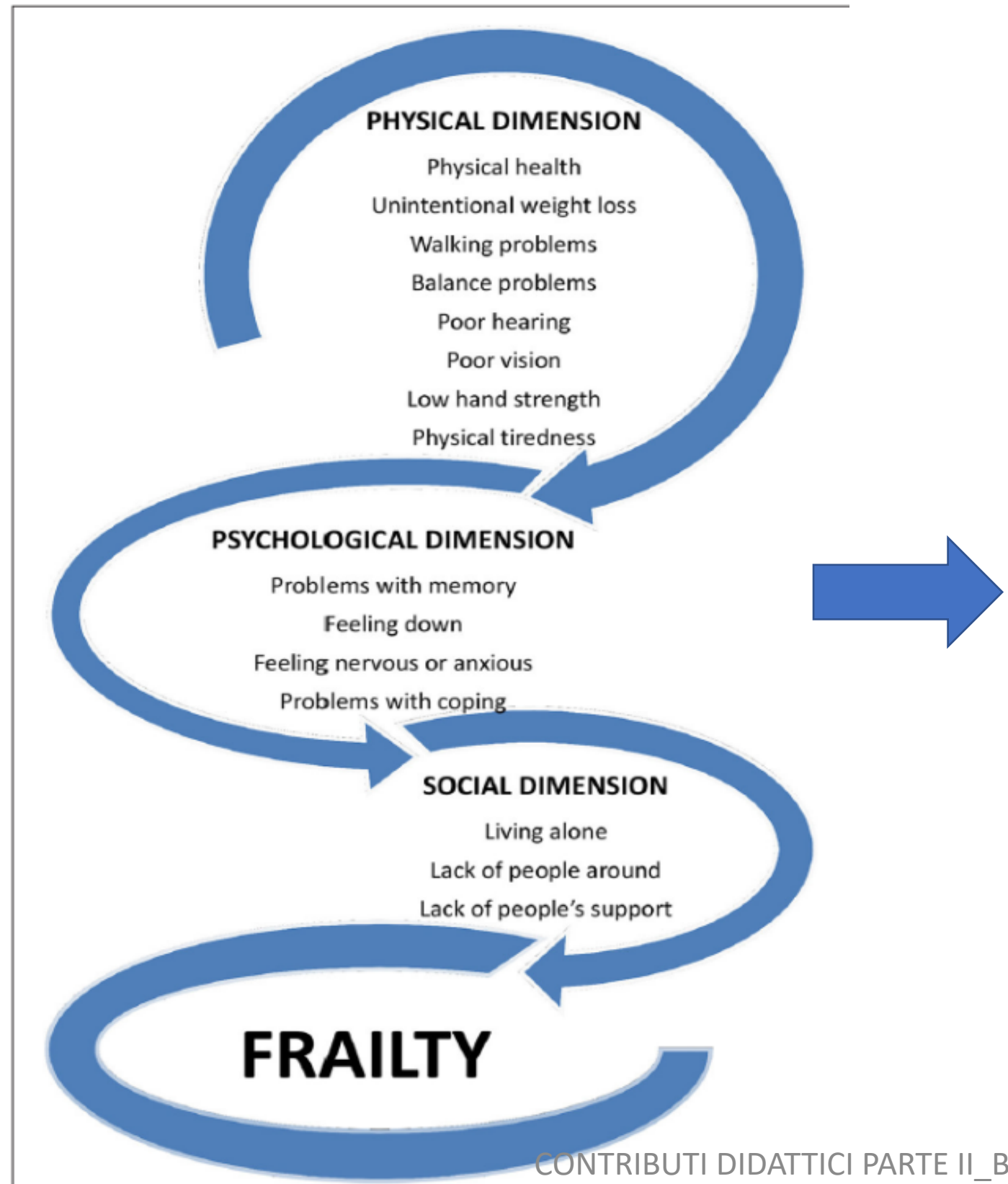
**Invecchiamento
fisiologico**



**Anziano
"fragile"**



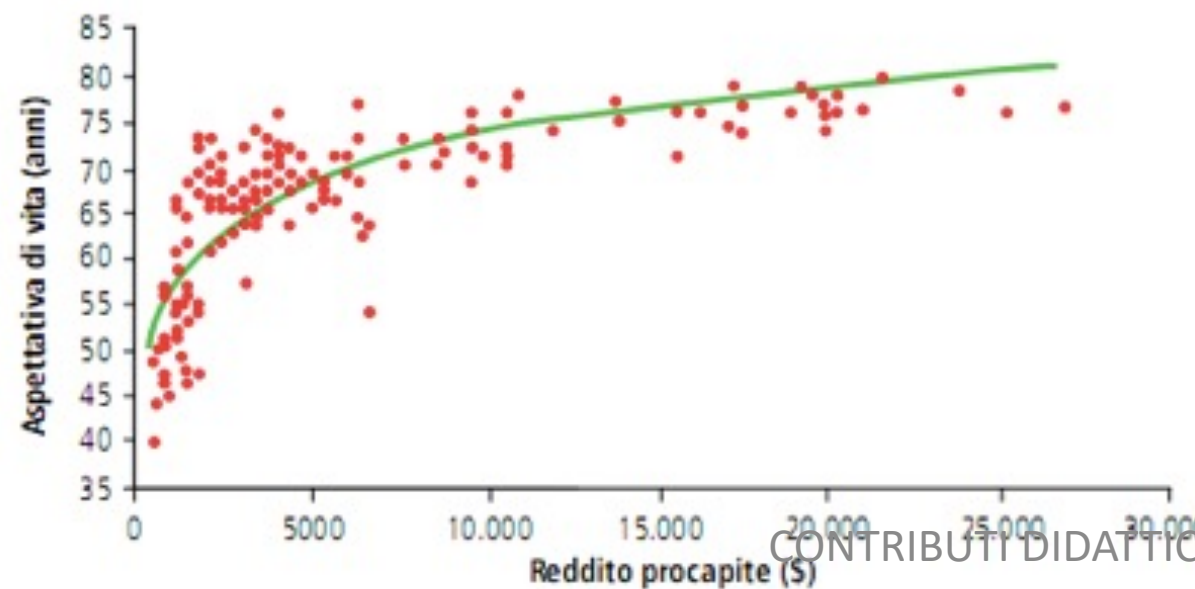
**Anziano
"disabile"**



Il **concetto**
multidimensionale della
«fragilità» integra vari
domini del **funzionamento**
della persona che,
attraverso l'interazione fra
di loro, possono
determinare o accelerare
lo sviluppo della
FRAGILITA'

Fragilità: un indicatore non solo sanitario

Lo stato di salute delle persone dipende anche *dall'interazione dell'individuo con il suo ambiente sociale di vita*



Lynch et al. 2000
Diminuzione progressiva dell'aspettativa di vita con la diminuzione del reddito pro-capite

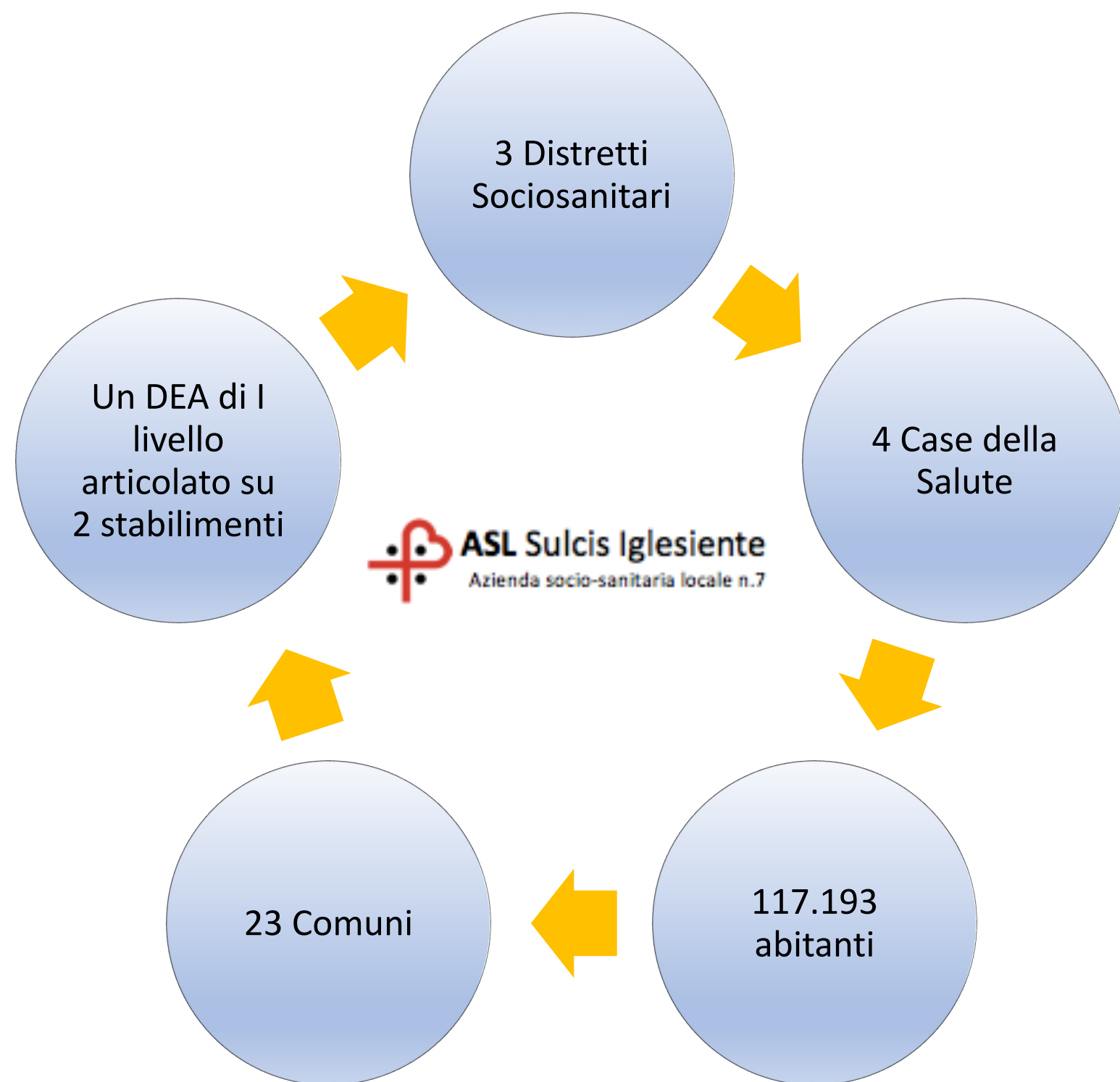


Allegato 1

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale



PROGETTO DI SALUTE



Criticità

- **condizioni geomorfologiche del territorio**
- **viabilità critica, scarsità/difficoltà di fruizione dei mezzi pubblici**
- **distanza chilometrica eccessiva tra comuni dell'ambito e le sedi di cure primarie e i presidi ospedalieri**
- **parcellizzazione degli insediamenti abitativi (case sparse)**
- **alto rapporto superficie-popolazione**

In collaborazione con
Regione Autonoma della Sardegna
ARES Sardegna (Azienda Regionale Salute)
Università degli Studi di Cagliari
Università degli Studi di Sassari



GerSOD

CONTRIBUTI DIDATTICI PARTE II_B

Il lavoro integrato

Rappresenta il raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie, coinvolge e **valorizza tutte le competenze e le risorse offerte dal territorio**: i servizi delle ASL, le singole persone, le famiglie, il volontariato, ed è basata sulla **collaborazione con i Comuni**, titolari dei servizi sociali per le comunità di riferimento.

Le ASL, assieme ai Comuni, coordinano gli interventi,
mettendo in rete le risorse e le diverse competenze.



INDICI DEMOGRAFICI E STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE DELLA ASL SULCIS IGLESIENTE



DISTRETTI SOCIO SANITARI (COMUNI)	VALORI ASSOLUTI OVER 65	TARGET 10%	INDICE DI INVECCHIAMENTO (%OVER65)	INDICE DI VECCHIAIA	INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE
DISTRETTO ISOLE MINORI					
SANT'ANTIOCO	3300	330	→ 30,7	330,7	66,6
CALASETTA	902	90	→ 32,2	331,3	72,1
CARLOFORTE	1833	183	→ 30,6	338,2	65,8
DISTRETTO CARBONIA					
CARBONIA	8252	825	→ 31,1	350	66,5
GIBA	594	59	→ 30,1	360	65,4
MASAINAS	395	40	→ 32,2	429,3	65,8
NARCAO	853	85	27,5	285,3	59
NUXIS	458	46	→ 31,5	424,1	63,7
PERDAXIUS	386	39	29,1	311,3	62,5
PISCINAS	235	24	28,8	276,5	64,5
PORTOSCUSO	1406	141	28,7	297,7	64,5
SAN GIOVANNI SUERGIU	1693	169	29,8	300,2	65,8
SANT'ANNA ARRESI	792	79	29,7	318,1	64,2
SANTADI	964	96	→ 30,2	327,9	65
TRATALIAS	298	30	29,2	342,5	60,6
VILLAPERUCCIO	287	29	28,4	263,3	64,5
DISTRETTO IGLESIAS					
IGLESIAS	6959	696	27,4	297,6	57,8
GONNESA	1313	131	28	287,3	60,5
VILLAMASSARGIA	926	93	26,9	284,9	57,1
MUSEI	379	38	25,1	235,4	55,6
DOMUSNOVAS	1557	156	26,3	279,2	55
FLUMINIMAGGIORE	776	78	29	357,6	58,8
BUGGERRU	334	33	→ 31,7	347,9	69
TOTALE	34892	3489			
SULCIS IGLESIENTE			29,8	320,7	63,1
SARDEGNA			25,7	241,8	57,2
ITALIA			23,8	187,6	27,5

IL NOSTRO PROGETTO

- **Screening** della popolazione anziana attraverso *giornate dedicate*
- Definizione dei **profili di rischio** per differenziare le strategie di intervento e la presa in carico degli assistiti sulla base del rischio, del bisogno di salute e consumo di risorse
- Individuazione di **percorsi di cura** appropriati e «sartorializzati»

OPEN
DAY



Casa della Salute - Sant'Antioco

Geriatric ASL Sulcis Open Day (GerSOD) Categorizzazione e gestione della fragilità del paziente anziano nel territorio

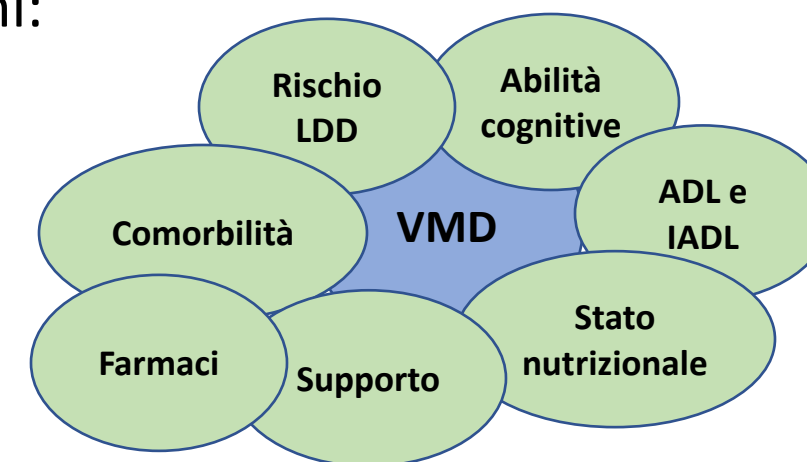
DISEGNO DELLO STUDIO

Il presente studio osservazionale prevede una fase di arruolamento della durata di **12 mesi** e avverrà **nelle giornate di sabato** a partire dal mese di **ottobre 2023**, presso le strutture **dell'ASL Sulcis Iglesiente**.

Per i pazienti impossibilitati a raggiungere tale sede, si predisporranno giornate dedicate per poter svolgere la valutazione al domicilio del paziente.

I pazienti saranno sottoposti alle seguenti indagini:

- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Valutazione multidimensionale geriatrica
- Valutazione bioimpedenzometrica



La partecipazione allo studio è vincolata dall'espressione del consenso per iscritto, dopo adeguata Informazione.

Geriatric ASL Sulcis Open Day (GerSOD) Categorizzazione e gestione della fragilità del paziente anziano nel territorio

Criteri di inclusione:

- Età uguale o superiore a 65 anni
- Residenza presso territorio ASL Sulcis

Criteri di esclusione:

- Età inferiore a 65 anni
- Presenza di condizioni acute che controindichino l'esecuzione della VMD (quali, a titolo esemplificativo, delirium o disturbi psichiatrici o neurologici acuti che portino a perdita dello stato di coscienza)

DIMENSIONE CAMPIONARIA

La dimensione campionaria dello studio sarà di 3489 soggetti (10% della popolazione over 65 della ASL Sulcis Iglesiente), suddivisi in 3 fasce di età (65-74, 75-84, ≥85), dato un livello di confidenza del 95%

Le sedi

- Casa della Salute di Sant'Antioco
- Casa della Salute di Carloforte
- Casa della Salute di Giba
- Casa della Salute di Fluminimaggiore
- Poliambulatorio di Carbonia
- Poliambulatorio di Iglesias



Il **Multidimensional Prognostic Index (MPI)** è uno strumento prognostico basato sulla Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD) che costituisce lo standard di riferimento per la valutazione della persona anziana (età ≥ 65 anni).

Numerosi studi presenti in letteratura suggeriscono l'eccellente accuratezza e calibrazione del MPI nel predire *outcomes* negativi a breve e lungo termine, come ospedalizzazione, istituzionalizzazione e mortalità.



MPI 1

il soggetto ha un basso rischio di sviluppare outcomes clinici negativi. Non è in una condizione di fragilità.

MP2

il soggetto ha un rischio moderato di sviluppare outcomes clinici negativi. E' in una condizione di pre-fragilità.

MPI 3

il soggetto ha un rischio elevato di sviluppare outcomes clinici negativi. E' in una condizione di fragilità.



Identificare il bisogno di salute dei cittadini a rischio fragilità del Sulcis Iglesiente

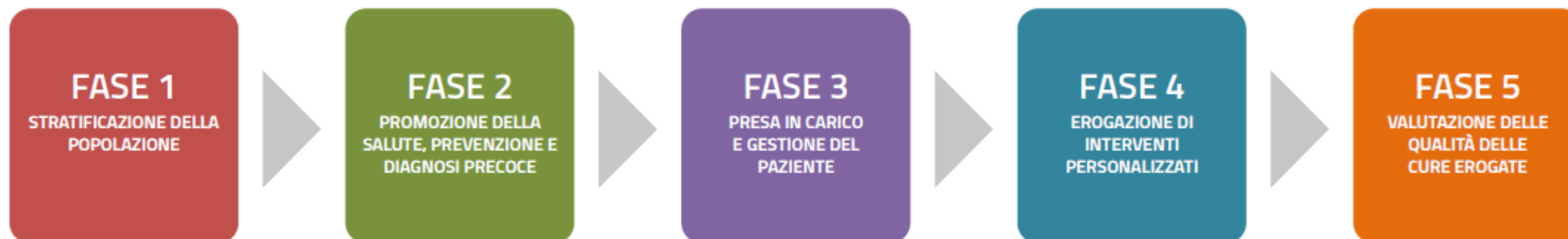
Costruire servizi su misura in base al bisogno emerso

Implementare la rete dei servizi orientati alla presa in carico mirata, favorendo il lavoro di equipe ed il coinvolgimento di tutti i protagonisti della salute

Lavorare per l'integrazione e la continuità delle cure

Avviare un percorso di collaborazione, virtuoso e continuo, con l'Istituzione Universitaria (ricerca, formazione professionale, potenziamento della rete formativa)

Fasi del Piano Nazionale Cronicità



*Logiche E Strumenti Gestionali E Digitali Per La Presa In Carico Della Cronicità
Manuale Operativo E Buone Pratiche Per Ispirare E Supportare L'implementazione Del PNRR
31 Dicembre 2021 Integrato Aprile 2022*



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 36/44 DEL 31.08.2021

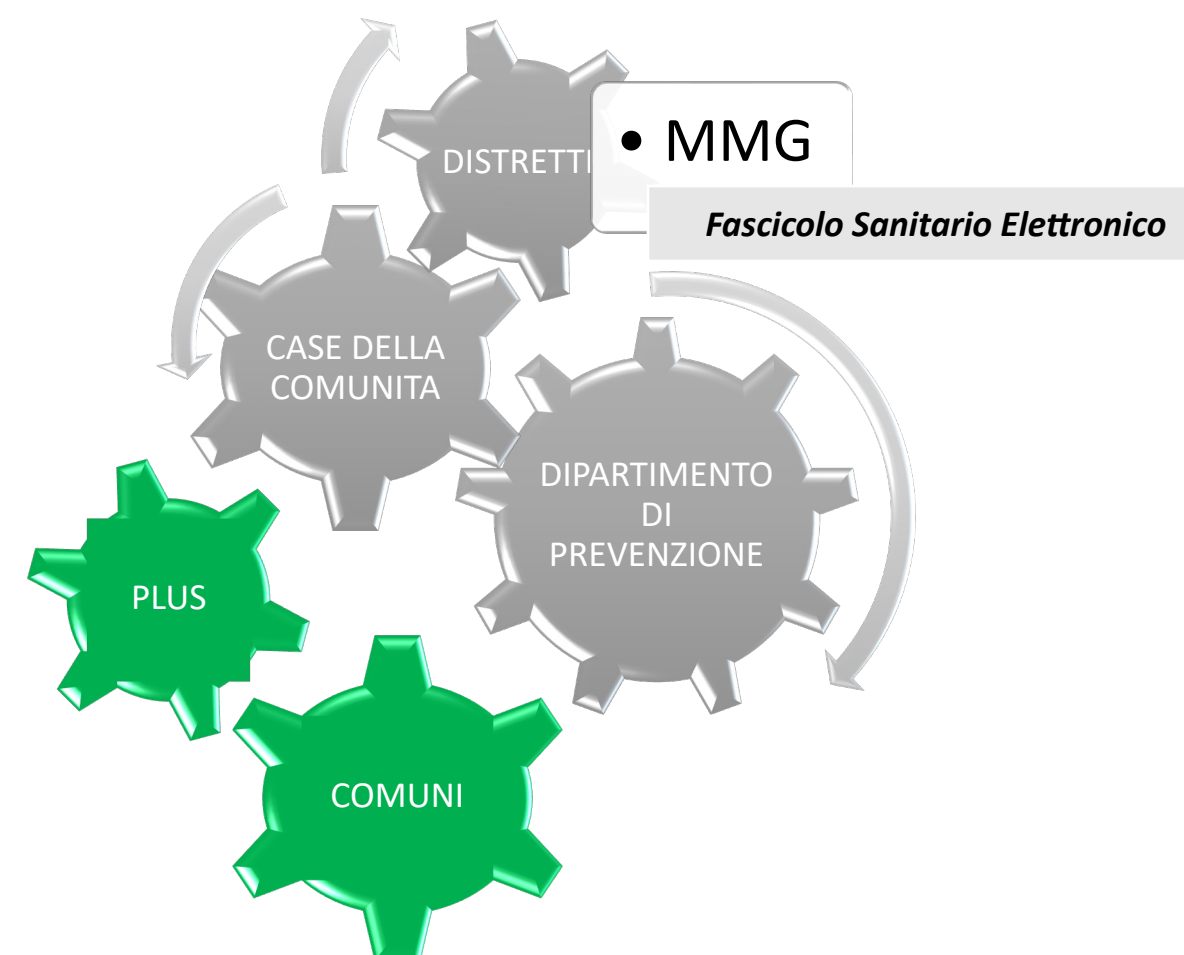
Recepimento del Piano nazionale della cronicità.

PERCORSI DI PREVENZIONE DELLA FRAGILITÀ

MPI 1
NON
FRAGILE

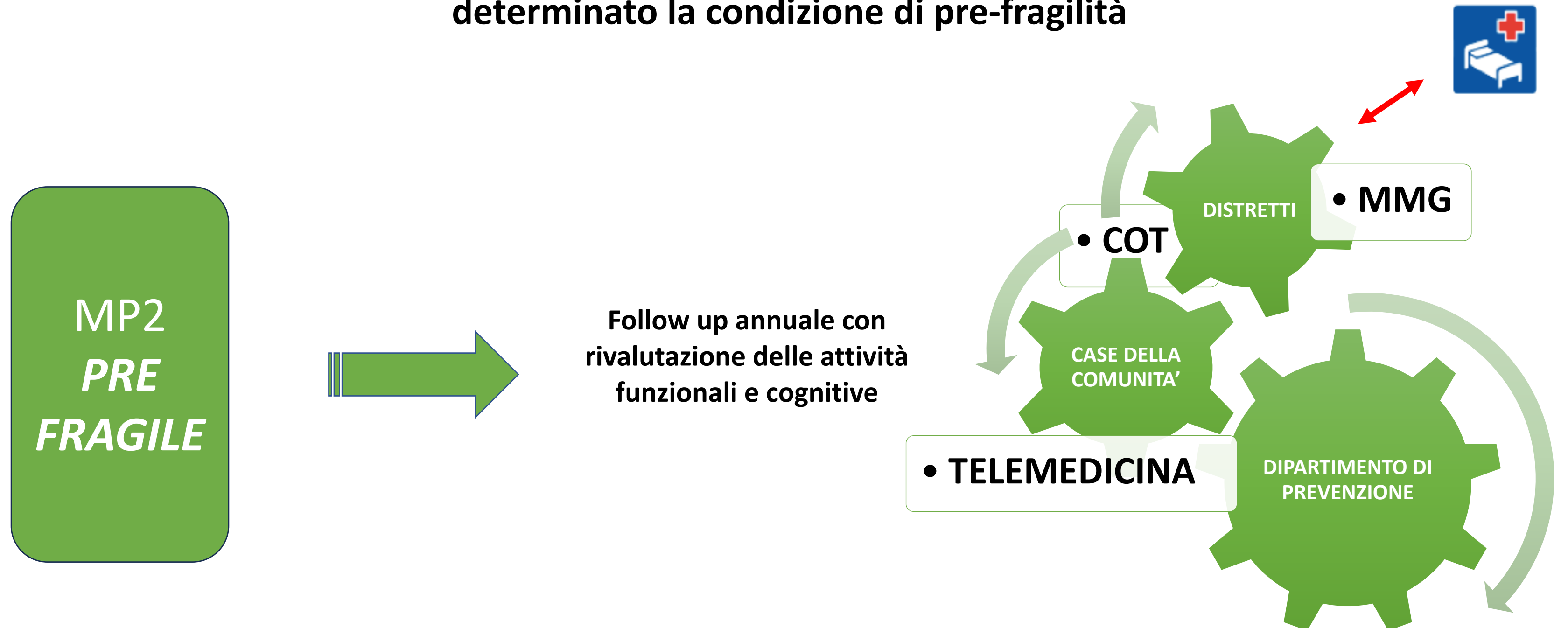


Interventi di promozione
e prevenzione della salute



- Programmi di attività fisica
- Aggregazione e socializzazione
- Collaborazione con le strutture e le istituzioni competenti (Comuni, biblioteche, palestre, università della terza età, circoli ricreativi, etc)
- Periodici incontri comunitari nei quali saranno fornite indicazioni comportamentali.

Piano di intervento finalizzato al contrasto dei fattori che hanno determinato la condizione di pre-fragilità

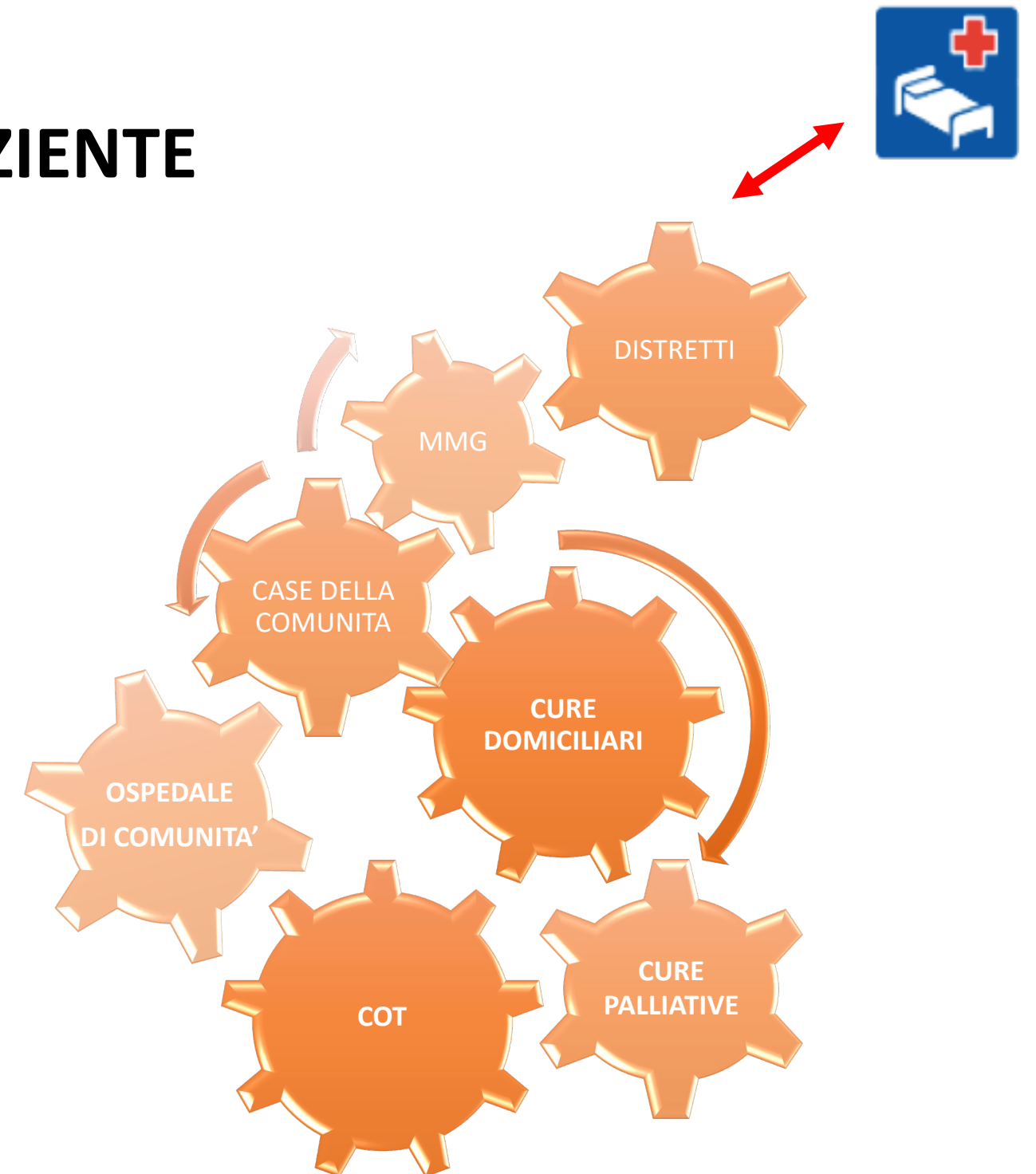


LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

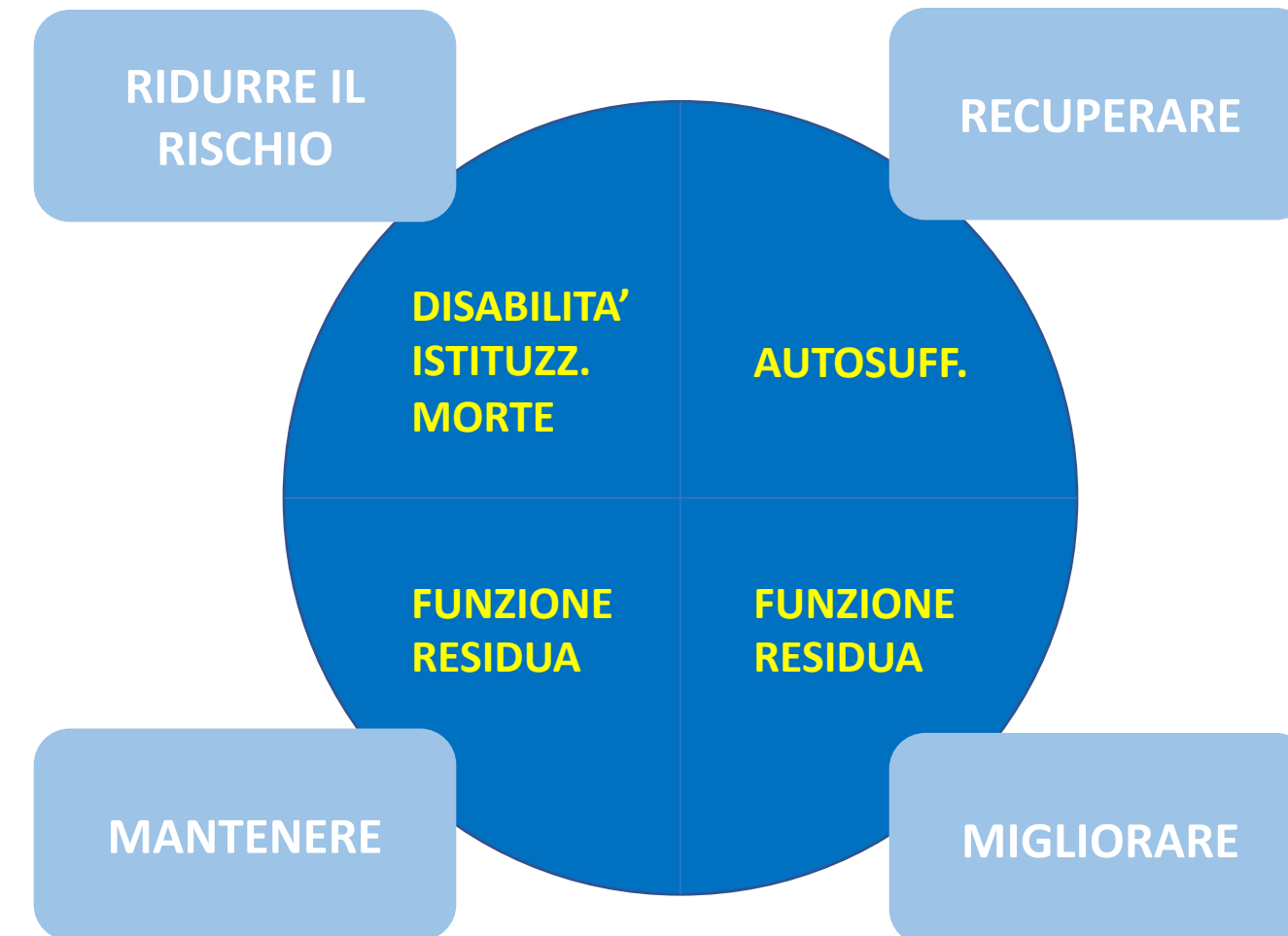
**MPI 3
FRAGILE**

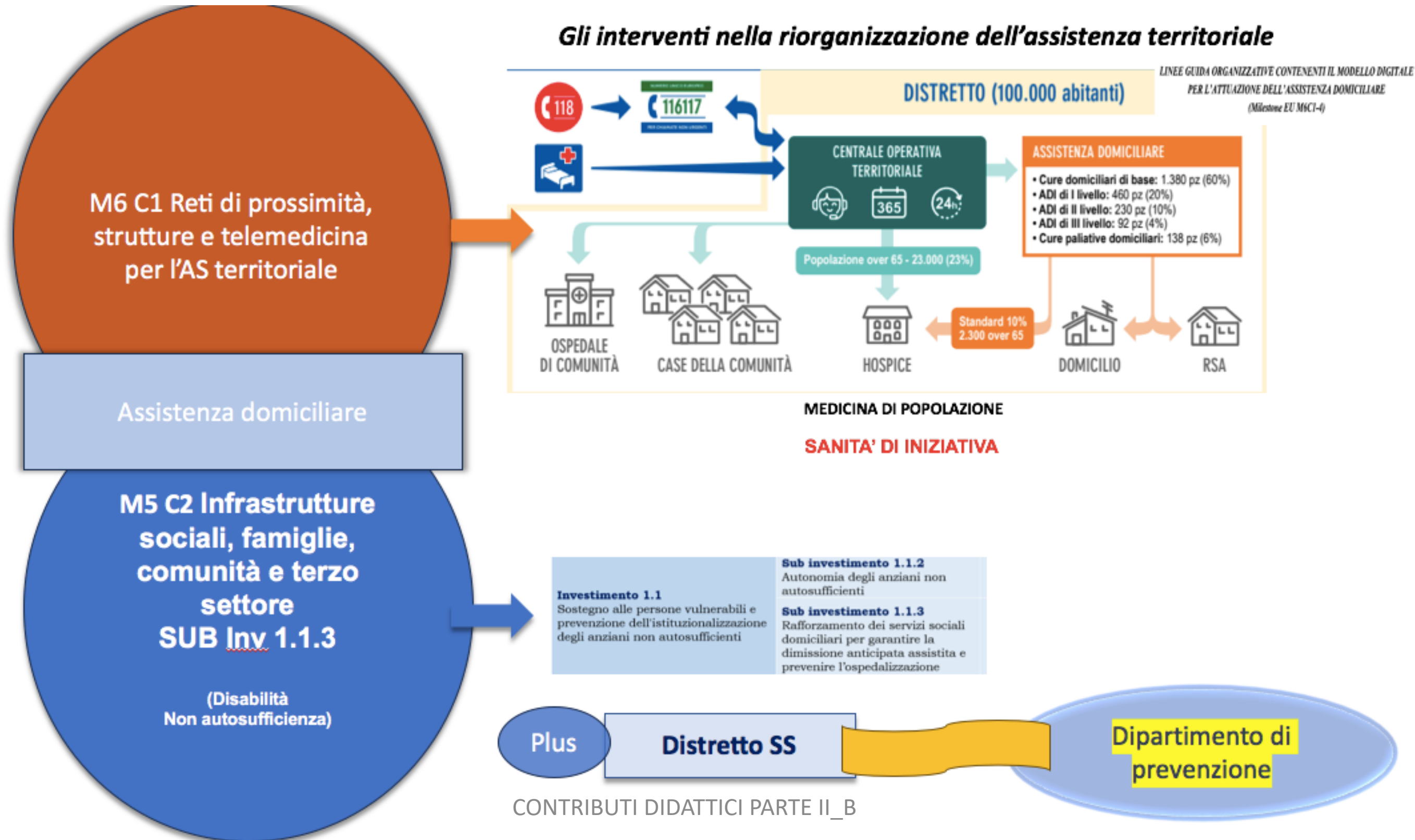


**Programma personalizzato per il
recupero e/o il mantenimento
delle abilità funzionali residue**

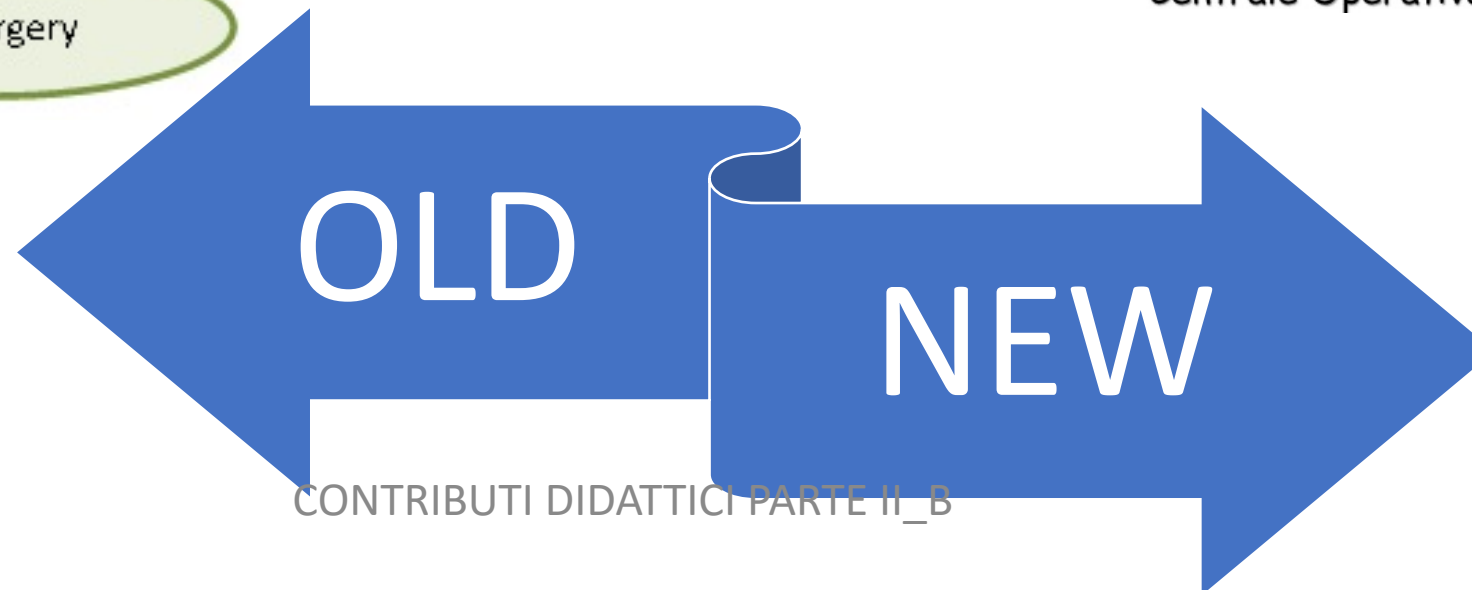
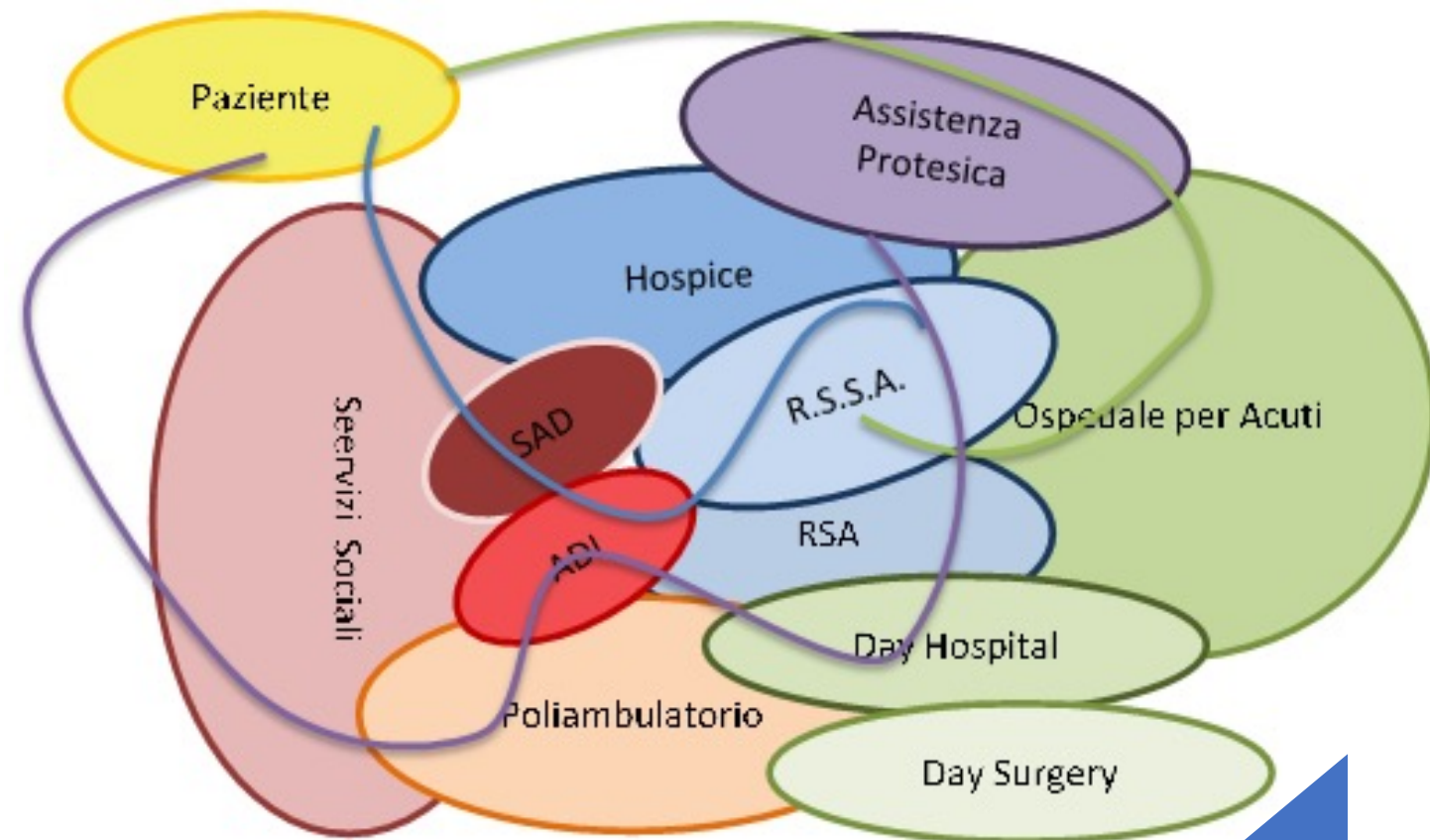


ANZIANO FRAGILE: PIANI SPECIALI DI INTERVENTO





Necessità di una nuova regia per garantire la continuità dell'assistenza





La vita in Sardegna è forse la migliore che un uomo possa augurarsi: ventiquattromila chilometri di foreste, di campagne, di coste immerse in un mare miracoloso dovrebbero coincidere con quello che io consiglierei al buon Dio di regalarci come Paradiso...»

F. De Andrè

RELAZIONE INTERVENTO AGNESE FODDIS

*DIRETTORE GENERALE ARNAS
"G.BROZTU" CAGLIARI*



**FOCUS ON: IL SISTEMA ORGANIZZATIVO TRAPIANTI
ORGANI E TESSUTI: APPROCCIO INTEGRATO
OSPEDALE TERRITORIO**

MACRO – AREE TEMATICHE DI RIFERIMENTO

NORMATIVA

PIANIFICAZIONE ORGANIZZATIVA E OPERATIVA ●

PIANIFICAZIONE FINANZIARIA

HUMAN CAPITAL ●

**DOTAZIONI STRUTTURALI E INFRASTRUTTURE
TECNOLOGICHE** ●

STANDARD DI SICUREZZA DELLE CURE

INDICE DEL DONO

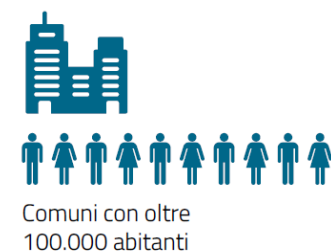


REGIONI

- 1 PA Trento
- 2 Valle d'Aosta
- 3 Sardegna

PROVINCE

- 1 NUORO
- 5 SASSARI
- 8 SUD SARDEGNA
- 9 ORISTANO
- 13 CAGLIARI



2 ^ Sassari



3 ^ Alghero

2 ^ Nuoro



7 ^ Oliena



3 ^ Cardedu

5 ^ Elini

10 ^ Lunamatrona



ATTIVITA'

INIZIO ATTIVITA'

1° TRAPIANTO RENE NEL 1988 - AD OGGI OLTRE 1300 TX

1° TRAPIANTO CUORE NEL 1989 – AD OGGI OLTRE 230 TX

1° TRAPIANTO FEGATO NEL 2004 – AD OGGI OLTRE 500 TX

NEGLI ULTIMI 5 ANNI

- 316 PAZIENTI TRAPIANTATI (17 cuore –172 reni – 146 fegato)
- 175 CORNEE TRAPIANTATE
- 143 DONATORI
- 39 OPPOSIZIONI PARI AL 27.2 % delle quali **15 espresse in vita**

CTMO – EMATOLOGIA PO BUSINCO

363 TRAPIANTI DI MIDOLLO

- 151 ALLOGENICI
- 212 AUTOLOGHI

NEL 2023

- 24 TX DI RENI - 26 TX DI FEGATO - 5 TX DI CUORE
- 2 TX COMBINATI FEGATO / RENI
- 31 TX DI CORNEA

CTMO – EMATOLOGIA PO BUSINCO

69 TRAPIANTI DI MIDOLLO

- 35 ALLOGENICI
- 34 AUTOLOGHI



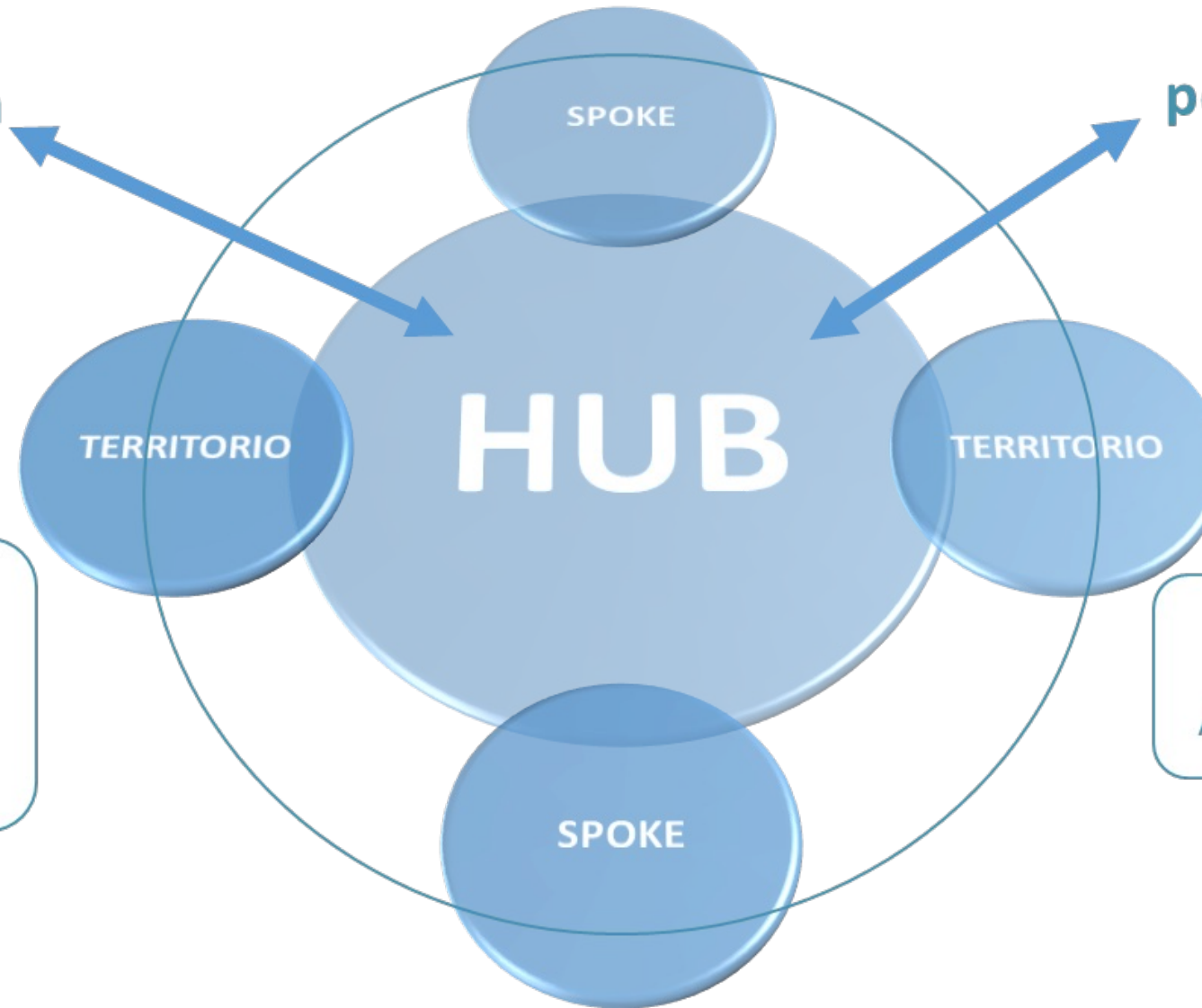


HUB - SPOKE e TERRITORIO



Inserimento in lista d'attesa

percorso di follow up



Approccio / percorsi multi professionali e multidisciplinari con intervento proattivo e condiviso

Centro Specialistico di riferimento
Ambito territoriale : specialistica , spoke e MMG.

Cura degli aspetti extraclinici : psicologici, sociali e culturali
che interferiscono in modo decisivo con l'andamento della presa in carico del paziente da parte del team curante.



“Walk of Respect”

il modo in cui lo staff sanitario ringrazia i donatori



Team chirurgico rende omaggio ad un donatore

RELAZIONE INTERVENTO

CHIARA SEAZZU

Direttore Generale AOU Cagliari

FOCUS ON: INTELLIGENZA ARTIFICIALE DIAGNOSI E STADIAZIONE DEI TUMORI



MACRO – AREE TEMATICHE DI RIFERIMENTO

NORMATIVA

PIANIFICAZIONE ORGANIZZATIVA E OPERATIVA ●

PIANIFICAZIONE FINANZIARIA

HUMAN CAPITAL ●

**DOTAZIONI STRUTTURALI E INFRASTRUTTURE
TECNOLOGICHE** ●

STANDARD DI SICUREZZA DELLE CURE ●



**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI**

AI



Dottorssa Chiara Seazzu
Direttore Generale Aou Cagliari

INTELLIGENZA ARTIFICIALE E SANITÀ

L'Intelligenza Artificiale (Artificial Intelligence, AI nella dizione anglosassone) si sta diffondendo velocemente nel mondo sanitario e, in particolare, nella **diagnostica per immagini**, con la prospettiva, per gli operatori, di doversi confrontare, più o meno a breve termine, con sistemi esperti in grado di modificare significativamente i percorsi diagnostici e terapeutici, le modalità decisionali del medico e, in ultimo, anche il rapporto medico-paziente.

IA, diagnosi e stadiazione dei tumori

La nuova **piattaforma** dell'AOU di Cagliari è **destinata a supportare i medici (DSS) per la diagnosi e stadiazione dei tumori al retto.**

Funzionalità

- Leggere le ecografie
- Visualizzare e annotare le ecografie
- I.A. per identificare e dimensionare la stadiazione del tumore
- Analisi e classificazione dei referti medici
- I.A. per suggerire la prognosi di pazienti simili



ALCUNI DETTAGLI TECNICI

+



Interoperabilità e cloud solution:

sono state definite delle API come punto di contatto fra il cloud e altre soluzioni informatiche.



Open Contribution:

Altre aziende sanitarie e ospedaliere possono accedere alle funzionalità della piattaforma e **contribuire al popolamento del dataset** in maniera compartimentalizzata ovvero ogni azienda accede esclusivamente ai propri dati; i **dataset anonimizzati verranno impiegati per l'addestramento dei modelli di I.A.**



Open Source:

Aidoc è Open source e realizzata secondo i requisiti tecnici stabiliti dalle linee guida AgiD.



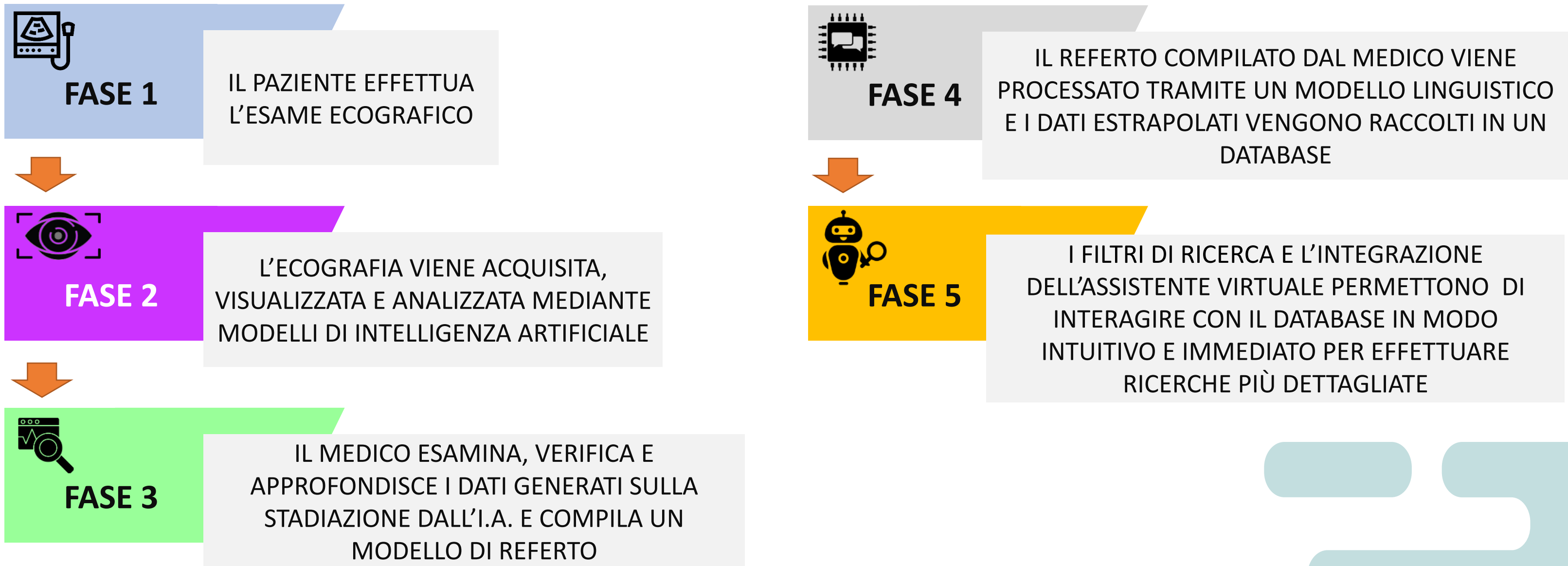
Privacy:

Tutela della privacy dei pazienti e controllo sui dati.

ARCHITETTURA DEL SISTEMA



LA NUOVA PROCEDURA DIAGNOSTICA



VANTAGGI



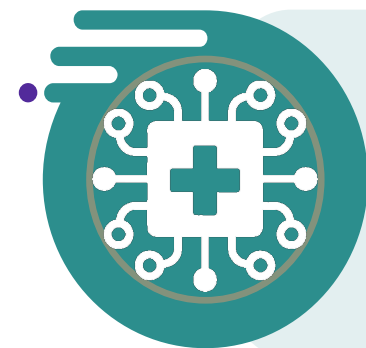
REALIZZARE UN ALBERO DELLA CONOSCENZA DIGITALE SANITARIO PER LA DIAGNOSI E STADIAZIONE DEI TUMORI



MIGLIORARE L'EFFICACIA DELLA DIAGNOSI E STADIAZIONE DEI TUMORI



MIGLIORARE LA SANITÀ TERRITORIALE ATTRAVERSO IL DIGITALE



IMPIEGARE L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE PER REALIZZARE UNO STRUMENTO DI INTELLIGENZA AUMENTATA A SUPPORTO DEI MEDICI

ALCUNE NOTE

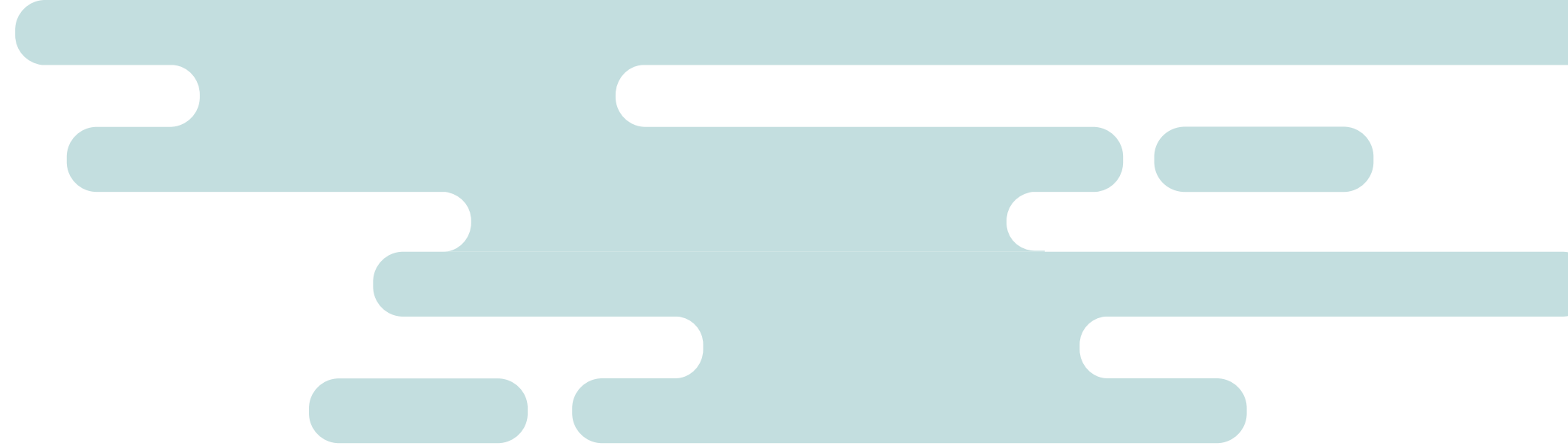
Il Consiglio Superiore di Sanità ha preparato nei mesi scorsi – e pubblicato alcuni giorni fa sul sito del Ministero della Salute – un importante documento dal titolo **“I sistemi di intelligenza artificiale come strumento di supporto alla diagnostica”**:



Ministero della Salute

Consiglio Superiore di Sanità

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3218_allegato.pdf
“I sistemi di intelligenza artificiale come strumento di supporto alla diagnostica”



CARATTERISTICHE DELLA SOLUZIONE INNOVATIVA

La piattaforma è realizzata secondo la formula dell'**appalto pre commerciale** relativo ai servizi di ricerca e sviluppo e finanziata con **i fondi pubblici di Sardegna Ricerche**.

RELAZIONE INTERVENTO

ANTONIO LORENZO SPANO

DIRETTORE GENERALE AOU SASSARI



FOCUS ON: INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - PROGETTO PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI COLPITI DA ICTUS - MODELLO ORGANIZZATIVO PER LE DIMISSIONI DIFFICILI

MACRO – AREE TEMATICHE DI RIFERIMENTO

NORMATIVA



PIANIFICAZIONE ORGANIZZATIVA E OPERATIVA



PIANIFICAZIONE FINANZIARIA

HUMAN CAPITAL



**DOTAZIONI STRUTTURALI E INFRASTRUTTURE
TECNOLOGICHE**

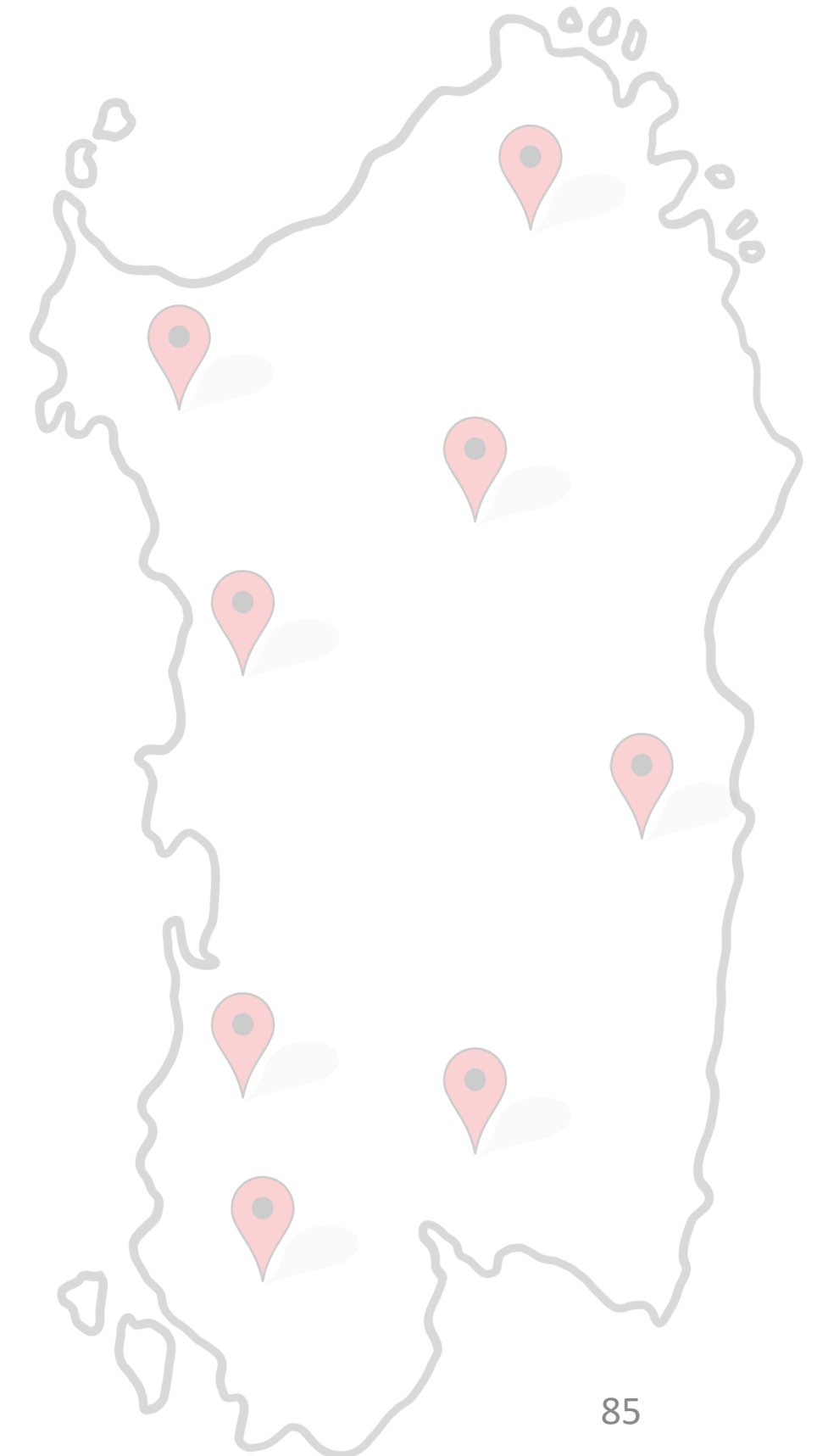


STANDARD DI SICUREZZA DELLE CURE

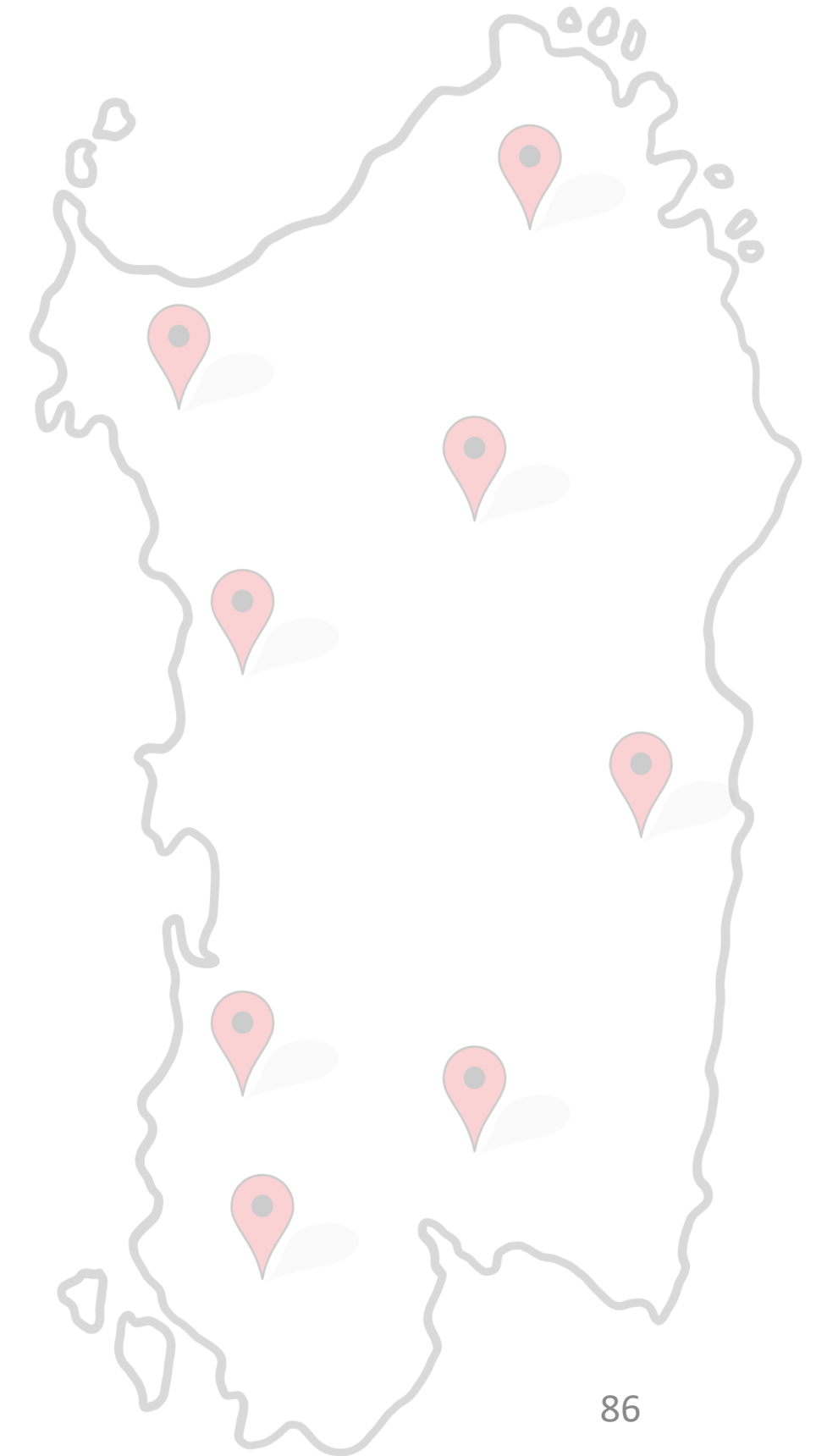


I nostri progetti interaziendali con il territorio:

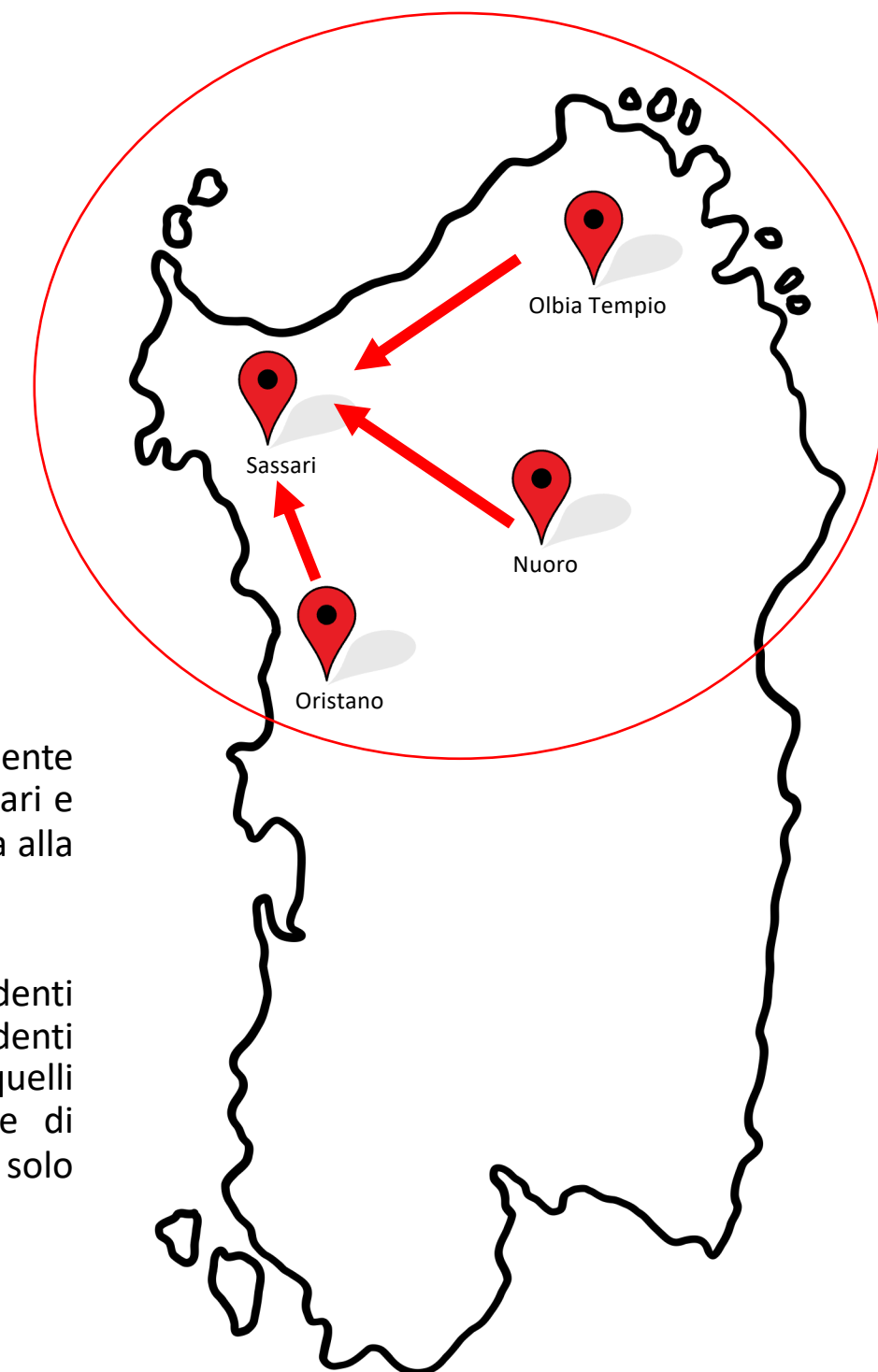
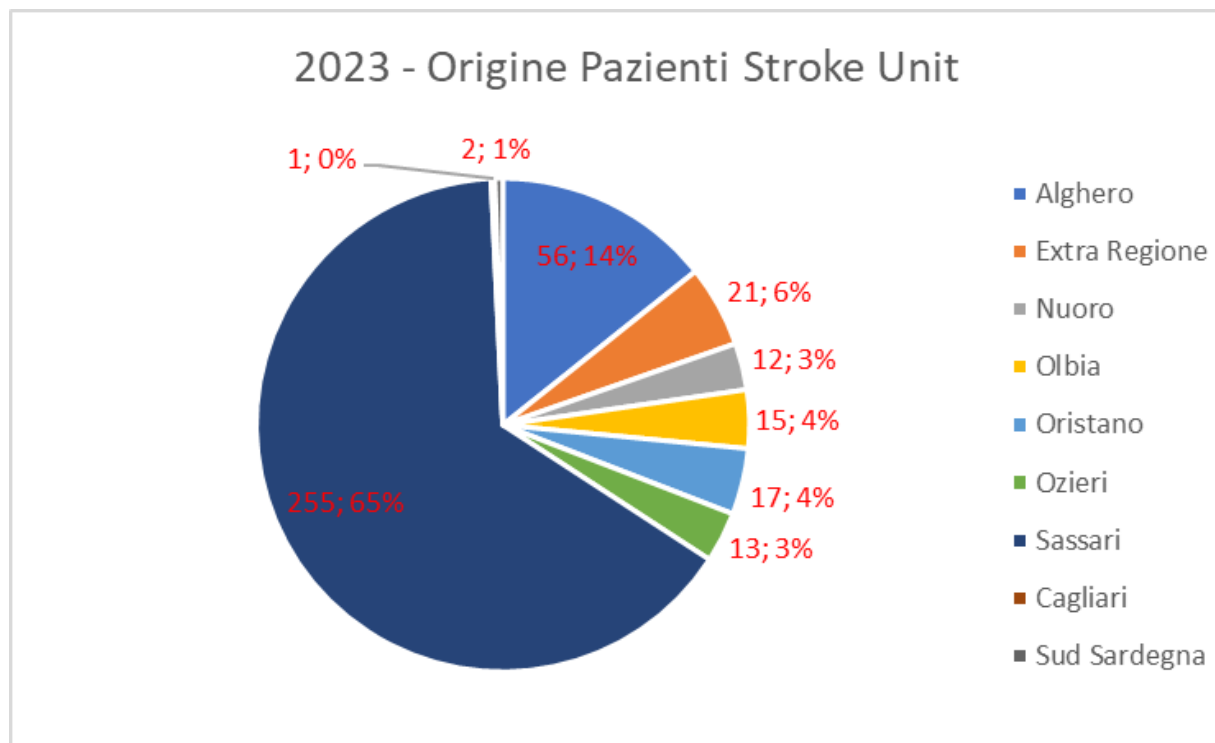
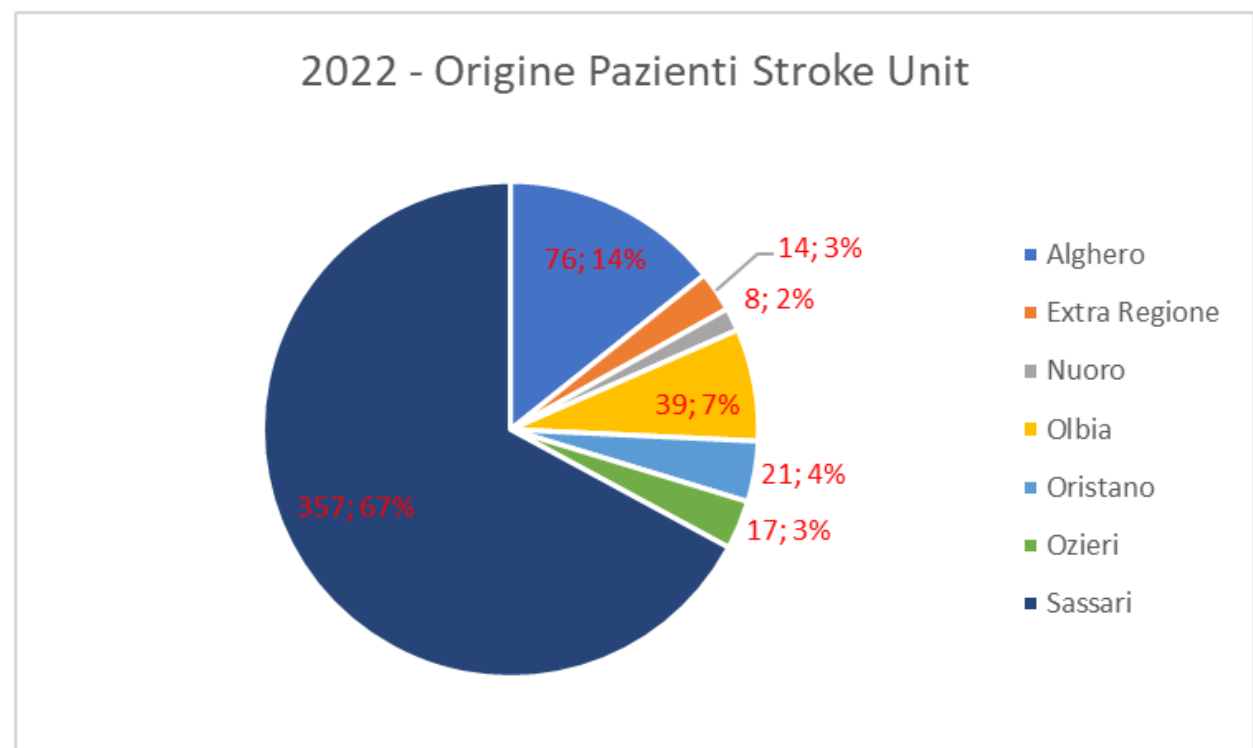
1. Percorso per la gestione dei pazienti colpiti da ictus
2. Modello organizzativo per le dimissioni difficili



Percorso per la gestione dei pazienti colpiti da ictus



Percorso per la gestione dei pazienti colpiti da ictus: Contesto



Ricoveri Stroke Unit

Altre U.O.

	Accessi PS		Ricoveri	%	Degenza Media	Degenza Media
2022	532	→	254	47,7%	8,1	11
2023	392*	→	159	40,6%	8,2	17
TOT	924	→	413	44,7%	8,2	13

- In Sardegna la TC perfusionale è presente esclusivamente presso le Stroke Unit di Sassari e di Cagliari. La Stroke Unit di Sassari partecipa alla rete per l'ictus come centro di II livello
- Alla AOU di Sassari afferiscono i pazienti residenti nel territorio della AOU Sassari, quelli residenti nei distretti di Alghero e Ozieri e spesso quelli residenti nei territori delle ASL Gallura e di Nuoro, dove sono presenti Stroke Unit solo parzialmente operative.

I pazienti per cui non venga posta indicazione al trattamento riperfusivo e quelli, non residenti nel distretto, che dopo il trattamento e la stabilizzazione terminano il loro percorso clinico all'interno dell'azienda, rimangono comunque in carico alla AOU SS. Questo contribuisce al sovraffollamento dei reparti e limita l'ingresso di nuovi pazienti in Stroke Unit.

Percorso per la gestione dei pazienti colpiti da ictus: OBJ e perimetro

- La recente attivazione presso la AOU di Sassari della TC perfusionale ha aumentato notevolmente il numero di pazienti potenzialmente trattabili grazie all'estensione della finestra terapeutica.
- La rete per l'ictus attualmente vede concretizzata e pienamente operativa esclusivamente la fase di centralizzazione del paziente con sospetto ictus, mentre è del tutto assente la componente di decentralizzazione che completa il sistema Hub & Spoke
- I pazienti per cui non venga posta indicazione al trattamento riperfusivo e quelli, non residenti nel distretto, che dopo il trattamento e la stabilizzazione terminano il loro percorso clinico all'interno dell'azienda, rimangono comunque in carico alla AOU SS. Questo contribuisce al sovraccollamento dei reparti e limita l'ingresso di nuovi pazienti in Stroke Unit.



OBIETTIVI DEL PROGETTO

Il progetto ha la finalità di ottimizzare la rete esistente per l'assistenza ai pazienti con sospetto ictus ischemico, implementando la collaborazione fra ospedale HUB e ospedali SPOKE della rete ictus Nord Sardegna.

Gli obiettivi attesi sono:

- Ridurre il numero di accessi impropri;
- Incrementare il turn over dei letti;
- Diminuire il tempo medio di degenza presso l'HUB;
- Migliorare la qualità dell'assistenza per pazienti provenienti da fuori territorio

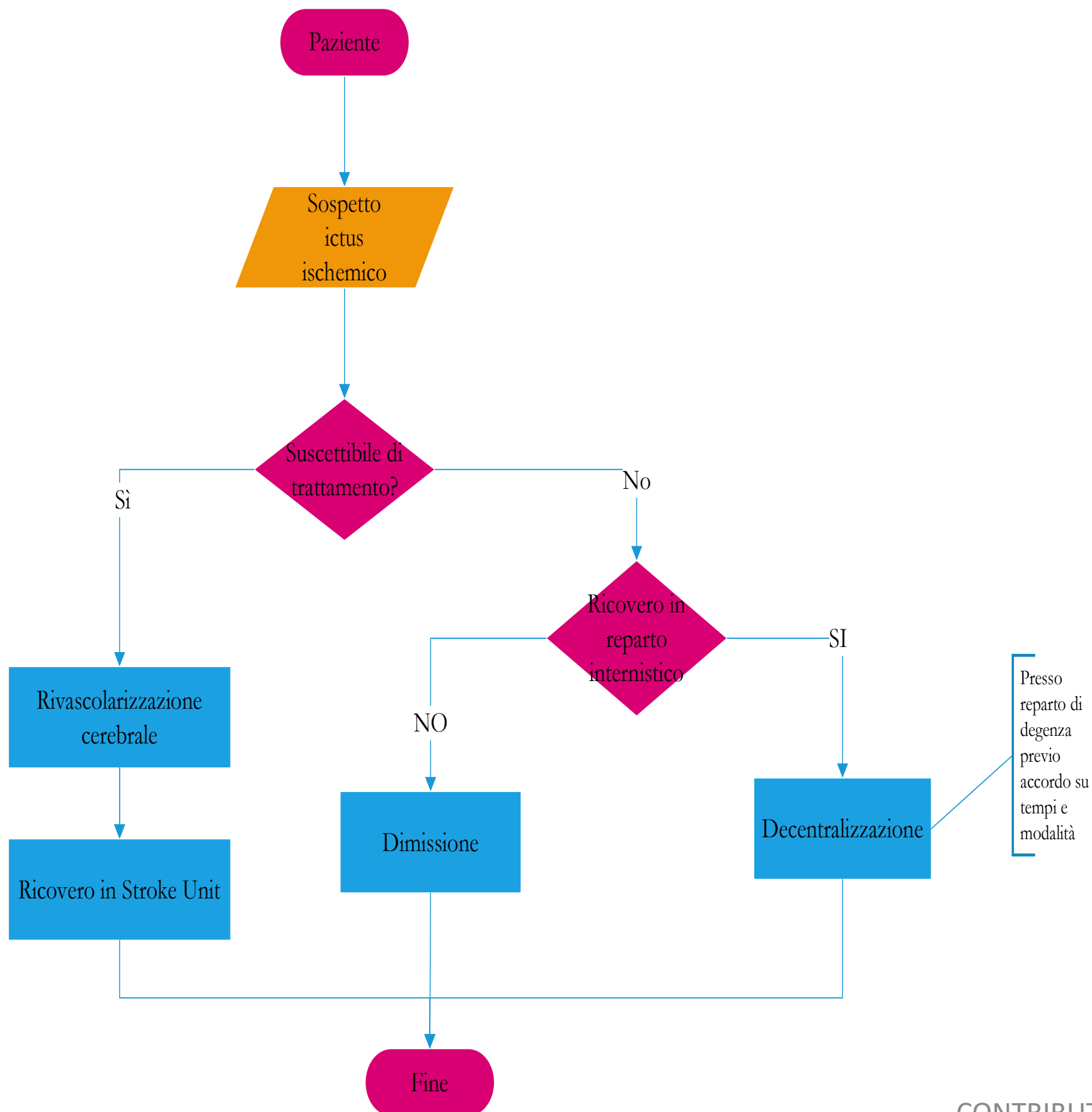
PERIMETRO DEL PROGETTO

Centralizzazioni tramite 118

Centralizzazioni da ospedali Spoke

Ricoveri in Stroke Unite

Percorso per la gestione dei pazienti colpiti da ictus:



Tipologia paziente

Pazienti provenienti con il sistema di emergenza territoriale (118) per sospetto Ictus ischemico da territori non appartenenti al distretto di Sassari, dopo prenotazione alla Stroke Unit e al PS.

Azioni

Registrazione in PS di Sassari per valutazione specialistica in Stroke Unit ed eventuale approfondimento diagnostico neuro radiologico e/o generale.

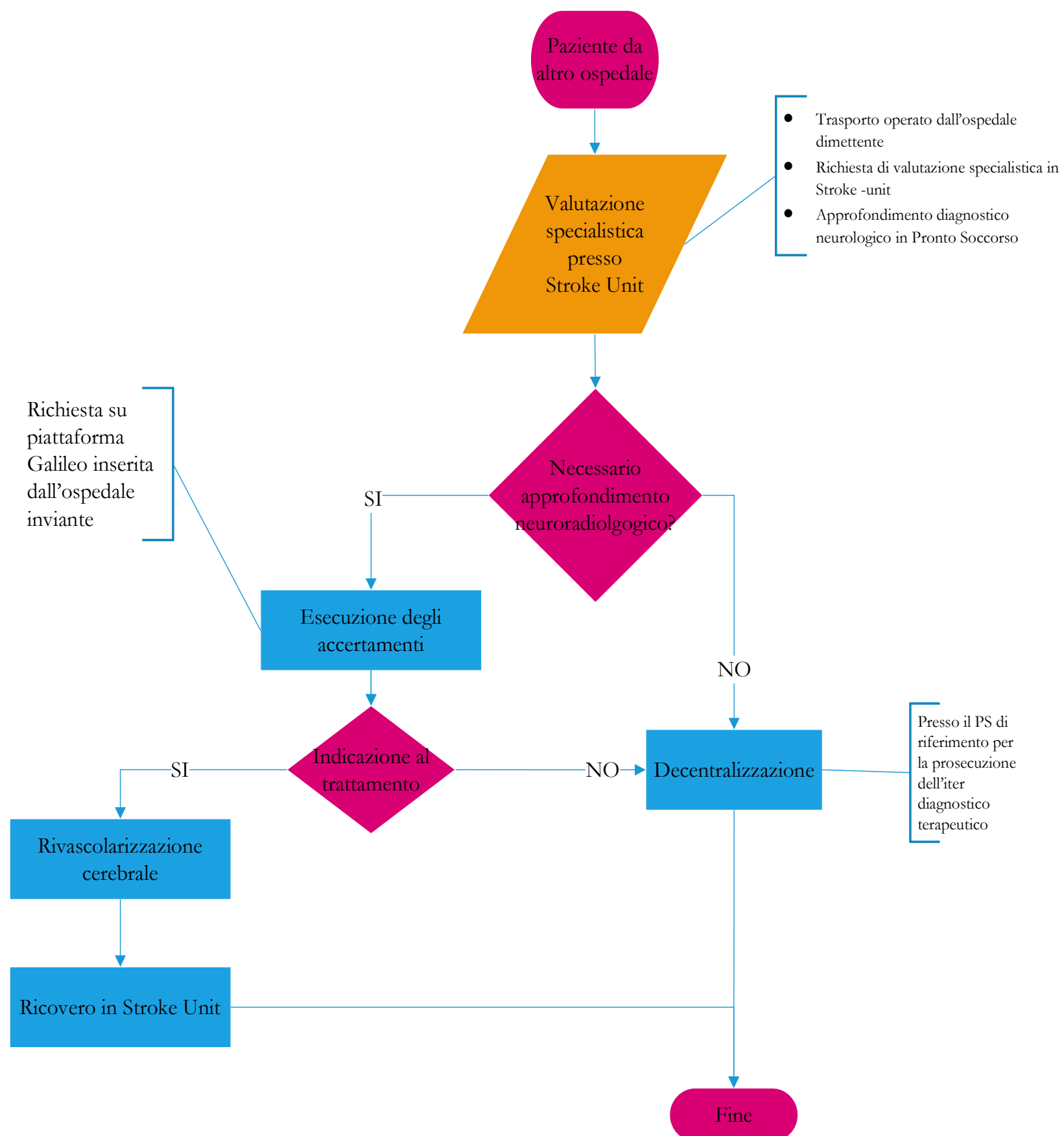
Esito

Se suscettibile di trattamenti di rivascolarizzazione cerebrale verranno ricoverati in Stroke Unit; se non suscettibile di trattamenti di rivascolarizzazione cerebrale, al termine delle suddette valutazioni, il paziente o sarà dimesso direttamente, o sarà richiesto, in caso di necessità di ricovero in reparto internistico, il trasferimento in un reparto degli Ospedali di riferimento per territorialità.

Back Transfer

la decentralizzazione dovrà essere garantita ed operata da parte della AOU di Sassari in relazione ai tempi di possibile accettazione presso il reparto accettante, mediante trasporto su gomma protetto. (rimborso delle spese all'AOU da parte dell'ASL di appartenenza). La destinazione dovrà essere il reparto di destinazione, dovrà avvenire appena possibile, previo accordo relativo col reparto stesso; sarà accompagnato da foglio del 118 che ha centralizzato il paziente (mike03 per Alghero, mike04 per Ozieri)

Percorso per la gestione dei pazienti colpiti da ictus:



Tipologia paziente

Pazienti provenienti da altri Ospedali Spoke (reparti di degenza o PS) con trasporto operato dallo stesso Ospedale, con richiesta di valutazione specialistica in Stroke Unit e/o approfondimento diagnostico neuroradiologico

Azioni

Accesso diretto alle prestazioni richieste previo contatto telefonico alla Stroke Unit e richiesta su sistema galileo sia per quanto riguarda la valutazione specialistica da parte della Stroke Unit che per quanto riguarda la diagnostica neuroradiologica; le richieste su sistema galileo degli esami neuroradiologici, se indicati, dovranno essere effettuate dai medici del PS o reparto inviante immediatamente dopo valutazione specialistica della Stroke Unit (al momento non è possibile effettuarle se non con richiesta di PS di Sassari e/o inserimento manuale della Radiologia di Sassari); i pazienti dovranno essere accompagnati ed assistiti dal personale che ha effettuato il trasporto di centralizzazione.

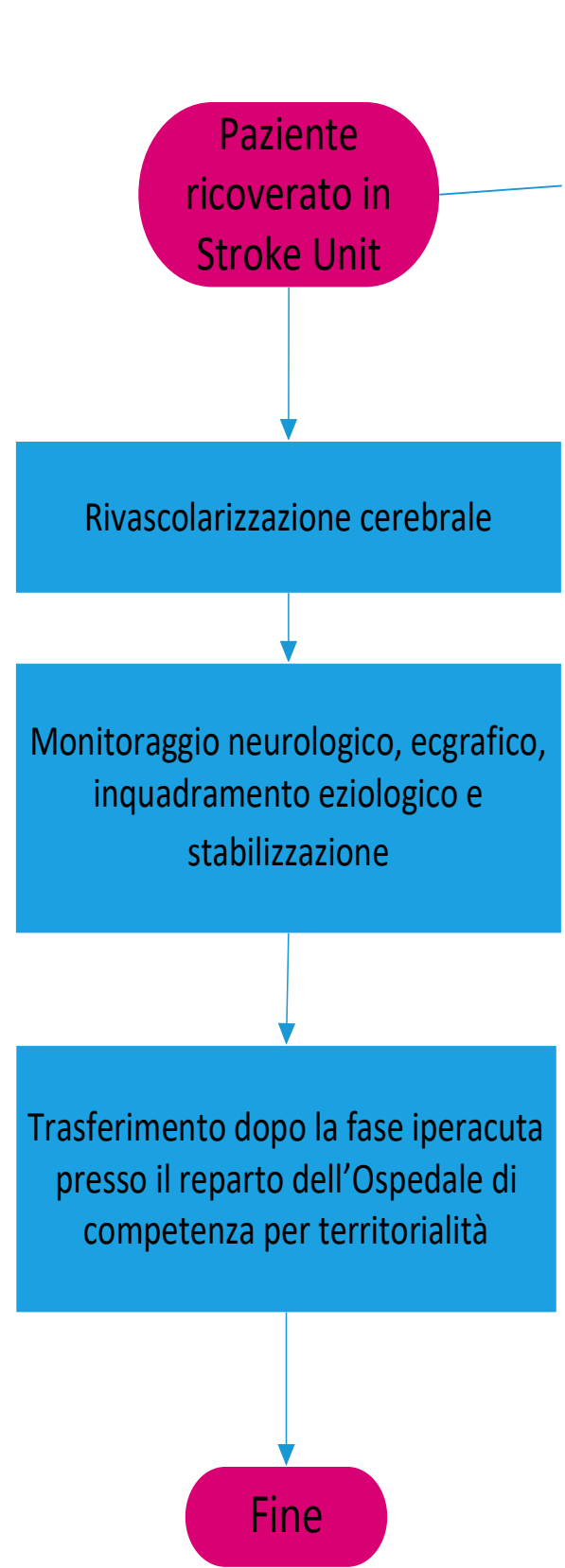
Esito

Se sono suscettibili di trattamenti di rivascolarizzazione cerebrale verranno ricoverati in Stroke Unit; se non sono suscettibili di trattamenti di rivascolarizzazione cerebrale, al termine delle suddette valutazioni, verranno ri-trasferiti negli Ospedali di provenienza.

Back Transfer

la decentralizzazione avverrà con la medesima equipe ed il medesimo mezzo che ha centralizzato il paziente.

Percorso per la gestione dei pazienti colpiti da ictus:



- Residenti fuori dal distretto di Sassari
- Sottoposti a trattamenti di rivascolizzazione cerebrale

Tipologia paziente

Pazienti centralizzati e ricoverati in Stroke Unit, residenti fuori dal distretto di Sassari, sottoposti a trattamenti di rivascolizzazione cerebrale.

Azioni

Trattamento di rivascolizzazione cerebrale, monitoraggio neurologico, ecografico, inquadramento eziologico e iniziale stabilizzazione

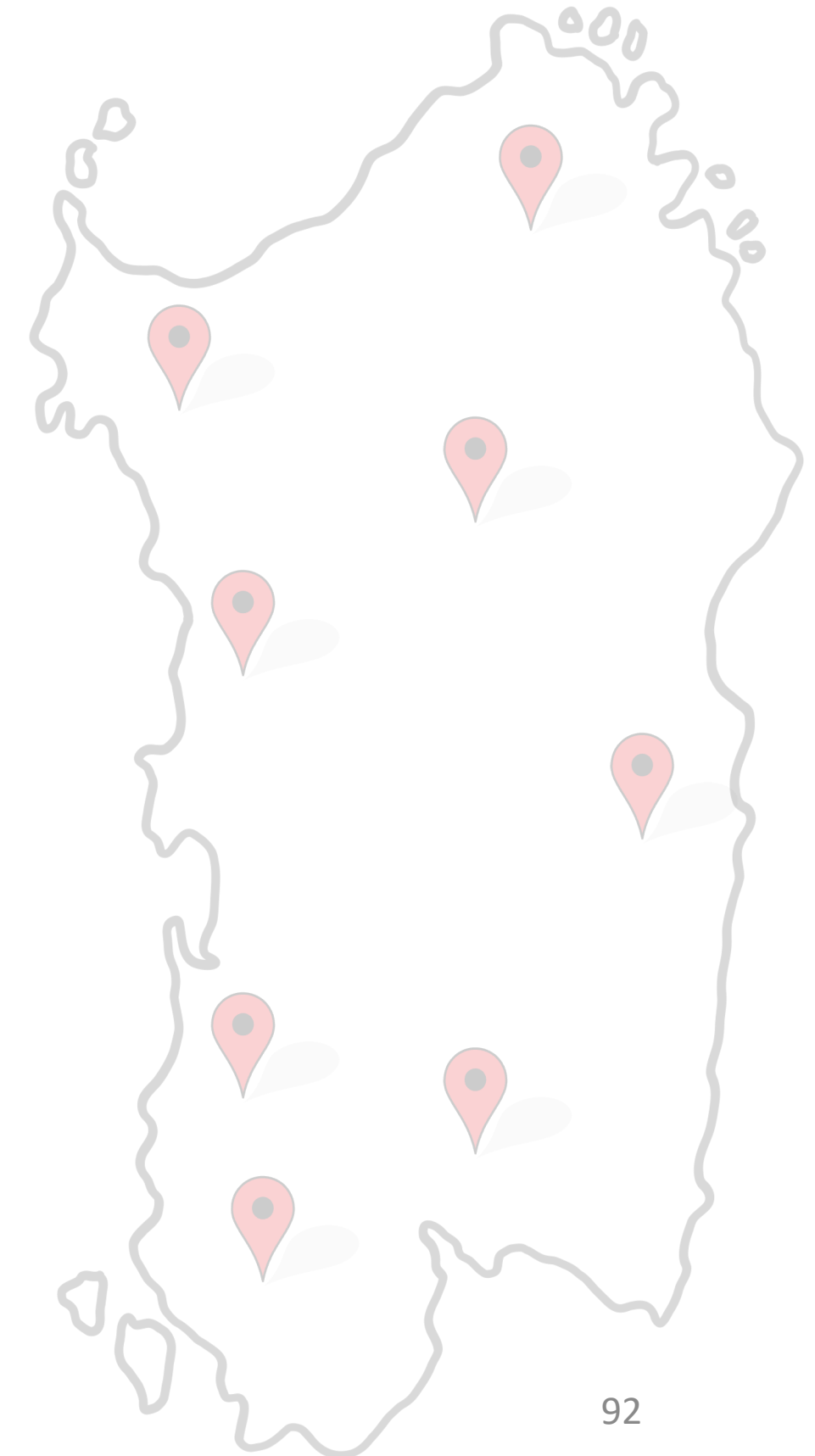
Esito

Trasferimento dopo la fase iperacuta (3-5 giorni in media) presso l'ospedali di competenza per territorialità, che abbia le competenze necessarie per la prosecuzione delle cure.

Back Transfer

Il trasporto protetto sarà garantito ed operato da parte della AOU Sassari verso il reparto dell'ospedale di riferimento individuato, previo accordo col personale del reparto accettante sulle modalità e sulla tempistica del trasferimento per la gestione dell'ictus ischemico dopo la fase iperacuta.

Modello organizzativo per le dimissioni difficili



Modello organizzativo per le dimissioni difficili

WHAT IS ??

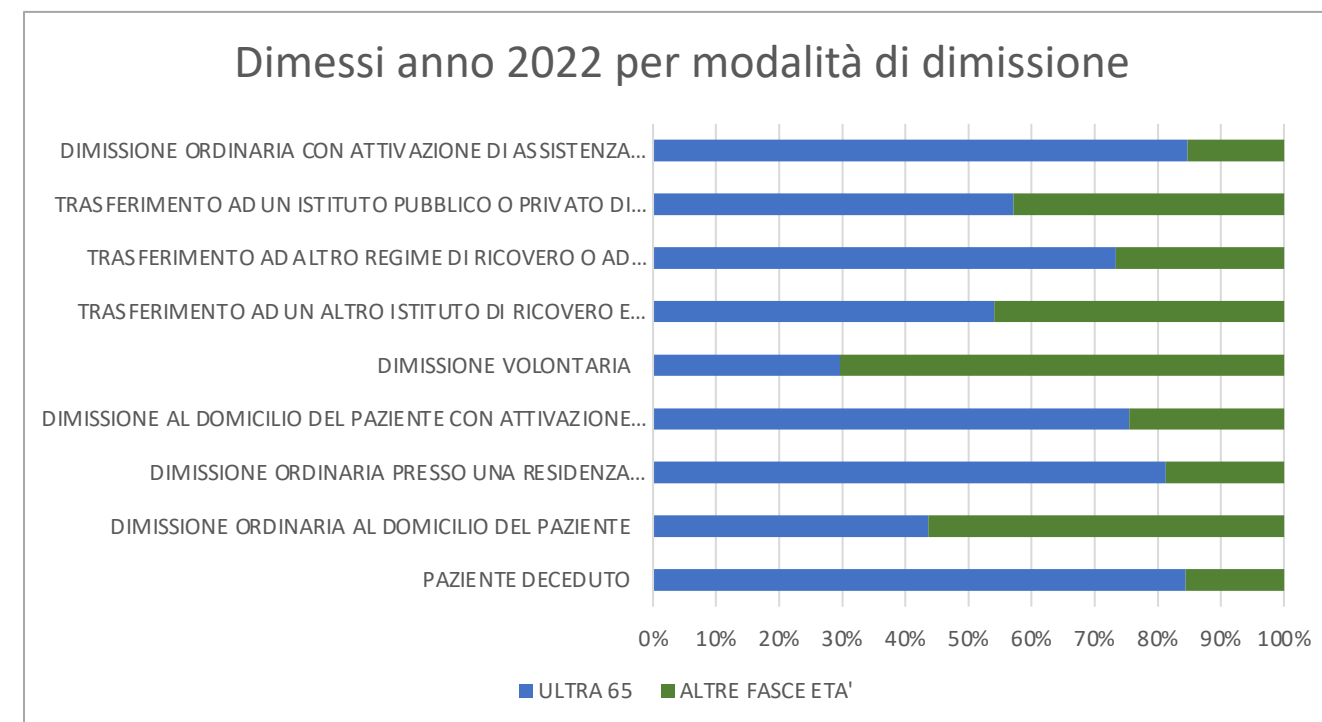
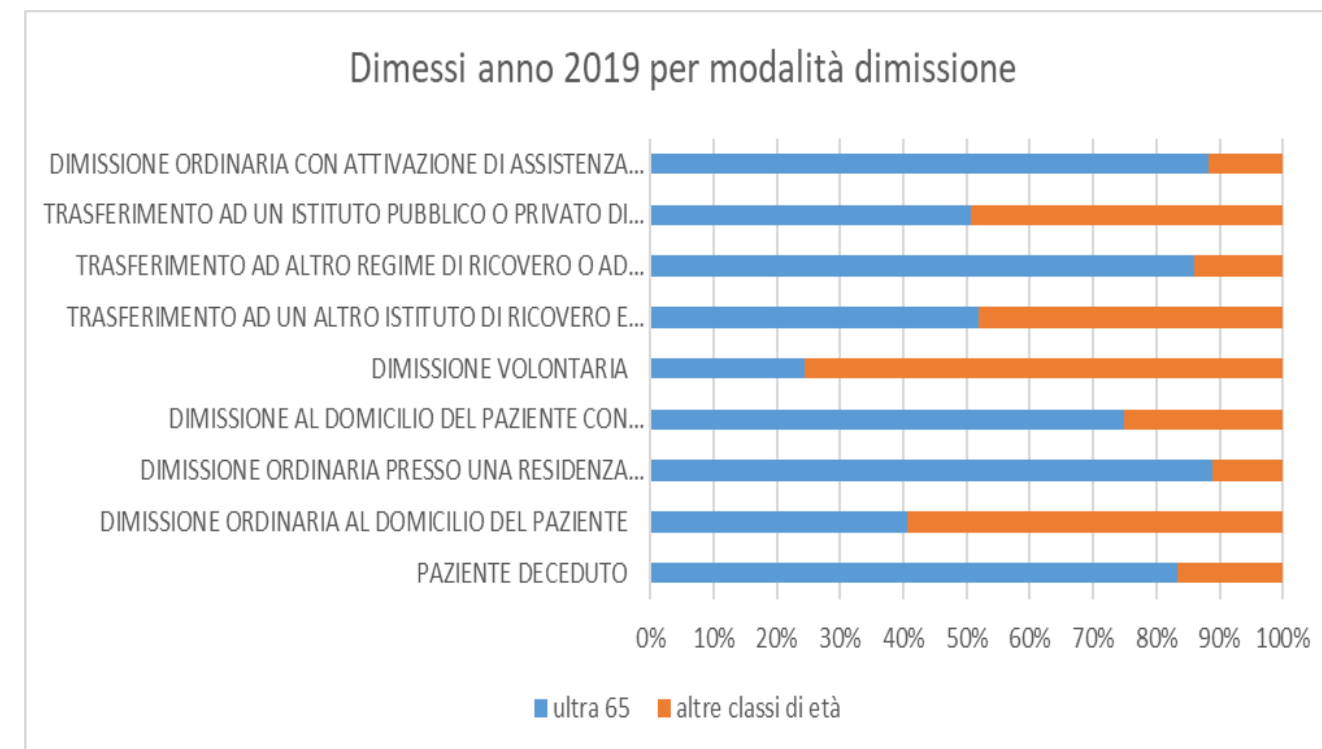
Dimissione difficile: dimissione ospedaliera di persone che vivono una situazione di disabilità permanente o temporanea per la quale è richiesta la mobilitazione di risorse umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del paziente e dei familiari, implicando un coinvolgimento della rete dei servizi sanitari e sociali sia ospedalieri che territoriali.

HOW MANY ??

	2019	2022	2023 (1° semestre)	
Pazienti dimessi	35.732	33.654	15.532	Dimiss. difficili aprile-ott. 2023
Pazienti dimessi in regime ricovero ordinario	27.628	23.519	11.874	Under 65
Pazienti over 65	12.378	11.204	5.479	28 (10%)
% Pazienti over 65	44,80%	47,64%	46,14%	Over 65
				258 (90%)

Sono sempre più numerosi i **bed blocker**, ovvero i blocca letti. Chi sono? Sono quegli **anziani** che, hanno più di **70 anni**, sono completamente soli e non possono essere dimessi dagli ospedali perché non hanno alcun tipo di assistenza. Letteralmente non sanno dove andare.

DISCHARGE PROCEDURE



Modello organizzativo per le dimissioni difficili: il caso emblematico

I nostri pazienti

130

La storia di Piera
51 anni

- Un passato da “sbandata”, vive nel centro città in uno scantinato buio, sopra la casa dei genitori anziani che non possono più aiutarla.
- Ripetuti ricoveri... 130 gg di degenza negli ultimi 6 mesi del 2022 e velate richieste di aiuto con atti dimostrativi e aggressività, rifiuta la terapia e non mangia piu’...
- Nuovo ricovero in Medicina Interna...a febbraio 2023: si cerca una strada insieme e si avviano i percorsi con il Distretto ASL e i Servizi Sociali del Comune...
- Piera sorride, è tranquilla, “rinata”, dopo 13 giorni è dimissibile, ma dove ???

121

21

La storia di Gina
75 anni

- Ex Infermiera...con tanta solitudine
- una figlia all'estero che non vede da decenni
- Vive in camper e la memoria vacilla... (decadimento cognitivo)
- FRATTURA FEMORE...operata → rimessa in piedi
- Ma non sa più dove andare...
- 7 gg di Degenza e Gina è guarita ma ?
- La sua degenza durerà 21 giorni
- ... Gina però non sarà piu’ sola

CRITICITA’

Mancanza di precoce programmazione dell’attivazione di un percorso assistenziale pre-dimissione

Prolungamento delle giornate di degenza: rischi e complicanze correlati e mancata appropriatezza clinica e organizzativa e spreco risorse.

Analisi dei costi giornate di degenza nei diversi setting assistenziali

- Giornata di degenza nei reparti per acuti a media intensità assistenziale: costo medio **circa 650 euro giornalieri**
- Giornata di degenza in RSA: mediana costo di **circa 112 euro giornalieri**

setting assistenziale appropriato

=

miglioramento allocazione risorse

Modello organizzativo per le dimissioni difficili

Criticità

IL DOSSIER DEI MEDICI INTERNISTI

Ospedali come rifugi per un milione di anziani soli

Ricoveri prolungati di 7 giorni: «Non hanno nessuno, risolviamo un problema sociale»

Maria Sorbi

■ A casa non c'è nessuno che li aspetta. E loro, nonostante le dimissioni dall'ospedale, non hanno le forze per badare a se stessi, lavarsi, rifare il letto e fare la spesa dopo il periodo del ricovero. Figuriamoci provvedere alle medicazioni personali o alle iniezioni. Per questo un milione di anziani soli resta in reparto un po' più del dovuto, accuditi dagli infermieri e coccolati da quel via vai di medici e assistenti che, in fondo in fondo, non vorrebbero lasciare. In media la degenza viene prolungata di una settimana in più, una forma di umanità assolutamente empatica e necessaria. Ma colmare la mancanza di assistenza a casa di così tanti anziani, costa parecchio: sia perché si tengono occupati «inutilmente» posti letto (cioè 712 euro al giorno a postazione), sia perché si incide sui costi delle strutture.

I ricoveri in medicina interna sono circa un milione e la metà dei ricoverati, quindi

500mila, è over 70 e non ha nessuno. Il 50%, secondo la stima del Fadoi (la società scientifica di medicina interna), resta almeno una settimana più del dovuto: si tratta di 250mila anziani ogni anno. Ma allargando lo sguardo all'insieme dei ricoveri (5 milioni in tutto) si può stimare che in tutti i reparti siano almeno un milione. Ogni anno si contano in totale oltre 2 milioni di giornate di degenza improprie solo nella medicina interna per la difficoltà a dimettere gli anziani che non hanno sostegno familiare o risorse per un'assistenza a casa. È questo il peso che ricade indebitamente sulla sanità pubblica a causa delle carenze del sistema di assistenza sociale, ma anche dei servizi territoriali sanitari poco attrezzati alla presa in carico di questi pazienti. Una survey condotta in 98 strutture da Fadoi indica che dalla data di dimissioni indicata dal medico a quella effettiva di uscita passa oltre una settimana nel 26,5% dei casi, da 5 a 7 giorni nel 39,8% dei pazienti, mentre un altro 28,6% sosta dai due ai quattro giorni più del dovuto.

I dati hanno un retrogusto amaro: il 75,5% dei pazienti anziani non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa, mentre per il 49% non

c'è possibilità di entrare in una Rsa. C'è anche da dire che non per tutti è così immediato accedere alle strutture del territorio e il 22,4% ha difficoltà ad attivare l'assistenza domiciliare.

«Tocchiamo con mano quotidianamente la necessità di farsi carico di problematiche sociali che finiscono per pesare indebitamente sugli ospedali - commenta Francesco Dentali, che dal primo gennaio è diventato il nuovo presidente della Fadoi -. È un quadro che dovrebbe far riflettere sul nostro sistema di assistenza sociale, che secondo l'osservatorio del Cnel per i servizi impiega appena lo 0,42% del Pil, mentre in base ai dati Inps oltre 25 miliardi vengono erogati sotto forma di assegni, come quelli di accompagnamento o di invalidità. Questo senza considerare i 3,4 miliardi erogati direttamente dai Comuni. Un sistema inverso a quello adottato da molti Paesi, soprattutto del Nord Europa, dove l'ottimizzazione delle risorse disponibili passa per un maggiore investimento nei servizi di assistenza alla persona. Fermo restando - conclude Dentali - che c'è anche un'evidente carenza di servizi sanitari intermedi territoriali, perché parliamo pur sempre di pazienti che

al momento del ricovero nei nostri reparti necessitano di una media o alta intensità di cura».

È da capire se il sistema più capillarizzato delle case di comunità (ora non distribuite uniformemente su tutto il territorio ma presto potenziate grazie ai fondi Pnrr) potrà aiutare a risolvere parte del problema. Scettico l'ex presidente Fadoi, Dario Manfredotto: «Le ricette come le Case della Comunità e gli ospedali di Comunità sono vecchie, modelli che abbiamo già definito e sperimentato ma che spesso non funzionano e lo abbiamo visto per esempio col Covid».



ABBANDONO

A casa non li aspetta nessuno e da soli non si possono curare. Tanti anziani restano in ospedale più del dovuto



UNIONE SARDA

15/01/23

Estratto da pag. 3

Lo studio. Usai (Fadoi): anziani in ospedale più del dovuto, non c'è assistenza territoriale

I ricoveri impropri pesano per 11 milioni

Senza familiari che possano assisterli in casa e senza una pensione sufficiente per pagare le rette di una Rsa, con una sanità territoriale che fatica a prenderli in carico una volta usciti dall'ospedale, i ricoverati ultrasessantenni in Sardegna passano in media in un letto d'ospedale fino a quattro giorni oltre il dovuto. Si stima che nell'Isola le giornate di ricovero inappropriate siano circa 16mila per una spesa di 11 milioni di euro.

È quanto emerge da un'indagine di Fadoi, la società scientifica di medicina interna, condotta su 98 strutture ospedaliere in tutta Italia. Nell'Isola, nei reparti di medicina gli over 70 sono oltre la metà nel 50% delle strutture. I ricoverati sono pazienti complessi, che richiedono comunque tra i 5 e i 7 giorni di degenza per essere adeguatamente trattati.

Il problema è che quando lo stesso medico dà disposizione affinché il paziente venga dimesso, quella data quasi mai corrisponde a quella effettiva delle dimissioni. Queste infatti avvengono in media dai 2 ai 4 giorni dopo. Gli anziani sardi restano ricoverati perché non hanno nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa ma anche perché non ci sono strutture sanitarie intermedie nel territorio. Difficoltà anche per l'assistenza domiciliare integrata. «Il problema», dice il presidente di Fadoi Sardegna, Carlo Usai, «è dato dal fatto che manca l'integrazione ospedale-territorio, con scarso numero di posti letto in Rsa, scarso numero di posti letto di degenza a bassa intensità, insufficiente numero di personale in previsione della futura realizzazione del Dm 77 sull'assistenza territoriale».

●●●●

L'ANALISI

Un'infermiera con un'anziana. Secondo uno studio Fadoi (la società scientifica di medicina interna) i ricoverati over 70 in Sardegna passano in media in ospedale fino a quattro giorni in più oltre il necessario



Modello organizzativo per le dimissioni difficili

GOING DEEP

Dimiss. difficili aprile-ott. 2023

286

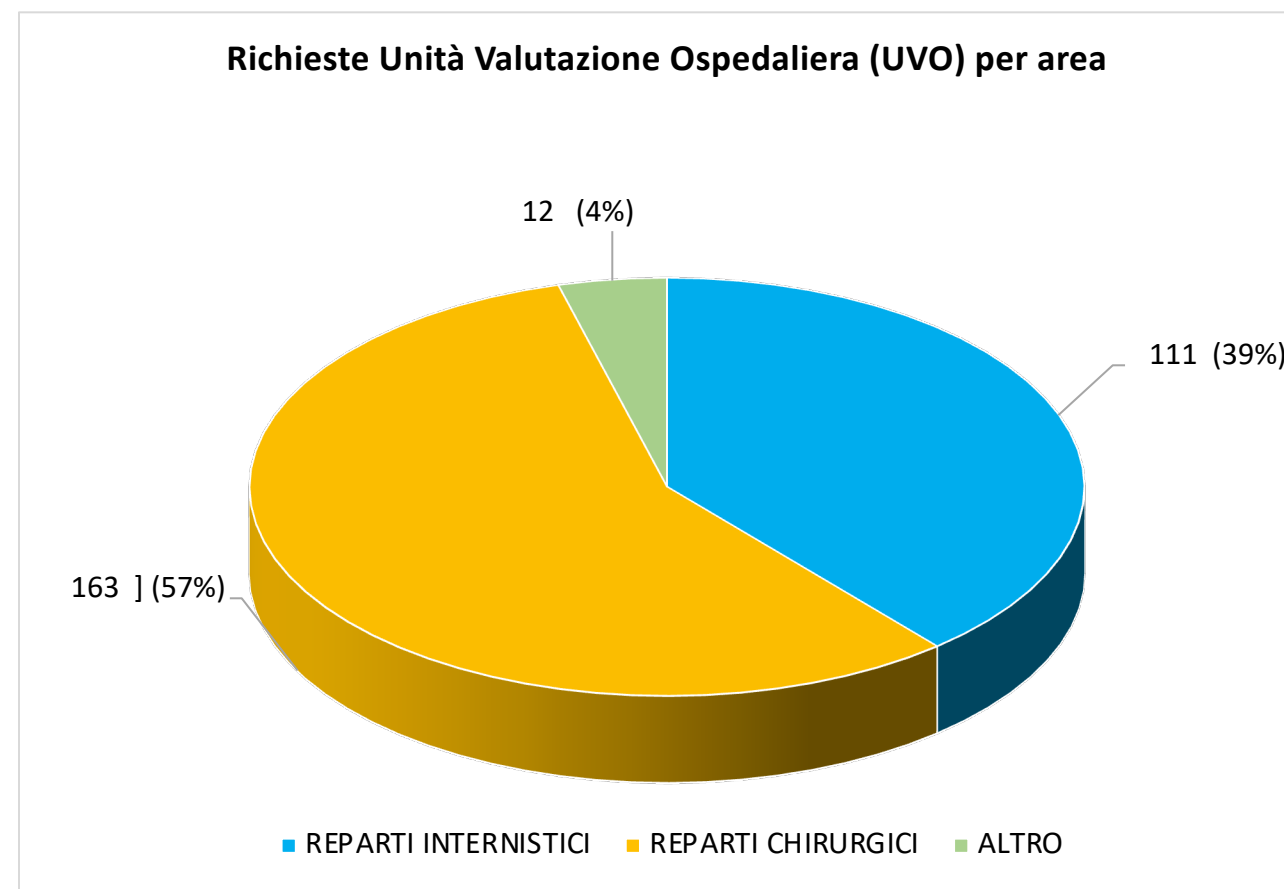
Under 65

28 (10%)

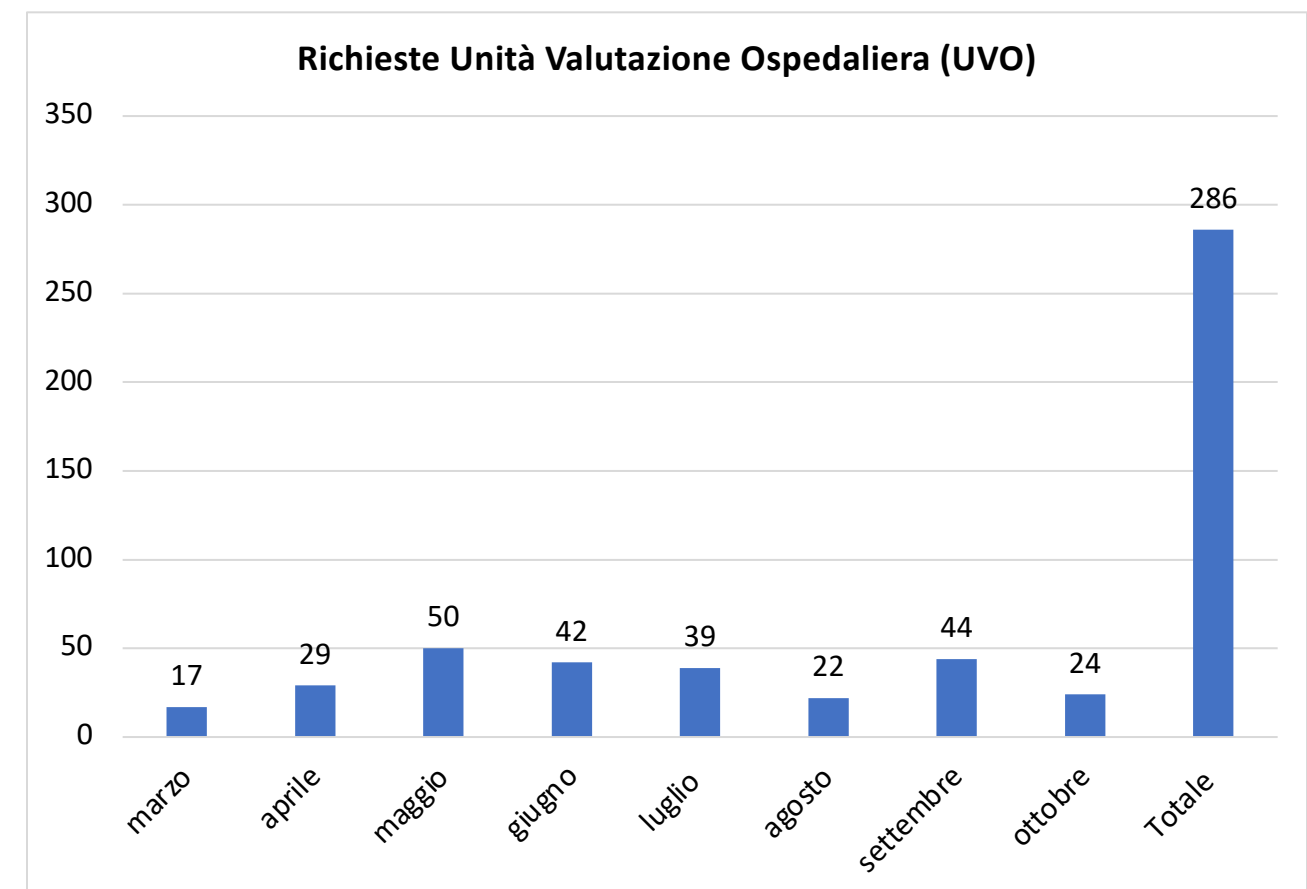
Over 65

258 (90%)

Richieste Unità Valutazione Ospedaliera (UVO) per area



Richieste Unità Valutazione Ospedaliera (UVO)



Modello organizzativo per le dimissioni difficili

Il modello organizzativo

Il modello ha come obiettivo:

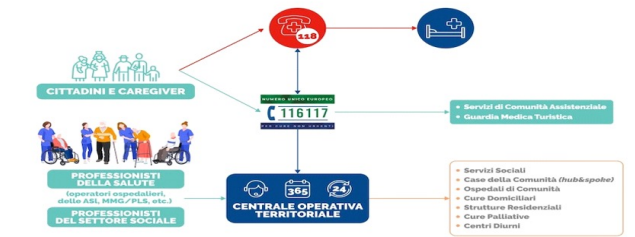
- **identificazione precoce** dei pazienti a rischio di “**dimissione difficile**”, entro 24-72 ore dal ricovero da PS nelle U.O. AOU SS.
- **Presa in carico** da parte del Team Multidisciplinare aziendale, l’Unità di Valutazione Ospedaliera (**UVO**) con **Geriatra & Assistente Sociale**, che si occuperà dei pazienti identificati e segnalati dalle varie strutture ospedaliere e pianificherà il **PAI** (Piano Assistenziale Individualizzato) e attiverà i percorsi intraospedalieri, extraospedalieri sanitari e socio-assistenziali in collaborazione con il Distretto ASL di appartenenza e i PLUS.



[Decreto del Ministero della Salute, 23 maggio 2022, n. 77](#)

DM 77/2022: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo e la riorganizzazione dell’assistenza territoriale nel SSN

Modello organizzativo territoriale del DM77



Obiettivo Strategico delle Aziende Sanitarie

« *Processi condivisi con le ASL e i Distretti per l’implementazione della Rete Territoriale dei servizi per la presa in carico dei pazienti in fase di dimissione* »



Il gruppo di lavoro della UVO sarà orientato a garantire la presa in carico del paziente, nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla **famiglia** e al **contesto** di riferimento con il compito di **facilitare**, sulla base dei bisogni sociosanitari del paziente, i rapporti tra le strutture operative di assistenza dei reparti ospedalieri AOU Sassari e la rete ASL distrettuale territoriale costituita dal sistema PUAUVT, in modo da garantire la continuità clinica, assistenziale e comunicativa (informazioni cliniche, terapeutiche e socioassistenziali) tra i vari setting assistenziali per una reale presa in carico globale e multidisciplinare del paziente anziano fragile a garanzia della continuità dell’assistenza e delle cure con l’integrazione tra ospedale e territorio.

Il lavoro della UVO attivata in AOU Sassari, prevede il coinvolgimento di tutti i reparti ospedalieri dell’AOU di Sassari in collaborazione e stretta integrazione con il Distretto ASL Sassari e i restanti Distretti ASL Sardegna, in particolare con gli attuali PUA distrettuali (UVT, CDI, servizi sociali) che, con prossima applicazione del DM77 verranno sostituiti dalle COT. La modalità operativa indicata nel sistema proposto è strutturata secondo un modello dinamico di adeguamento del processo attuato in base alle variazioni del contesto normativo ed organizzativo (attivazione COT, Ospedali di Comunità, Case della Salute, etc) che comporterà la variazione degli interlocutori nelle fasi di azione del percorso assistenziale.

Modello organizzativo per le dimissioni difficili

Il modello organizzativo



Azienda Ospedaliera Universitaria
SSA-DIREZIONE SANITARIA

Richiesta consulenza

Cognome e Nome: _____ Ricovero: 2023/2023024885-200905
Nato a: null il 09/03/71 Sesso: maschio

Reparto Richiedente: SSA-ORTOPEDIA UOMINI Medico Rich.: DI MUNDA ANTONIO
Livello urgenza: Normale/bianco
Motivo urgenza:
Questito diagnostico: PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO APPARTENENTE AL DSITRETTO SANITARIO DI ORISTANO

Data richiesta: 11/09/2023

Data richiesta: 11/09/2023

Referto

Esami Richiesti	Erogatore
Valutazione Multidimensionale -	SSA-DIREZIONE SANITARIA

Valutazione dello specialista

VMD del paziente eseguita in reparto in collaborazione con l'assistente sociale AOU dott. Consulenza scritta a posteriori, post dimissione già conclusa e pianificata in data 15/09/23. Paziente politraumatizzato, trasferito in Ortopedia dalla Rianimazione post shock emorragico da emoperitoneo in rottura di milza, sottoposto a splenectomia e con multiple fratture in varie sedi. Al momento stabile, conclusi iter radiologico, neurochirurgico con prescrizione di collare Spinomed fornito al paz, chirurgico con rimozione drenaggio e ortopedico con indicazioni specialistiche e controlli programmati. Valutato in collaborazione con i colleghi dell'OSCO di Ghilarza in paz residente nel loro Distretto ASL OR (comune di Marrubiu) e concordato il trasferimento del paziente c/o la loro Struttura in accordo con paziente e familiari.

Conclusioni Diagnostiche

Pianificato PAI per il paziente in accordo con i colleghi del reparto e specialisti che lo hanno seguito e concordato con i colleghi dell'OSCO di Ghilarza il trasferimento del paz c/o la loro Struttura per prosecuzione cure, in accordo con il paz e i familiari. Programmati prossimi controlli ambulatoriali e prescritti i presidi necessari.

SCALA BRASS		Barcode
Cognome		
Nome		
Data di nascita		
N° CCI/Nosologica		

SCALA BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score)

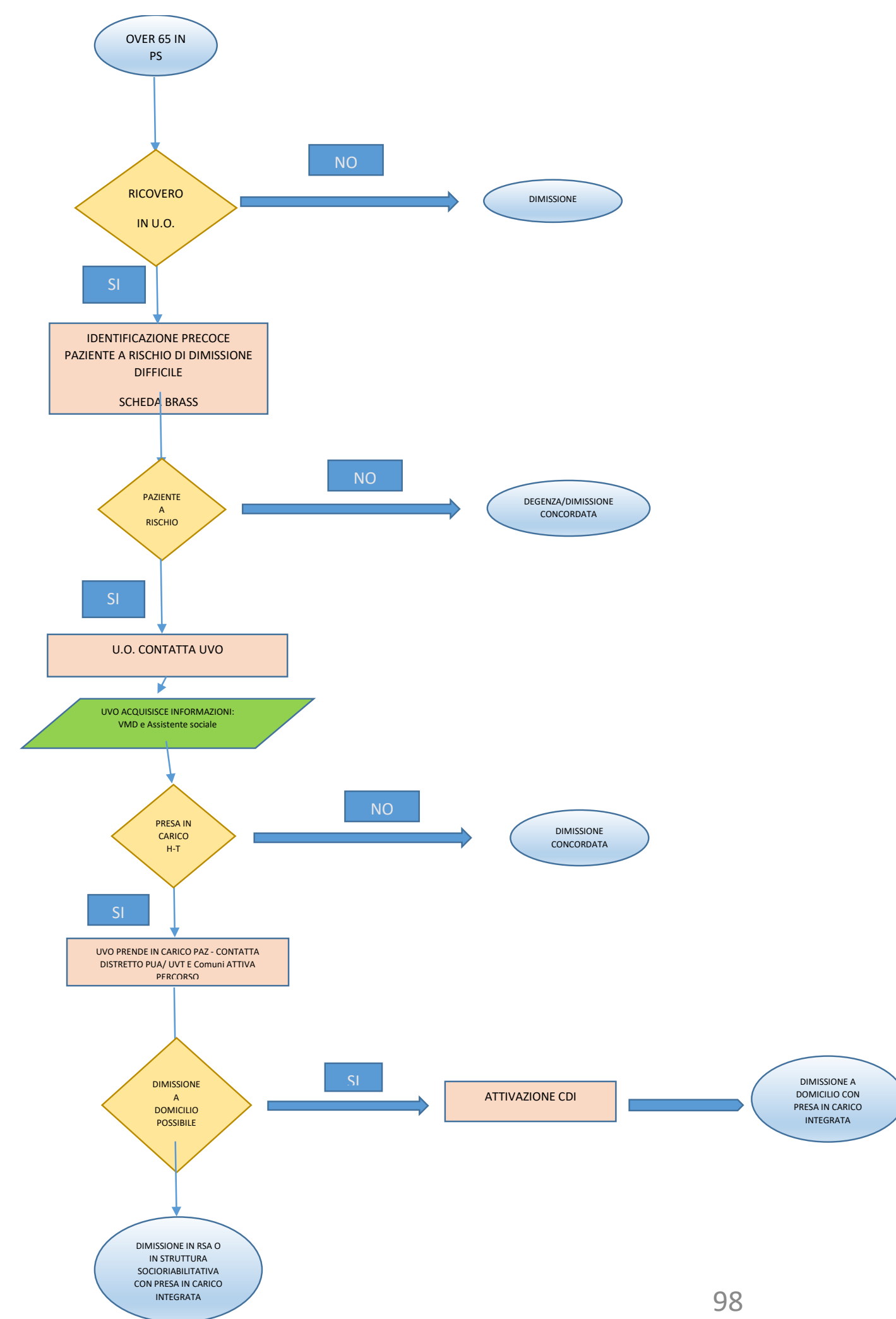
ETA' (una sola opzione)	Punteggio
55 anni o meno	0
56 - 64 anni	1
65 - 79 anni	2
80 anni e più	3

CONDIZIONI DI VITA E SUPPORTO SOCIALE (una sola opzione)	Punteggio
Vive col coniuge	0
Vive con la famiglia	1
Vive solo con il sostegno del familiare	2
Vive solo con il sostegno di amici/conoscenti	3
Vive solo senza alcun sostegno	4
Assistenza domiciliare/residenziale	5

Punteggio totale (somma dei punteggi)

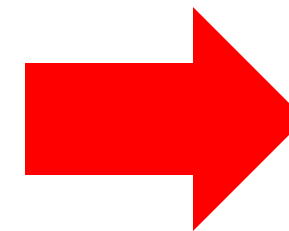
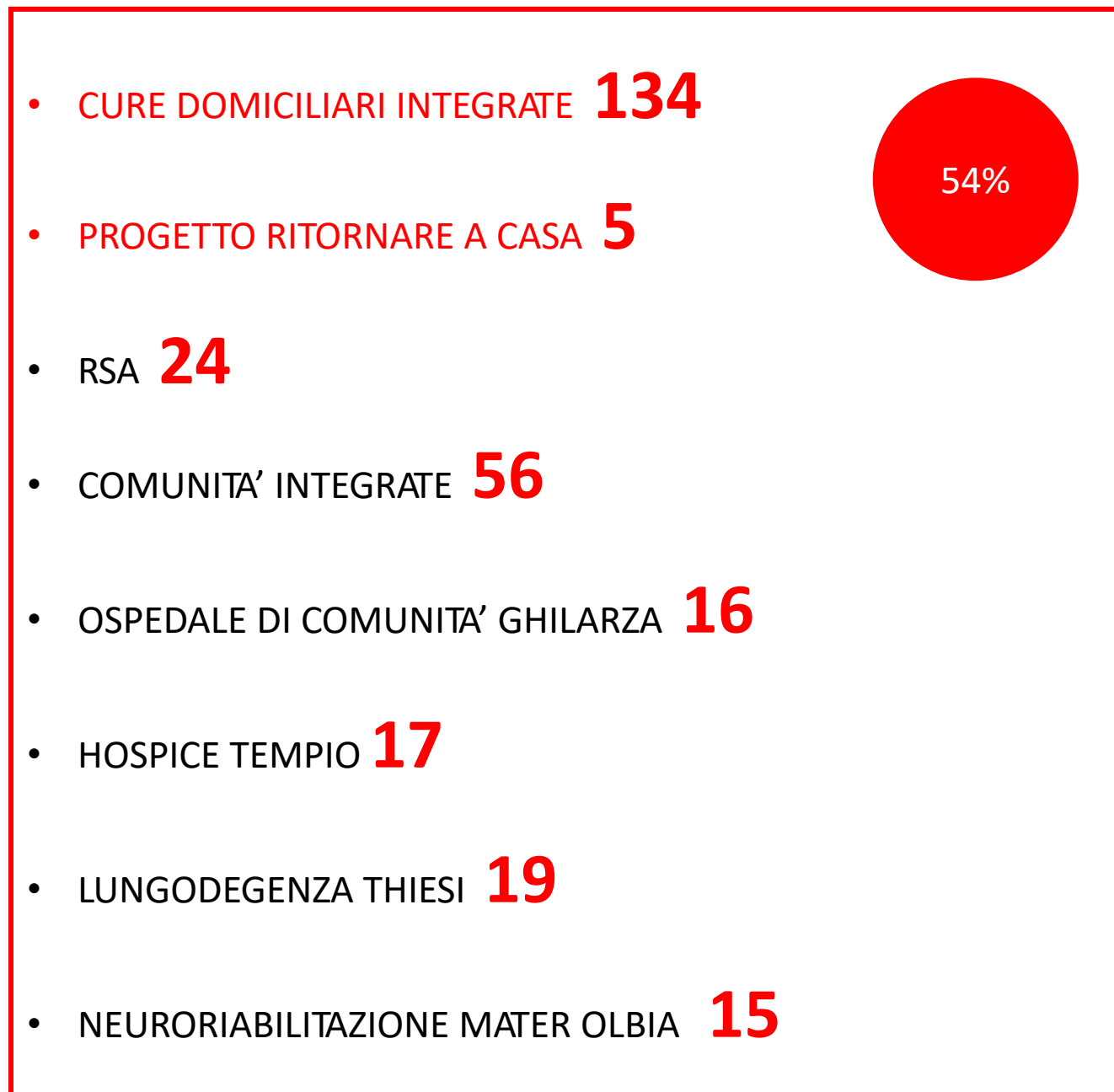
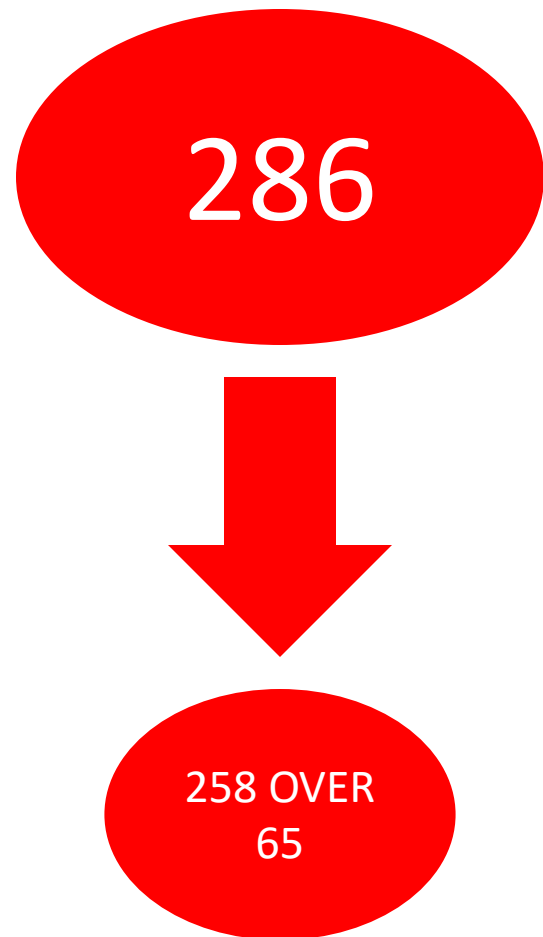
Punteggio totale - Indice di rischio

0-10 rischio basso	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
11-19 rischio medio	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma, probabilmente, senza rischio di istituzionalizzazione
≥ 20 alto rischio	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni



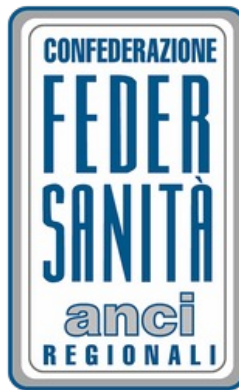
Modello organizzativo per le dimissioni difficili

Conclusioni



-
- A red-bordered box contains a list of implementation details.
- Commitment delle Direzioni Strategiche Aziendali coinvolte nel progetto sperimentale con specifica Mission di attuazione del DM 77.
 - «modalità iso-risorse»: si avvale di figure professionali presenti all'interno delle aziende.
 - Appropriately Organizzativa: riduzione giornate di degenza e dei costi correlati; miglior allocazione delle risorse
 - Maggiore appropriatezza Clinica
 - Raffronto costante degli indicatori con gli indicatori del PNE recentemente redatto da AGENAS

Ci stiamo pertanto avvicinando a quanto previsto dal DM 77 che prevede tra i suoi obiettivi che «il 10% della popolazione OVER 65 deve essere preso in carico in cure domiciliari entro il 2026»
CONTRIBUTI DIDATTICI PARTE II_B



In collaborazione con
Regione Autonoma della Sardegna
ARES Sardegna (Azienda Regionale Salute)
Università degli Studi di Cagliari
Università degli Studi di Sassari



Federsanità Nazionale Confederazione delle Federsanità Anci Regionali

