



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE N°1 DI SASSARI

Bozza di definizione del progetto di realizzazione della azienda

ai sensi dell'art. 47 comma 2 della Legge Regionale della Sardegna n. 24 del 11 Settembre 2020

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
PER LA ASL N. 1 DI SASSARI
ex L.R. n. 24 del 11.09.2020, art. 47
dott. Flavio Sensi

Premessa

Elementi identificativi

1. L'Azienda Socio-Sanitaria Locale n°1 di Sassari, in corso di costituzione mediante lo scorporo dall'Azienda della Tutela della Salute, è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione.
L'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati dall'atto aziendale, di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), e successive modifiche ed integrazioni;
2. Ai sensi dell'art. 3, comma 6 del D. Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni il legale rappresentante dell'azienda è il Direttore Generale.
3. In forza dell'art.9, comma3, della L. R. n°24 del 11.09.2020, l'ambito territoriale della azienda è coincidente con quello dell'Azienda sanitaria locale oggetto di incorporazione ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge regionale 27 luglio 2016, n. 17 e comprende 66 Comuni, con una popolazione di 324.508 abitanti ed un'estensione di circa 4.281 Km² (pari al 17,08% dell'intera superficie della Sardegna).
4. L'ambito territoriale comprende i seguenti comuni:
 - a. Distretto di Sassari (abitanti: 218.393): Sassari, Bulzi, Cargeghe, Castelsardo, Chiara-monti, Codrongianus, Erula, Florinas, Laerru, Martis, Nulvi, Osilo, Ossi, Muros, Perfu-gas, Ploaghe, Porto Torres, S. Maria Coghinas, Sadini, Sennori, Sorso, Stintino, Tergu, Tissi, Usini, Viddalba, Valledoria.
 - b. Distretto di Alghero (abitanti: 77.283): Alghero, Banari, Bessude, Bonnannaro, Bonorva, Borutta, Cheremule, Cossoine, Giave, Ittiri, Mara, Monteleone Roccadoria, Olmedo, Padria, Pozzomaggiore, Putifigari, Romana, Semestene, Siligo, Thiesi, Torralba, Uri, Villanova Monteleone.
 - c. Distretto di Ozieri (abitanti: 28.832): Ozieri, Anela, Ardara, Benetutti, Bono, Bottida, Bultei, Burgos, Esporlatu, Illorai, Ittireddu, Mores, Nughedu S. Nicolò, Nule, Pattada, Tula.
5. In fase di prima costituzione la azienda sanitaria locale n. 1, sarà speculare a quella esistente fino al 01 gennaio 2017 prima della fusione per incorporazione delle 8 asl regionali in ambito della ATS Sardegna ai sensi della L.R. n. 17 del 2016. Fanno eccezioni gli elementi di progettazione sperimentale indicati nel progetto quali i dipartimenti di prevenzione e di salute mentale che, pur dipendendo esclusivamente dalla asl di sassari, governano un ambito territoriale che sfocia in quello della asl di Olbia ricoprendo l'intero Nord Sardegna.

SVILUPPO PROGETTUALE DELLA ASL

La redazione del progetto avrà come finalità quella di definire un'organizzazione aziendale che possa rispondere ai bisogni assistenziali che nascono nel territorio aziendale. Si partirà quindi dalla necessità di individuare la patologia più rilevanti presenti nel territorio aziendale per definire singoli percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per soddisfare i bisogni degli utenti.

L'obiettivo è quello di individuare la popolazione più fragile per soddisfare prioritariamente il bisogno di assistenza. L'idea è quella di predisporre i registri informatici di questa popolazione fragile replicando quello previsto per i tumori. I registri riguarderanno le patologie più gravi:

- Registro Alzheimer;
- Registro Autismo;
- Registro Diabete;
- Registro Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO);
- Registro Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
- Registro Sclerosi Multipla;
- Registro Talassemia;
- Registro Malattie Rare
- Altri eventuali.

L'Azienda ha come scopo la gestione e l'erogazione dei servizi sanitari, la promozione e la tutela della salute sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

L'obiettivo principale che si propone l'azienda è quello di avvicinare sensibilmente al cittadino e ai territori l'erogazione di tutte le prestazioni socio-sanitarie che non necessitino di percorsi di cura ospedalieri, soprattutto mediante una riorganizzazione complessiva della medicina territoriale. In questo senso si procederà a riorganizzare la rete ospedaliera preservando le strutture utili alla produzione di servizi nei territori.



NUOVO CONTESTO SOCIO-EPIDEMIOLOGICO

Il mutato contesto socio-epidemiologico, rappresentato da un lato dall'emergenza sanitaria pandemica in corso e dall'altro dall'allungamento medio della durata della vita e dal progressivo invecchiamento della popolazione, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l'aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multi-patologie sul singolo paziente, impone una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria integrata e diversa rispetto alle vecchie denominazioni di "ospedale" rispetto al "territorio" che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati e indistinti rispetto ai luoghi/strutture di cura, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, basati sulla medicina proattiva e di presa in carico globale delle persone assistite.

La recente, ed ancora in corso, epidemia da Sars-Cov2, ha messo in evidenza a livello nazionale le criticità del Sistema Sanitario, più di ogni altra cosa è emersa la necessità di prendere in carico tutte le patologie a rischio di trascuratezza rispetto alla pregnante emergenza sanitaria in corso. L'assetto progettato per la Azienda Sanitaria Locale di Sassari è quindi funzionale alla prevenzione e gestione precoce e capillare di tutte le patologie croniche più e meno rilevanti e presenti.

Anche l'obiettivo di ridurre drasticamente gli accessi al pronto soccorso con il successivo ricovero nei reparti di degenza è una priorità progettuale.

A questo proposito l'emergenza ha come mai prima evidenziato e reso trasparente il reale fabbisogno di prestazione in emergenza tanto da far precipitare gli accessi nei pronto soccorso per cause non covid ed ha tenuto lontano dagli ospedali sia chi non aveva reali necessità sia chi è stato indotto a sottostimare sintomi e segni, soprattutto in ambito cardiovascolare. La maggioranza degli accessi può anzi deve essere dirottato verso una tipologia assistenziale diversa, che va organizzata prima di procedere ad un ridimensionamento di quella ospedaliera.



MODELLO DI CURE PRIMARIE

Il nuovo modello di approccio nella ASL di Sassari prevede l'introduzione versus il modello di medicina proattiva con il coinvolgimento di tutti i professionisti della salute (medici, infermieri, professioni sanitarie, assistenti sociali). I percorsi da adottare sono orientati a promuovere e accompagnare la discussione tra professionisti, supportare promuovere e valutare sperimentazioni di forme di aggregazioni primarie in contesti geografici ambito di intervento, promuovere la definizione dei profili di cura, individuare e sperimentare modelli di promozione e rafforzamento delle competenze individuali e di comunità funzionali alla corretta gestione della cronicità, sperimentare forme innovative di assistenza, definire un set di indicatori orientati al lavoro multidisciplinare per valutare il monitoraggio dei processi assistenziali applicati.

Pertanto i nuovi bisogni legati alla condizione socio demografica che si caratterizzano per un progressivo invecchiamento della popolazione, speranza di vita migliore e il sussistere di condizioni di salute nonostante il prevalere di patologie croniche invalidanti devono essere affrontati con nuovi modelli di cura.



SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

Obiettivi:

A) Potenziamento delle cure primarie per adeguarle alla mutata realtà sociale, portando l'assistenza primaria vicina al cittadino e fuori dagli Ospedali, favorendo la forte integrazione con la rete dei Servizi Sociali e garantendo la continuità assistenziale;

B) Applicazione di modelli di cura innovativi per cittadini con patologie croniche (Cronich Care Model);

Implementazione degli strumenti necessari per seguire l'evoluzione clinica delle patologie, evitando duplicazioni degli accertamenti diagnostici e sovrapposizioni attraverso il controllo informativo ed informatico dei contributi dei vari Professionisti che seguono il Cittadino nel percorso di cura;

C) Sviluppo dei sistemi di telemedicina che consentano una maggiore integrazione tra i professionisti a vantaggio dei Pazienti

D) Offerta per il Cittadino di un servizio integrato sanitario e sociale, che possa garantire lo stato di benessere psicofisico;

E) Organizzazione di programmi di formazione continua sia per il Personale (competenze professionali, organizzative e relazionali) che per i Cittadini (promozione di corretti stili di vita, campagne di educazione sanitaria sui temi della nutrizione, dell'importanza dell'attività fisica, informatizzazione di base, studio delle lingue straniere ecc.) per accrescere il livello di consapevolezza dell'Utenza e migliorare lo scambio con il Personale di cura.



SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

CASA DELLA SALUTE

Nella nostra Regione, l'ultima legge di riordino del Servizio Sanitario Regionale, L. n. 24 dell'11.09.2020, al titolo V, capo II, dedica un intero articolo alle Case della Salute, individuando in essa la struttura che raccoglie in un unico spazio l'offerta extra ospedaliera del Servizio Sanitario integrata con il Servizio Sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi. La Legge indica gli obiettivi generali della Casa della Salute: appropriatezza delle prestazioni attraverso percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, presa in carico globale ed orientamento di pazienti e famiglie; riconoscibilità ed accessibilità dei servizi; unitarietà ed integrazione dei servizi sanitari e sociali; semplificazione nell'accesso ai servizi integrati. Alcune case della Salute in piccoli comuni particolarmente rilevanti quali Ittiri e Thiesi o quello scelto quale riferimento della area dell'Anglona, possono essere estese come dimensioni e prevedere anche attività integrate di riabilitazione e di degenza a bassissima complessità a metà strada tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero con durata di ricovero breve o medio (15-20giorni).

CASE MANAGER E INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ

La presa in carico sarà garantita dalle figure del Case Manager e del Care Manager, altro obiettivo del progetto.

All'interno della casa della salute la figura del case manager, quando ci riferiamo agli infermieri, si può connotare all'interno degli ambulatori infermieristici che sono la vera innovazione in questo sistema,. Gli ambulatori infermieristici rappresentano un nodo significativo del sistema delle cure primarie/infermieristica di comunità. Attraverso gli infermieri di comunità operanti negli ambulatori infermieristici è possibile effettuare, in correlazione con i MMG, il monitoraggio dei fattori di rischio, l'informazione e l'educazione sanitaria, l'orientamento all'utilizzo appropriato e razionale dei servizi sanitari, socio sanitari e assistenziali offerti, il follow up ed erogare variegate risposte sanitarie di prossimità. Anche negli ambulatori infermieristici è privilegiata la presa in carico dei fruitori del servizio attraverso metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e l'uso di adeguati strumenti informativi. Gli infermieri di comunità che operano negli ambulatori infermieristici partecipano e si integrano nei processi e nei percorsi territoriali e collaborano all'effettuazione della Valutazione Multi Dimensionale (VMD) e alla stesura del PAI. L'ambulatorio Infermieristico è la struttura o il luogo fisico organizzato e gestito da infermieri, che assumendosi la piena responsabilità, garantiscono prestazioni assistenziali infermieristiche autonome o su prescrizione.

SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE

La Legge 8 novembre 2012 n°189 (cd Balduzzi) prevede l'adesione obbligatoria dei Medici convenzionati ad una delle due seguenti forme organizzative:

- **Aggregazione Funzionale Territoriale** (monoprofessionale. Sostituisce il medico singolo, interessa circa 30000 assistiti e almeno 20 medici. Riguarda tutti i medici di un ambito territoriale)
- **Unità Complessa di Cure Primarie** (Aggregazione multiprofessionale, concentrata nel presidio Casa della Salute. Una forma organizzativa complessa, strutturata come sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento garantendo la collaborazione tra i professionisti -oltre al Medico di Medicina Generale possono far parte il Personale Infermieristico, il Personale Ausiliario, i Medici Specialisti, i Tecnici Sanitari e gli Assistenti sociali e sanitari-, la condivisione e l'applicazione di percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli ed un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici).

Queste due forme associative hanno il compito di assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali e di garantire l'assistenza mediante utilizzo della ricetta dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del Fascicolo Sanitario Elettronico



SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

Scheda Clinica Integrata Digitale e Sistema Informativo Aziendale

Nella ASL n. 1 di Sassari assume un ruolo rilevante il "Sistema Informativo Aziendale" ovvero l'insieme dei metodi, delle procedure e degli strumenti necessari per la raccolta, la conservazione, la classificazione e l'utilizzo dei dati correlati alla propria attività. Decisioni efficaci possono essere adottate solo disponendo di informazioni dedotte da dati congruenti all'attività, significativi, rilevati in modo corretto, aggiornati. Più l'organizzazione è complessa, maggiore è la necessità di informazioni affidabili, aggiornate, confrontabili ed integrate. Indispensabile dunque creare un sistema dedicato alla "gestione delle informazioni. Un sistema informativo congruente dovrebbe consentire all'interno di un disegno complessivo praticità d'uso, possibilità di comunicazione e supporto all'integrazione tra le articolazioni organizzative e gli operatori coinvolti, semplificazione delle attività, procedure informatiche interfacciate alla modulistica cartacea, quando presente, strumenti di supporto operativo, facile accessibilità dalle postazioni dei diversi operatori ed utenti per le sezioni di relativa competenza. Possibilità di elaborare agevolmente ed in modo corretto i dati per ottenere informazioni di sintesi. È evidente la rilevanza strategica di un sistema informativo integrato, permanente e dinamico che consideri le esigenze di cittadini, operatori, strutture socio-sanitarie, direzione della ASL, Assessorato Regionale. Un sistema informativo ben strutturato consente una lettura strategica da parte della direzione della ASL e a cascata da parte di tutti gli erogatori ai fini programmatori. Serve per individuare aree di criticità e di possibile miglioramento e permette di usare indicatori specifici (andamento nel tempo, variabilità tra i vari centri). Restituisce dei ritorni informativi personalizzati che consentono una lettura sia clinico-epidemiologica che clinico-gestionale (report di spesa farmaceutica, di prestazioni erogate...). Fondamentale la creazione della scheda clinica integrata digitale che permetta di avere la cronistoria clinica del singolo assistito. Per realizzare questo sarà necessario prevedere una struttura dedicata alla dematerializzazione e alla informatizzazione di tutto lo storico dei referti per aggiornare il fascicolo sanitario elettronico. Importante sarà la creazione di archivi informatizzati.



SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

Messa in rete delle schede cliniche individuali degli assistiti della Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)

Tale obiettivo è di primaria importanza al fine di permettere al Professionista di poter accedere ai dati clinici del Paziente e per poter studiare il quadro clinico dell'assistito nel momento in cui questi richiede un intervento medico ad un Professionista diverso dal proprio Medico di riferimento. Questo ha inoltre il vantaggio di evitare duplicazioni di indagini e consulenze già eseguite e di conoscere la terapia del Paziente. La messa in rete delle cartelle permette anche al Professionista di ridurre ricoveri nei confronti dei pazienti fragili o in ADI, istituzione creata proprio con l'obiettivo di mantenere al proprio domicilio i pazienti di questo tipo. Altro obiettivo è sviluppare la condivisione delle Infrastrutture informatiche che permettono di mettere in rete tutti gli attori del sistema socio-sanitario.

Introdurre e/o implementare dove già presente la telemedicina.

La telemedicina mira a portare direttamente presso il domicilio del Paziente la prestazione del Medico, senza che questo si allontani dal suo studio e senza che il Paziente stesso sia costretto a muoversi.

La consulenza telefonica costituisce una gran parte del lavoro svolto dai MMG e dai Medici di Continuità Assistenziale. Sarebbe utile istituire un call center per effettuare un pre-triage telefonico ed attribuire un codice di priorità alle telefonate a cura di Personale Infermieristico dedicato in modo da permettere ai Medici di Medicina Generale di organizzare l'attività in modo ragionato, riservando, ove possibile, alle telefonate uno spazio preciso della giornata con criteri di priorità. Dove possibile si potrà fornire una consulenza telefonica, ma resta l'obbligo di dare un'assistenza di qualità perciò non deve diventare la forma prevalente di lavoro.



SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

LA MEDICINA SPECIALISTICA

La Medicina Specialistica è necessaria per effettuare la diagnostica leggera (ossia quella che esclude l'utilizzo di grosse macchine quali Tomografia Assiale Computerizzata, Risonanza Magnetica Nucleare ecc. ecc.) ed evitare il ricorso improprio al Pronto Soccorso e quindi dovranno essere gestiti nel territorio i codici bianchi (Paziente non critico e che quindi non presenta necessità di essere espletato in tempi brevi) ed i codici verdi (Paziente poco critico e quindi intervento differibile). Non è sempre necessaria la presenza fisica dello Specialista, sarà possibile praticare la telemedicina (tele-ECG), con lettura degli esami da remoto e, ove possibile sarà presente fisicamente lo Specialista che potrà essere sia dipendente che convenzionato. Nell'ambito di una stessa patologia cronica i Pazienti possono avere caratteristiche cliniche molto diverse legate per esempio allo stadio evolutivo della malattia, pertanto nella programmazione degli interventi assistenziali è necessario differenziare i Pazienti in base alla fase di storia naturale della malattia più o meno avanzata correlata con la complessità assistenziale.



SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

Medicina di Iniziativa

Riprogettare o cambiare un'organizzazione sanitaria, soprattutto in un'ottica di scarsità di risorse, significa ricercare e trovare un delicato equilibrio tra l'efficienza e l'efficacia del sistema e la sua equità (Baraldi et al., 2015). L'approccio alla cronicità è differente da quello utilizzato per l'acuzie e richiede un diverso ruolo delle cure primarie. Il modello della medicina di attesa mal si adatta a soddisfare i nuovi bisogni. Orientarsi verso nuovi paradigmi, approcciarsi alla cronicità prevedendo la presa in carico globale alla persona attraverso l'integrazione dei professionisti ha come risposta l'orientamento alla medicina di iniziativa nella logica di andare verso le persone prima che insorga il bisogno stesso. La partecipazione degli stessi cittadini al loro percorso di cura rende gli stessi più consapevoli della propria salute, dei suoi determinanti e delle condizioni che possono minarla. Orientarsi alla complessità della persona nella logica della gestione olistica e globale della stessa rappresenta il caposaldo del nuovo paradigma, passando da un sistema definito di "attesa" passiva ed autoreferenziale dove si attende che il paziente giunga al medico ad un sistema pro attivo con l'aggregazione dei professionisti che intercettano il bisogno prima dell'insorgenza della malattia. Il punto di forza è la responsabilizzazione dei cittadini, autori del loro percorso di cura, e l'integrazione con il sistema di supporto sociale con la realizzazione di percorsi diagnostici terapeutici che permettano ai cittadini di ricevere le cure appropriate durante tutto il decorso di malattia.

Chronic Care Model

Il modello che più corrisponde a quanto esposto è IL CCM (Coleman et al., 2009) e dalla sua versione evoluta Expanded Chronic Care Model (ECCM). Secondo tale modello tutti i cittadini che soffrono di patologie croniche dovrebbero avere un piano di assistenza e di cura personalizzato e finalizzato al mantenimento della propria condizione clinico-assistenziale e alla prevenzione delle sue complicanze. Il Chronic Care Model adotta come strumento esplicativo la cosiddetta piramide di Kaiser, che differenzia la popolazione con patologia cronica in sottogruppi sulla base dello stadio di sviluppo della stessa, definendo una percentuale di prevalenza media per tali sottoclassi. I percorsi assistenziali devono essere differenziati a seconda dei differenti bisogni dei sottogruppi (sub target), in particolare per quelli a maggiore complessità che rappresentano il maggior costo di salute ed economico. Bisogna promuovere una sanità di iniziativa per cui si riesca ad assumere il bisogno di salute prima dell'insorgenza della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi. L'infermiere professionista laureato ha tutte le conoscenze utili perseguire in piena autonomia il Cittadino affetto da malattia cronica all'interno di protocolli e percorsi assistenziali preventivamente approntati e condivisi.



SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

CURE DOMICILIARI INTEGRATE

Laddove invece si configuri un intervento più strutturato saranno le strutture di Cure domiciliari integrate, a diretta gestione del distretto, a gestire le diverse esigenze.

Si parte con una valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale a carico dell'UVT, la successiva stesura del progetto terapeutico, che andrà periodicamente rivisto a carico dell'equipe che l'ha predisposto l'obiettivo in tali casi è evitare il ricorso all'accesso alle cure ospedaliere, stabilizzare la patologia e se possibile consentirne anche una regressione (pazienti con ischemia cerebrale).

Nell'ambito delle cure domiciliari (comunque gestite) operano tutte le figure necessarie: infermieri, oss, medici, fisioterapisti, logopedisti, che dovranno alternarsi nella gestione del paziente ed interagire anche con i servizi comunali dove si configurino esigenze di tipo sociale.

Qualora la gestione del paziente non sia più possibile a domicilio sarebbe allora possibile l'inserimento in strutture residenziali con impegno sanitario proporzionato al bisogno espresso.



SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

Per tutti i pazienti sarà attivo invece la Centrale Operativa Territoriale che ricoprirà diverse importanti funzioni.

- Agli operatori di tale struttura sarà consentito l'accesso a numerosi database con la disposizione dei pazienti distinti per patologia (BPCO, cardiovascolare, oncologica, diabete, neurodegenerative).
- Accesso a tutte le funzioni territoriali con interfacciamento rapido con i diversi servizi.

Si gioca un'importante partita con la nascita di questa struttura che consente un passaggio epocale alla digitalizzazione della sanità primo fra tutti la definitiva validazione del FSE ed il ricorso alla telemedicina.

In questo senso il COT gestirebbe in caso di richiesta di consulto un vero e proprio Teleconsulto attraverso strumenti in dotazione al paziente: nel caso di un paziente con BPCO già la lettura dei parametri registrati con il saturimetro insieme ad un'anamnesi in Telechiamata possono delineare la necessità o meno del ricorso ad un intervento più strutturato con snellimento delle procedure e successivo dirottamento di risorse umane in sedi più opportune.

Il ruolo del COT si svolge anche nel filtro di accesso ai servizi di continuità assistenziale con possibile riduzione degli accessi impropri ai Pronto Soccorso, con un auspicabile riduzione degli accessi in codice bianco e verde e successiva riduzione dei tempi d'attesa; l'obiettivo deve essere quello di ridurre drasticamente gli accessi in ospedale ovvero solo ed esclusivamente emergenze e patologie non differibili o a rischio di vita.

Altra importante funzione delle COT supportate in questo da adeguate piattaforme digitali è quello di orientare nel modo migliore i pazienti, non ancora inquadrati in nessuna delle aree di cronicità ed una volta presi in carico verificare l'aderenza al PDTA nel quale gli stessi sono stati inseriti



Bisogni Assistenza Territoriale



Bisogno Sociale

- Assistenza Domiciliare (poche → molte ore di assistenza)
- Amministratore di Sostegno
- Progetti tornare a casa; legge 162 altre forme di sostegno alla domiciliarità

Bisogno Socio Sanitario

- Attività fisica adattata
- Controllo corretta esecuzione terapie (poli-prescrizioni)
- Controllo nutrizionale
- Supporto Psicologico (solitudine, socialità)

Bisogno Sanitario

- Riabilitazione Domiciliare
- Attività Domiciliari Programmate
- Cure Domiciliari Integrate di I-II-e III livello

Cure Palliative

- Cure Palliative Domiciliari

- Hospice

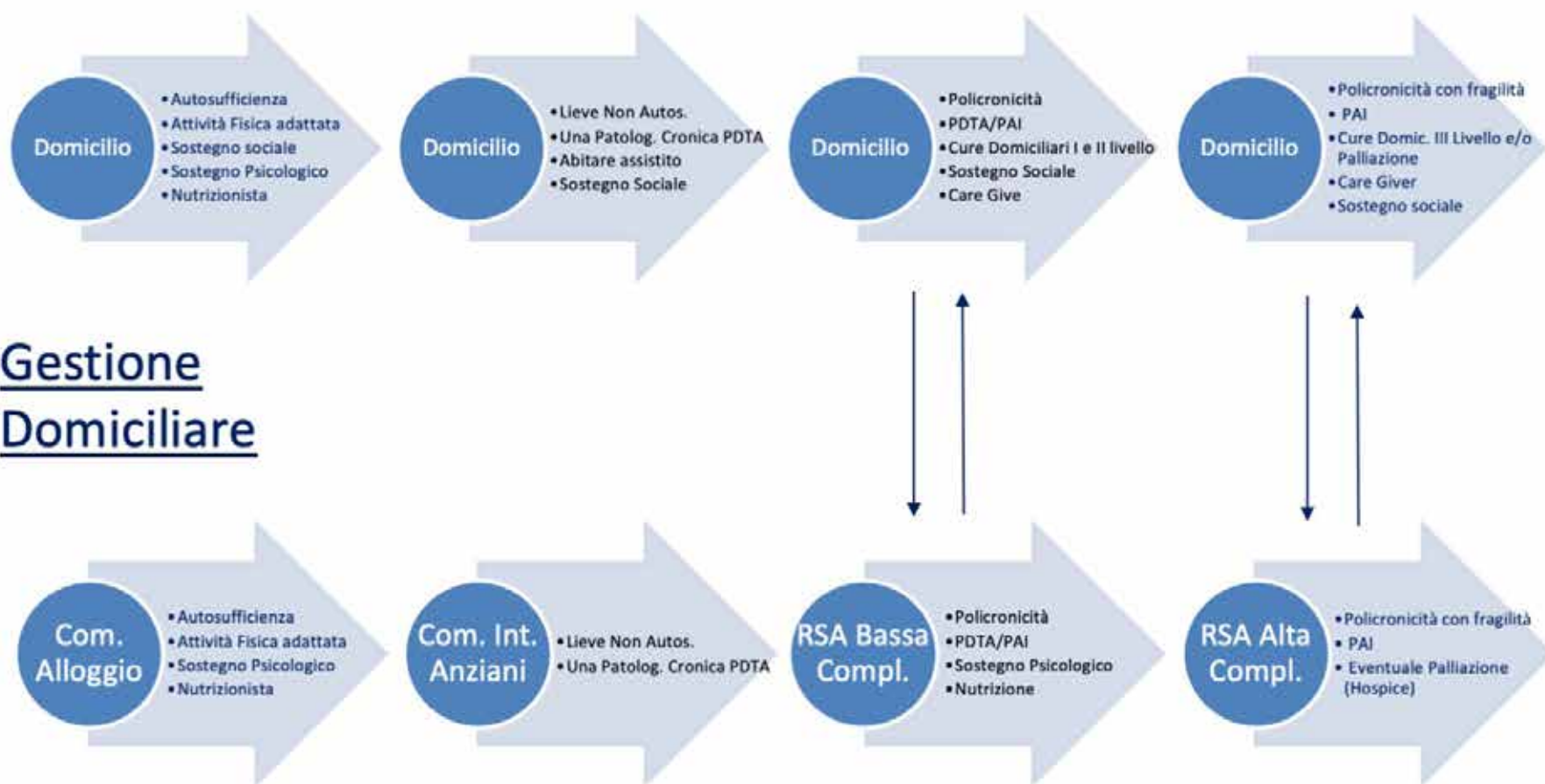


ASLSassari



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNIA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Cronicità e Disabilità



Gestione Residenziale



Centrale Operativa Territoriale

- Garantisce la **gestione integrata e pienamente informatizzata delle informazioni cliniche del paziente** e le rende disponibile a tutti i soggetti coinvolti (Attività Real-Time collegata a Centrali Regionali 116117)
- Verifica e supporta la corretta **adesione al/ai PDTA/PAI**
- **Prenota tutti i controlli necessari alla presa in carico del PDTA (slot programmati)**
- Supporta i passaggi Terr.-Osp.-Terr.
- Verifica l'esistenza di un percorso di supporto sociale

PUA-UVT

- Garantisce la presa in carico del bisogno sia sociale che sanitario
- Gestisce la dimissione precoce ospedaliera e la nuova presa in carico territoriale
- Esegue la **Valutazione Multidimensionale del bisogno e definisce il PAI**
- Definisce la miglior risposta al bisogno: Domiciliare o Residenziale
- Individua il supporto necessario (amministratore di sostegno)

Case dei Percorsi di Salute

- Luogo fisico della integrazione ed erogazione dei servizi diagnostici, terapeutici e riabilitativi
- Luogo dei Percorsi di Salute
- **PDTA Cronicità** (gestione x slot programmati)
- Diagnostica acuta x nuovi sintomi insorgenti o modificazione dei sintomi esistenti (**Governo Liste di Attesa** – Segreterie CUP)



Distretti di Sassari - Alghero e Ozieri

Centrale
Operativa
Territoriale
Sovradistrettuale

Cure Primarie

- AFT come strumento ordinario di organizzazione della Medicina Generale (ridefinizione organizzazione della Continuità Assistenziale e della Guardia Turistica)

Casa dei Percorsi di Salute

- Diagnostica (Visita e Strumentale)
- Organizzata al 70 % in slot programmati ed al 30 % in codici di priorità UBDP (Pubb. e Priv.)
- PDTA (Lab. BPCO e Sc. Cardiaco)
- Integr. Promozione salute con Dip. Prev.

PUA UVT

- Integrazione Socio Sanitaria
- Valutazione Multidimensionale PAI
- Esecuzione Contratti Committenza Distrettuale

Funzioni Amministrative Distrettuali

- Legge 26 - Integrativa - Protesica
- Scelta e Revoca
- Bisogni Assistenza Convenzionata

Diabetologia Aziendale

Riabilitazione Aziendale

Cure Domiciliari Integrate Az. di I - II - III liv.

Rete Consultoriale Aziendale

Rete Oncologica Territoriale Az.

Assistenza Farmaceutica Territoriale



Digitalizzazione globale dati sanitari

La digitalizzazione dei dati sanitari era già prevista dall'anno 2005 con l'introduzione del fascicolo sanitario personale, ma ancora non è stata completamente attivata.

Attualmente grazie al miglioramento, alla maggior velocità della rete informatica, all'evoluzione dell'hardware e del software e alla maggior diffusione della cultura digitale tra operatori sanitari e cittadini sarà possibile attuare ed implementare quanto precedentemente previsto in materia.

Come indicato nel sito specifico della Regione Sardegna all'indirizzo: <https://fse.sardegناسalute.it/>, "Il Fascicolo Sanitario Elettronico è un'area riservata dedicata ai documenti e dati sanitari del cittadino, consultabile sempre e ovunque con un semplice click.

Con il Fascicolo Sanitario Elettronico il cittadino può disporre di tutti i propri documenti sanitari come prescrizioni, referti, certificati. Ciascun documento può essere immediatamente consultabile anche dai medici curanti e dai farmacisti secondo le tue impostazioni privacy. Puoi così ritirare i farmaci prescritti senza esibire la ricetta cartacea al farmacista. Inoltre, il tuo Fascicolo può contenere informazioni indispensabili in caso di emergenza consultabili istantaneamente dai medici di Pronto Soccorso.

Il Fascicolo è già attivo, come previsto dall'art. 11 del Decreto Rilancio (D.L. 34/2020 del 19.05.2020)." Attualmente la possibilità di consultazione da parte degli operatori sanitari (medici e farmacisti) deve essere attivata dal cittadino secondo le modalità indicate nel suddetto sito.

Fascicolo Sanitario Elettronico

1.654.187 Fascicoli attivi			
106.582.835	Prescrizioni	1.283.950	Referti di laboratorio
11.267.542	Erogazioni	166.891	Referti di Pronto Soccorso
1.073	Emergency Data Set	11.404	Referti di radiologia
1.532	Schede Sanitarie Individuali	566.636	Referti ambulatoriali
100.383	Certificati di malattia	61.077	Referti delle donazioni di sangue
174.159	Documenti di ricovero ospedaliero	20.663	Referti delle guardie mediche

Dati aggiornati al 28/02/2021



Digitalizzazione globale dati sanitari

Chi alimenta?

1.196 medici di medicina generale
175 pediatri di libera scelta
108 guardie mediche e turistiche
30 presidi ospedalieri
196 ambulatori pubblici
30 laboratori di analisi pubblici
Diagnostica per immagini

Chi consulta?

1.196 medici di medicina generale
175 pediatri di libera scelta
1.801 farmacisti
Presidi Ospedalieri
Professionisti delle cure primarie
Specialisti Ambulatoriali

Dati aggiornati al 30/11/2020

Oltre a quanto già previsto nel Fascicolo sanitario elettronico si intende implementare la digitalizzazione dei dati sanitari anche con l'istituzione di registri digitali di patologia, sulla falsariga del Registro Tumori, che riguardino un maggior numero di problematiche sanitarie: M. di Alzheimer, Autismo, M. di Parkinson, Diabete, BPCO, SLA, Sclerosi multipla, Talassemia, Malattie rare).

Nell'ambito della completa continuità e integrazione degli ambiti di cura e con l'intento di limitare il ricorso alla ospedalizzazione ai casi realmente non trattabili in ambito delle cure primarie, tutti questi registri dovranno essere interconnessi con il Fascicolo Sanitario Elettronico con un continuo scambio dei dati sanitari del paziente.

Il modello dipartimentale.

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività della Azienda Sanitaria. Rappresenta la modalità organizzativa mediante la quale si svolgono le principali funzioni dell'Azienda Sanitaria e si governa la professionalità in essa presente.

La natura gestionale attribuita ai Dipartimenti corrisponde alla scelta di rafforzare le funzioni di direzione, programmazione, e coordinamento nei confronti delle strutture agli stessi afferenti attraverso l'uso integrato delle risorse e l'attribuzione di responsabilità di risultato complessiva delle articolazioni dipartimentali (budget unico).

Questa scelta è finalizzata ad assicurare una più efficiente ed efficace gestione dei processi operativi, sviluppando nel contempo le necessarie strategie e azioni finalizzate a dare concreta attuazione alle politiche di integrazione e governo dell'insieme delle articolazioni aziendali a fronte della complessità e diversificazione delle funzioni e competenze che costituiscono la mission aziendale.

In quest'ottica l'organizzazione dell'ASL prevede lo sviluppo di strumenti e linee di raccordo funzionale interdipartimentali tra le strutture, indicati ed esplicitati nell'organigramma aziendale e nelle sezioni descrittive delle competenze delle singole articolazioni.

Alle Strutture Complesse e Semplici sono attribuite funzioni e responsabilità specifiche sia in ambito gestionale, relativamente alle risorse assegnate, che tecnico-professionale, con livelli di autonomia definiti dal presente Piano di Organizzazione e dai successivi atti regolamentari di attuazione dello stesso.

Di seguito si riportano le funzioni da essi garantite ed a loro afferenti.

Dipartimenti connessi alla gestione ed alla governance aziendale 1

1. AREA DELLA GESTIONE DIGITALE, EDILE, IMPIANTISTICA ED ECOLOGICA

Nel dipartimento hanno sede soprattutto e attività tecniche, logistiche e di supporto. Di fondamentale importanza è la gestione della manutenzione dei beni mobili e immobili (diretta e indiretta), la gestione delle attività assimilate a quelle alberghiere, la logistica (interna tra strutture operative ed esterna), le tecnologie per l'informazione e la comunicazione con i Sistemi Informativi.

2. AREA DELLA GESTIONE RISORSE ECONOMICO FINANZIARIE E STRUMENTALI

Nel dipartimento hanno sede soprattutto le acquisizioni di beni e servizi e di supporto e la gestione delle Risorse Economico Finanziarie legate alla Contabilità e al Bilancio. Nel dipartimento hanno sviluppo, inoltre, attività e processi che riguardano la gestione del patrimonio, tra cui il parco auto e i magazzini e la gestione delle attività assimilate a quelle alberghiere.

3. AREA DELLA GESTIONE E GOVERNANCE AZIENDALE

Svolgono attività sinergiche e complementari e interagiscono in vista di una comune finalità data dal governo della azienda, dalla formulazione di strategie, dal conseguimento della vision e dal rafforzamento della mission aziendale; in particolare, l'assetto proposto è progettato per favorire l'integrazione del governo clinico e di quello economico, in accordo con le direttive. All'interno dello staff si svolgono, quindi, le funzioni che hanno riflessi più specifici sulla organizzazione della azienda e sulle strutture, sulla valorizzazione del personale, sulla valutazione, sulla formazione, sulla programmazione e controllo di gestione, sulla costruzione e formalizzazione delle regole, sullo sviluppo delle funzioni rivolte alla gestione dei rapporti con portatori di interessi, enti e istituzioni, e quelle concernenti la qualificazione delle informazioni utili per il governo economico e finanziario della azienda. Lo staff è sede, inoltre, delle funzioni i cui contenuti interessano sia la valutazione dei bisogni riguardanti lo stato di salute della popolazione, sia l'organizzazione delle risposte sanitarie e assistenziali e dei processi collegati, e delle funzioni concernenti le informazioni utili per il governo sanitario della azienda con i relativi flussi informativi.



Dipartimenti connessi alla gestione ed alla governance aziendale 2

4. AREA DELLA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE E PROFESSIONALI

Nel dipartimento si sviluppano soprattutto le funzioni amministrative generali che interessano le risorse umane con riferimento alla gestione del personale dipendente e a quello della Medicina convenzionata (medici di medicina generale, specialisti convenzionati e pediatri di libera scelta) e le attività collegate, trattamento economico e giuridico del personale e dei collaboratori, e i relativi adempimenti; lo stesso dipartimento è sede delle funzioni prevenzionistiche della medicina del lavoro, che implicano livelli di più intensa interazione con le attività e i processi sanitari.



DIPARTIMENTO PREVENZIONE

SCENARIO ATTUALE

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura organizzativa dell'Azienda Sanitaria di Sassari che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie, delle disabilità e degli infortuni sul lavoro, miglioramento della qualità della vita.

A tal fine nel Dipartimento operano due macro aree, "Sanità Pubblica, Sicurezza Ambientale e nei Luoghi di Lavoro" e "Sanità Pubblica Veterinaria, Sicurezza Alimentare e Nutrizione".

Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro

I Servizi del Dipartimento di Prevenzione garantiscono l'assistenza sanitaria collettiva che comprende le attività e le prestazioni volte alla promozione della salute della popolazione nel suo complesso. Rientrano in tale livello di assistenza la prevenzione e il controllo delle malattie infettive, la tutela dai rischi per la salute derivanti dall'inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo, la tutela della salute della comunità nei luoghi di vita e di lavoro (abitazioni, scuole, uffici, fabbriche, zone rurali), la sicurezza alimentare, la sorveglianza e il controllo degli allevamenti per la prevenzione delle malattie degli animali e il loro benessere.

STRUTTURE E SERVIZI previsti:

DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA MEDICA

ASSETTO SPERIMENTALE
DIPARTIMENTO AREA NORD SARDEGNA
Con dipendenza esclusiva e gerarchica dalla ASL di Sassari

STRUTTURE E SERVIZI previsti:
I SERVIZI ALLA PERSONA
☐ Igiene e sanità pubblica
☐ Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro
☐ Medicina Legale
☐ Medicina dello sport
☐ Educazione sanitaria, prevenzione e promozione della salute
☐ SIAN Servizio Igiene alimentazione e Nutrizione
☐ SANZIONI IGIENICO SANITARIE



DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA

ASSETTO SPERIMENTALE
DIPARTIMENTO AREA NORD SARDEGNA
Con dipendenza esclusiva e gerarchica dalla ASL di Sassari

Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare:

- ☐ Sanità animale
- ☐ Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale
- ☐ Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche



27

Dipartimento di Salute Mentale

ASSETTO SPERIMENTALE DIPARTIMENTO AREA NORD SARDEGNA Con dipendenza esclusiva e gerarchica dalla ASL di Sassari

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) è il Dipartimento di tipo strutturale della ASL 1 Sassari deputato a programmare, promuovere, attivare, coordinare e verificare le attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione relativamente alla salute mentale e alle dipendenze patologiche in ogni età della vita, contribuendo a contrastare lo stigma e l'esclusione sociale che i disturbi psichici e le condotte di abuso, specie se in comorbidità, possono determinare.

Il DSMD garantisce che i Servizi ad esso afferenti costituiscano un complesso organizzativo unico e coerente, articolato conformemente alla normativa nazionale e regionale, come appresso specificato:

- **Servizi territoriali di salute mentale dell'età adulta** – articolati nei Centri di Salute Mentale (CSM), ciascuno dei quali, conformemente al DPR 01.11.1999, ha “un bacino d'utenza in ogni caso non superiore a 150.000 abitanti”;
- **Servizio ospedaliero di salute mentale** - denominato Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC);
- **Servizio per le dipendenze patologiche** - comprendente i SERD e il Servizio per il trattamento dei Disturbi Alcol / GAP correlati;
- **Servizio territoriale di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPI)**; - deputato alla tutela della salute mentale delle persone di minore età;
- **Servizio di Psichiatria Forense** – la cui attività, rivolta agli adulti, si sviluppa negli ambiti e nei termini previsti dalla vigente convenzione con il Tribunale di Sassari. Il Servizio di Psichiatria Forense coordina le attività di Psichiatria Carceraria, per le quali è dotato di specifici operatori a ciò esclusivamente dedicati;
- **Servizio per la Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrica (SRRSP)** – la cui attività è rivolta agli utenti di ogni età dei Servizi sia della salute mentale che delle dipendenze patologiche.



Dipartimento di Salute Mentale

ASSETTO SPERIMENTALE **DIPARTIMENTO AREA NORD SARDEGNA** Con dipendenza esclusiva e gerarchica dalla ASL di Sassari

Il DSMD si articola in Strutture complesse ed in Strutture semplici, alcune delle quali con valenza dipartimentale. Tutte le articolazioni organizzative del DSMD, pur mantenendo la propria autonomia/responsabilità, operano nell'ambito di un modello gestionale/organizzativo comune atto a garantire, in funzione delle risorse assegnate, un funzionamento omogeneo e una risposta unitaria e integrata ai bisogni degli utenti. Il DSMD promuove, facilita e potenzia i processi di collaborazione e integrazione tra aree (intra- e inter- dipartimentali e talora inter-aziendali) che nella pratica assistenziale sempre più frequentemente appaiono frammentate e necessitanti di risposte coordinate (come richiesto dalle Conferenze Unificate del 24.01.2013 e del 13.11.2014). Pertanto, in funzione delle risorse ad esso assegnate, il DSMD provvede a definire i piani terapeutico-riabilitativi individuali (PTAI/PTI residenziali, semiresidenziali e territoriali), nonché i seguenti percorsi di cura / percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)

- Disturbi psichici gravi in fase di esordio;
- Disturbi psichici "comuni" (depressione reattiva; disturbi d'ansia);
- Disturbi psicotici gravi e complessi (disturbi schizofrenici; disturbo bipolare; disturbi depressivi);
- Disturbi gravi di personalità di tipo borderline, narcisistico, istrionico;
- Disturbi psichici correlati alla patologia somatica e all'invecchiamento;
- Disturbi dello spettro autistico;
- Disturbi del comportamento alimentare (DCA);
- Comorbidità per disturbi psichiatrici e condotte d'abuso ("doppie diagnosi");
- Tutela della salute mentale (ivi compresi gli interventi per le dipendenze patologiche) in carcere.



Dipartimento di Psicologia di Cure Primarie (DPCP) Assetto sperimentale

Il Dipartimento di Psicologia di Cure Primarie (DPCP) è la macrostruttura della ASL 1 Sassari deputata a promuovere, coordinare, organizzare e gestire le attività psicologiche dell'Azienda, al fine di garantire una sempre più efficiente integrazione con le altre macrostrutture e Servizi aziendali per il raggiungimento degli obiettivi di salute e benessere psicologico degli utenti.

Il DPCP, cui afferiscono tutti i Dirigenti Psicologi dell'Azienda pur funzionalmente allocati presso altre macrostrutture e Servizi aziendali, assicura le seguenti attività:

- **Servizio di Psicologia Clinica** – comprendente la Psicologia Ospedaliera e dell'Emergenza;
- **Servizio di Psicometria** – comprendente il Laboratorio Psicodiagnostico;
- **Servizio di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni.**

Per lo svolgimento delle predette attività, il DPCP assicura opportune intese con le macrostrutture e i Servizi aziendali, tra cui, in particolare:

- i Distretti e i Servizi distrettuali di riabilitazione e di valutazione;
- il Dipartimento di Prevenzione Medico (Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria);
- il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze;
- il Dipartimento del Farmaco;
- i Presidi Ospedalieri;
- il Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Dipartimento di Psicologia di Cure Primarie (DPCP) Assetto sperimentale

Il DPCP garantisce inoltre:

- il coordinamento tecnico-scientifico delle attività psicologiche dell'Azienda;
- l'integrazione dei Dirigenti Psicologi nelle équipes multi-professionali, per l'ottimale sviluppo dei progetti, dei percorsi e dei processi clinico-assistenziali pur nel rispetto delle autonomie e responsabilità individuali;
- l'elaborazione di modelli e la raccolta di dati inerenti le prestazioni erogate;
- la promozione, il monitoraggio e la valutazione delle prestazioni psicologiche;
- la programmazione delle iniziative di formazione dei Dirigenti Psicologi;
- la verifica e monitoraggio delle competenze professionali dei Dirigenti Psicologi per la loro valorizzazione e ottimale allocazione nelle macrostrutture e nei Servizi aziendali;
- la predisposizione, in raccordo con le altre macrostrutture e i Servizi aziendali (ivi compresi Servizi amministrativi quali Programmazione Sanitaria e Strategica, Controllo di Gestione, Ricerca e Selezione delle Risorse Umane) del fabbisogno annuale di Dirigenti Psicologi;
- la gestione dei tirocini pre e post laurea in Psicologia (sia quelli di base che quelli specialistici).

DISTRETTI SANITARI

I DISTRETTI SANITARI

I Distretti Sanitari di Sassari, Alghero e Ozieri rappresentano macrostrutture funzionali ed organizzativo-strutturali dell'Azienda. Sono centri deputati alla valutazione dei bisogni (funzione di tutela), al governo dei processi assistenziali, organizzativi e gestionali, alla produzione in proprio o attraverso la negoziazione con i produttori aziendali/accreditati delle prestazioni necessarie al soddisfacimento dei bisogni della popolazione di riferimento così come programmato, monitorandone l'andamento anche al fine di operare una riprogrammazione, qualora necessaria.

Il distretto si configura come macro struttura aziendale e quale centro di riferimento a cui affluiscono le istanze sanitarie e socio-sanitarie della comunità e luogo in cui si garantisce la ricomposizione dell'offerta degli interventi secondo principi di equità, efficienza e appropriatezza in relazione alle risorse assegnate dalla Direzione Generale.

Al fine di poter adeguatamente trattare i fabbisogni di salute dei cittadini è necessario effettuare un'accurata analisi epidemiologica, con l'utilizzo del Population Health Management (PHM), al fine di introdurre nuovi metodi per l'analisi della domanda attraverso il governo clinico della malattia.



Dipartimenti di Area Ospedaliera

Dipartimento Direzioni di Presidio

Alla ASL di Sassari afferiscono 2 Presidi Ospedalieri:

- Il Presidio Ospedaliero di Alghero;
- il Presidio Ospedaliero di Ozieri.

Considerata la frammentazione delle attività ospedaliere, la complessità e l'articolazione territoriale della azienda, i Dipartimenti delle Direzioni Mediche di Presidio favoriscono il coordinamento e l'effettiva integrazione delle politiche sanitarie di area ospedaliera, sviluppando sinergie e modalità organizzative e gestionali comuni e condivise, pur nel rispetto delle specificità legate alle funzioni proprie di ciascun Presidio.

In una prospettiva di valorizzazione delle attività di produzione con la concentrazione in macroarticolazioni organizzative specializzate, il Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio ha il compito di contribuire a sostenere il processo di cambiamento, e quello di concorrere alla razionalizzazione dell'offerta dei presidi, contribuendo a definire con le unità operative e i dipartimenti di produzione le linee guida, i protocolli, e le procedure che occorrono.



Dipartimenti di Area Ospedaliera

Cure Chirurgiche

L'area delle cure chirurgiche raggruppa le competenze necessarie per garantire cure appropriate alla complessità della patologia trattata e ai bisogni della persona assistita. L'obiettivo principale è quello di assicurare uno standard di assistenza elevato sia nell'attività chirurgica in urgenza, sia in elezione, attraverso la collaborazione multiprofessionale, l'applicazione integrata delle tecnologie, l'impegno nella cultura medico-clinica e nella formazione degli operatori. Le modifiche proposte per il dipartimento, rispetto agli assetti esistenti, valorizzano i ruoli degli ospedali aziendali nella rete di emergenza e nella rete ospedaliera. Il nuovo Dipartimento delle cure chirurgiche assicura, attraverso le sue strutture, l'assistenza più appropriata ai pazienti con problematiche chirurgiche, individuando la soluzione più adatta al problema da affrontare e al livello di intensità richiesto. Le strutture sono organizzate per assicurare modalità adeguate di gestione del paziente, sotto il profilo clinico e organizzativo, offrendo ai pazienti profili di assistenza compatibili con le risorse disponibili, razionalizzando le risorse (degenza ordinaria, week surgery, day surgery, day service, ecc.).

Garantisce, inoltre, la facilità di accesso dei pazienti e i percorsi necessari alla assistenza attraverso la collaborazione intra ed extra dipartimentale. Il Dipartimento disciplina il sistema dei rapporti con le Direzioni Mediche dei presidi aziendali, e con gli altri Dipartimenti con cui le proprie strutture interagiscono per l'allestimento dei servizi e delle prestazioni di assistenza. Nel contesto, per il Dipartimento di Cure Chirurgiche è data particolare attenzione al concorso delle attività dipartimentali nelle attività di emergenza e pronto soccorso. Il Dipartimento si organizza e si configura in modo da assicurare il governo dei processi di cui è responsabile, anche attraverso percorsi, programmi e progetti trasversali e comuni alle diverse strutture afferenti, e condivisi dalla Direzione Aziendale; tutte le strutture del Dipartimento garantiscono accessi periodici e programmati in tutti i nodi della rete ospedaliera.

Dipartimenti di Area Ospedaliera

Cure Mediche

La ricerca della salute del paziente insieme all'impegno quotidiano per l'accoglienza e il servizio alla persona, sono i principali obiettivi delle strutture afferenti all'area medica che integra processi assistenziali complessi con un approccio multidisciplinare che si avvale di tecniche di diagnostica strumentale, nell'ottica di efficacia e appropriatezza e della disponibilità di consulenze specialistiche de-dicate.

La mission del Dipartimento è quella integrare l'offerta di servizi di medicina generale e specialistica di elevata complessità secondo criteri di qualità e appropriatezza, garantendo una pronta ed efficace risposta alla domanda derivante dal sistema dell'emergenza-urgenza, e dalle sempre più frequenti situazioni legate all'invecchiamento della popolazione, alla stagionalità, alle epidemie; l'unità garantisce, inoltre, la presa in carico multidisciplinare di problematiche cliniche di elevata complessità. Il Dipartimento disciplina il sistema dei rapporti con le direzioni sanitarie dei presidi aziendali, e con gli altri Dipartimenti con cui le proprie strutture interagiscono per l'allestimento dei servizi e delle prestazioni di assistenza.

Nel contesto, per il Dipartimento, è data particolare enfasi al concorso delle attività dipartimentali nelle attività di emergenza e pronto soccorso.

Il Dipartimento si organizza e si configura in modo da assicurare il governo dei processi di cui è responsabile, anche attraverso percorsi, programmi e progetti trasversali e comuni alle diverse strutture afferenti, e condivisi dalla Direzione Aziendale.

Dipartimento Area Ospedaliera

Dipartimento di diagnostica e servizi ospedalieri

Il Dipartimento disciplina il sistema dei rapporti con le direzioni sanitarie dei presidi della azienda, con i Dipartimenti con cui le proprie strutture interagiscono per l'allestimento dei servizi e delle prestazioni di assistenza, e con i Distretti per le attività dipartimentali che interessano il territorio.

Il Dipartimento si organizza e si configura in modo da assicurare il governo dei processi di cui è responsabile, anche attraverso percorsi, programmi e progetti trasversali e comuni alle diverse strutture afferenti, e condivisi dalla Direzione Aziendale.

Tramite la regolamentazione attuativa e la programmazione delle attività dipartimentali il Dipartimento definisce in dettaglio compiti e responsabilità delle unità operative afferenti.

Dipartimento delle Professioni Sanitarie

Nell'ambito del processo di riorganizzazione della ASL di Sassari si rende necessario ricostruire ed efficientare i servizi sanitari e socioassistenziali tenendo conto del cambiamento del panorama sanitario nazionale e locale, della domanda di salute del territorio e dei sistemi di sostenibilità della stessa. Nel dare seguito a quanto definito dalla L.251 /2000, dalla L.43/2006 e dal CCNL 2018 di intende istituire il Dipartimento delle Professioni Sanitarie proponendo le linee di indirizzo utili a superare le disomogeneità del servizio professioni sanitarie, definendo funzioni, articolazione organizzativa e livelli di responsabilità. In quest'ottica il Dipartimento Professioni Sanitarie presiede alla funzione di governo aziendale dell'assistenza sanitaria, mediante la partecipazione alla definizione delle strategie aziendali sulle politiche di programmazione, reclutamento, allocazione, gestione e sviluppo professionale del personale relativo all'assistenza alla persona.

FUNZIONI:

1) Qualità e sicurezza delle cure infermieristiche, riabilitative e dei processi tecnico-sanitari e della prevenzione

- a) Garantisce risposte ai bisogni di assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa, tecnico-sanitaria e della prevenzione sulla base delle competenze e delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici;
- b) Assicura percorsi assistenziali per le persone fragili e per le cronicità nel rispetto dei LEA e degli standard previsti a livello nazionale e regionale attraverso un'assistenza personalizzata sui modelli assistenziali più innovativi di medicina di iniziativa e di qualità;
- c) Sostiene la multidisciplinarietà dei processi di lavoro attraverso i percorsi diagnostico terapeutici, clinici, assistenziali e riabilitativi;

2) Valorizzazione e sviluppo delle competenze dei professionisti

- a) Assicura l'attuazione di programmi ed il governo dei processi di sviluppo, gestione, valutazione e valorizzazione, motivazione del personale anche attraverso il riconoscimento e la graduazione degli incarichi e della rete di coordinamento e management;
- b) Implementa sistemi di sviluppo sulla premialità.

Dipartimento delle Professioni Sanitarie

3) Benessere Organizzativo

- a) Governa i processi di assistenza infermieristica ed ostetrica, della prevenzione e della riabilitazione e dell'area tecnica sanitaria attraverso azioni di indirizzo, coordinamento e direzione dei profili afferenti alle professioni sanitarie;
- b) Fornisce risposte ai bisogni di assistenza promuovendo l'analisi, la progettazione e la reingegnerizzazione dei percorsi di cura, di presa in carico e di prevenzione e promozione della salute attraverso l'innovazione e l'utilizzo delle tecnologie a disposizione, (HTA, Telemedicina);
- c) Sviluppa e coordina i processi assistenziali e i percorsi di continuità ospedale territorio in collaborazione con le altre strutture dipartimentali sanitarie e socio assistenziali
- d) Definisce il fabbisogno di risorse umane attraverso la determinazione, il governo e la gestione degli staffing e del dimensionamento delle risorse, nonché collabora nella determinazione dei fabbisogni di presidi, materiali, servizi e tecnologie;
- e) Promuove la ricerca e l'utilizzo delle best practice, il benessere organizzativo, la cultura della sicurezza, la riduzione dei rischi, la trasparenza;
- f) Collabora alle attività di formazione anche con altri enti partnership dell'azienda

ARTICOLAZIONI FUNZIONALI

- Governo dei Processi
- Innovazione e Sviluppo
- Evidence Based Practice - Evidence Based Nursing
- Umanizzazione delle Cure

Dipartimento delle Professioni Sanitarie

- **Governo dei Processi**

Analisi dei modelli organizzativi e assistenziali; definizione modello teorico filosofico assistenziale, (**Modello Funzionale di Gordon, Carpenito, Cantarelli**), (**Primary Nursing, Modular Nursing, Chronic Care Model, Bed Management, Intensità di Cure, Unità di Degenza Infermieristica, Parto naturale a Gestione Ostetrica, Operation Room Management**); implementazione di modelli organizzativi e gestionali; implementazione di linee guida per un utilizzo razionale delle risorse in relazione ai bisogni dell'assistito; pianificazione e implementazione dei processi case management, intensità di cure di continuità delle cure e dell'assistenza; pianificazione e implementazione dei processi di integrazione multi professionale e multidisciplinare; pianificazione e implementazione dei processi per l'utilizzo razionale delle risorse attraverso l'analisi del fabbisogno, il reclutamento, l'inserimento e la valutazione del personale, in relazione agli obiettivi delle UU.OO. e alle norme etiche e deontologiche; collaborazione con l'Università alla realizzazione di percorsi coerenti con gli obiettivi formativi e i bisogni dell'utenza;

- **Innovazione e Sviluppo**

Analisi iniziale dei modelli organizzativi e assistenziali; definizione e programmazione dei fabbisogni di Innovazione e Sviluppo; definizione dei bisogni formativi di Innovazione e Sviluppo; Promozione della produzione dei progetti di Innovazione e Sviluppo; strutturazione di gruppi per l'Innovazione e Sviluppo nelle unità operative; rapporti con Associazioni di Pazienti: pratiche di partecipazione inclusive, working; group, eventi informativi, eventi promozionali, report; partecipazione a Call, Grants, premi regionali, nazionali e internazionali;

- **Evidence Based Practice - Evidence Based Nursing**

Analisi iniziale sull'utilizzo dell' EBP; definizione e programmazione dei fabbisogni di EBP; definizione dei bisogni formativi dell' EBP; promozione della produzione dei progetti EBP; disseminazione ed implementazione delle prove di efficacia; produzione linee guida, revisioni sistematiche, meta-analisi; pubblicazioni di articoli scientifici su riviste nazionali e internazionali, di abstract e poster per Congressi nazionali e internazionali;

- **Umanizzazione delle Cure**

Analisi iniziale sull'utilizzo dell'Umanizzazione delle Cure; definizione e programmazione dei fabbisogni di Umanizzazione delle Cure; definizione dei bisogni formativi dell'Umanizzazione delle Cure; implementazione dell'Umanizzazione delle Cure in base ai criteri Agenas; promozione della produzione di progetti dell'Umanizzazione delle Cure; implementazione sistematica degli Ospedali Senza Dolore e Ospedale Multiculturale; partecipazione a Call, Grants, premi regionali, nazionali e internazionali;

Attività di raccordo amministrativo e gestionale con ARES Sardegna

In forza dell'art. 3, comma 3, della L.R. 24/2020 l'ARES svolge per le costituenti Aziende socio-sanitarie locali, l'ARNAS Brotzu, l'AREUS e le Aziende ospedaliero-universitarie di Cagliari e Sassari, le seguenti funzioni in maniera centralizzata:

- a) centrale di committenza per conto delle aziende sanitarie e ospedaliere della Sardegna ai sensi degli articoli 38 e 39 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici) e successive modifiche ed integrazioni, con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità. Nell'esercizio di tale funzione può avvalersi della centrale regionale di committenza di cui all'articolo 9 della legge regionale 29 maggio 2007, n. 2 (legge finanziaria 2007), e successive modifiche ed integrazioni. Resta salva la facoltà di tutte le aziende di procedere direttamente all'acquisizione di beni e servizi nei limiti di quanto previsto dall'articolo 37 del decreto legislativo n. 50 del 2016;
- b) gestione delle procedure di selezione e concorso del personale del Servizio sanitario regionale, sulla base delle esigenze rappresentate dalle singole aziende; può delegare alle aziende sanitarie, sole o aggregate, le procedure concorsuali per l'assunzione di personale dotato di elevata specificità;
- c) gestione delle competenze economiche e della gestione della situazione contributiva e previdenziale del personale delle aziende sanitarie regionali;
- d) gestione degli aspetti legati al governo delle presenze nel servizio del personale;
- e) omogeneizzazione della gestione dei bilanci e della contabilità delle singole aziende;
- f) omogeneizzazione della gestione del patrimonio;
- g) supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale;
- h) procedure di accreditamento ECM;
- i) servizi tecnici per la valutazione delle tecnologie sanitarie (Health technology assessment - HTA), servizi tecnici per la fisica sanitaria e l'ingegneria clinica;
- j) gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;
- k) progressiva razionalizzazione del sistema logistico;



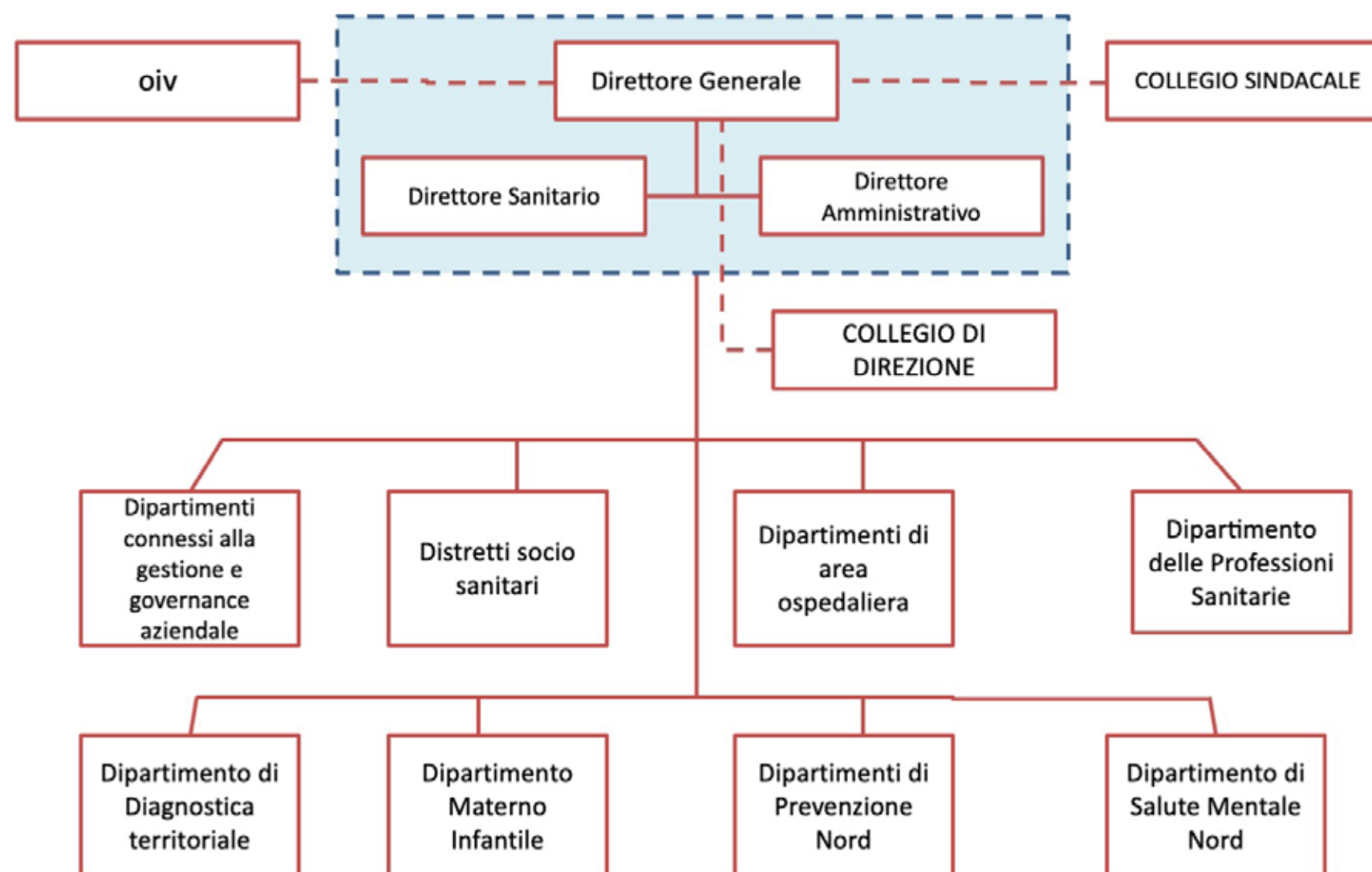
Attività di raccordo amministrativo e gestionale con ARES Sardegna

- l) gestione della committenza inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati sulla base dei piani elaborati dalle aziende sanitarie;
- m) gestione degli aspetti economici e giuridici del personale convenzionato;
- n) tutte le competenze in materia di controlli di appropriatezza e di congruità dei ricoveri ospedalieri di qualunque tipologia, utilizzando metodiche identiche per tutte le strutture pubbliche e private. Il valore dei ricoveri giudicati inappropriati è scontato dalle spettanze alla struttura interessata al pagamento immediatamente successivo alla notifica del giudizio definitivo di appropriatezza.

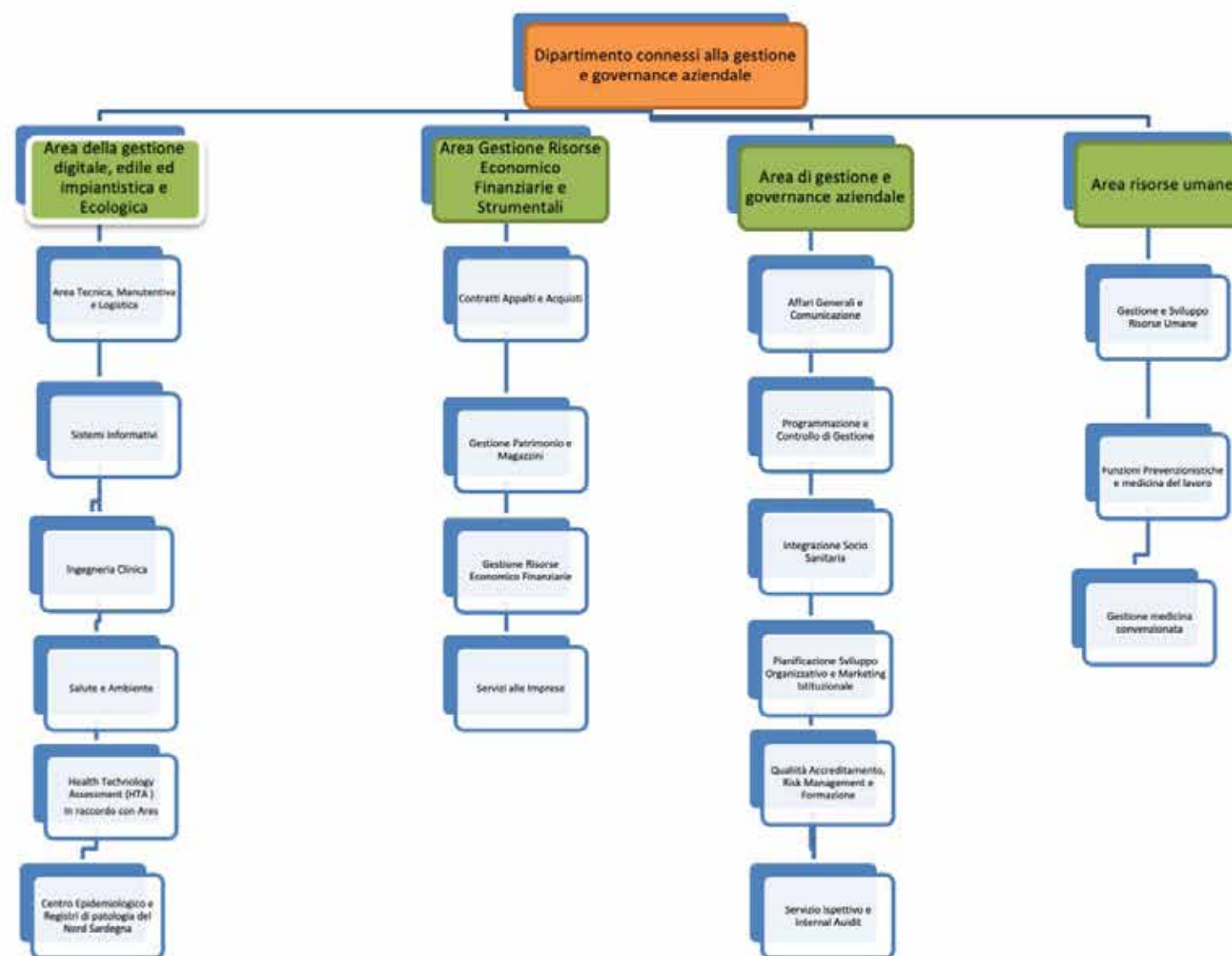
Per tutte le funzioni centralizzate in ARES di cui all'art. 3, comma 3, la L.R. n°24/2020, la costituenda Azienda Sanitaria progetta di svolgere le omologhe attività mediante le strutture aziendali indicate tra quelle afferenti ai dipartimenti connessi alla gestione e governance aziendale, che si raccorderanno ed interfaceranno sistematicamente con l'ARES Sardegna. Il modello funzionale proposto per la interfaccia con ARES Sardegna è di tipo matriciale in ambito del quale alcuni servizi sono svolti esclusivamente dalla ASL ed altri sono svolti esclusivamente da ARES. Altri invece sono alternati tra ASL e ARES a seconda della tempestività necessaria a soddisfare eventuali emergenze e/o urgenze.



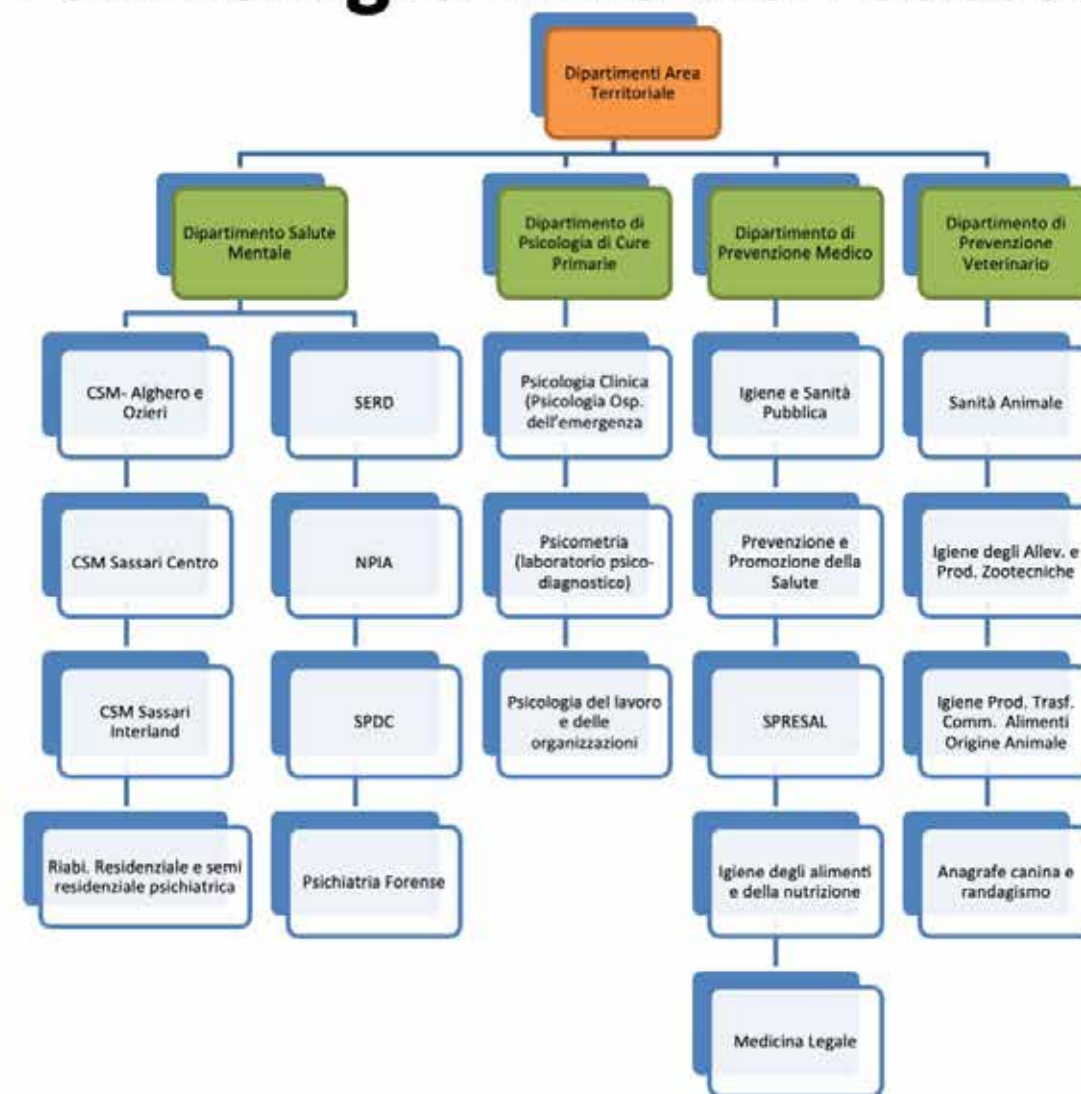
Organigramma di sintesi ASL n. 1 - Sassari



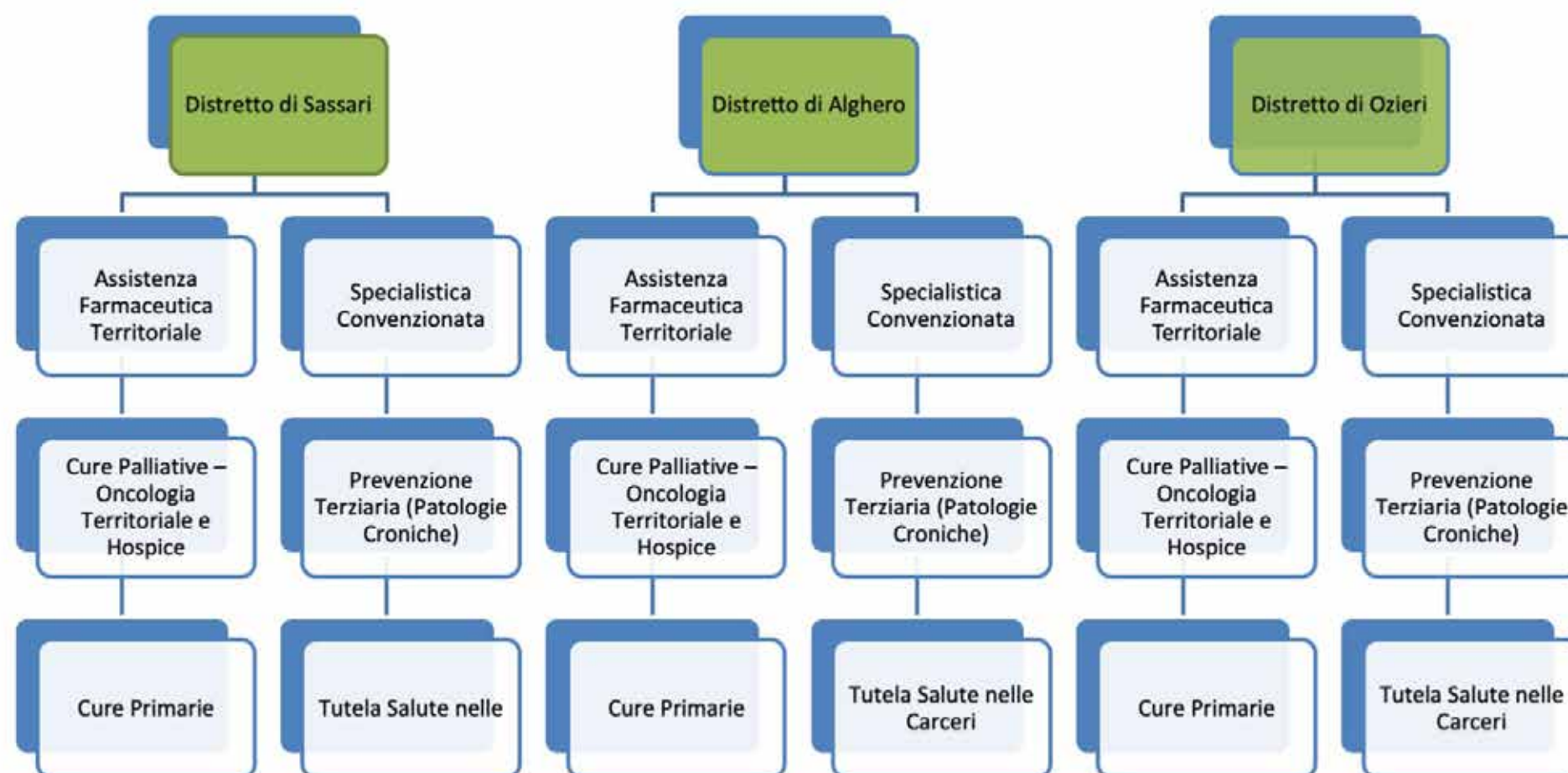
Funzionigramma ASL Sassari



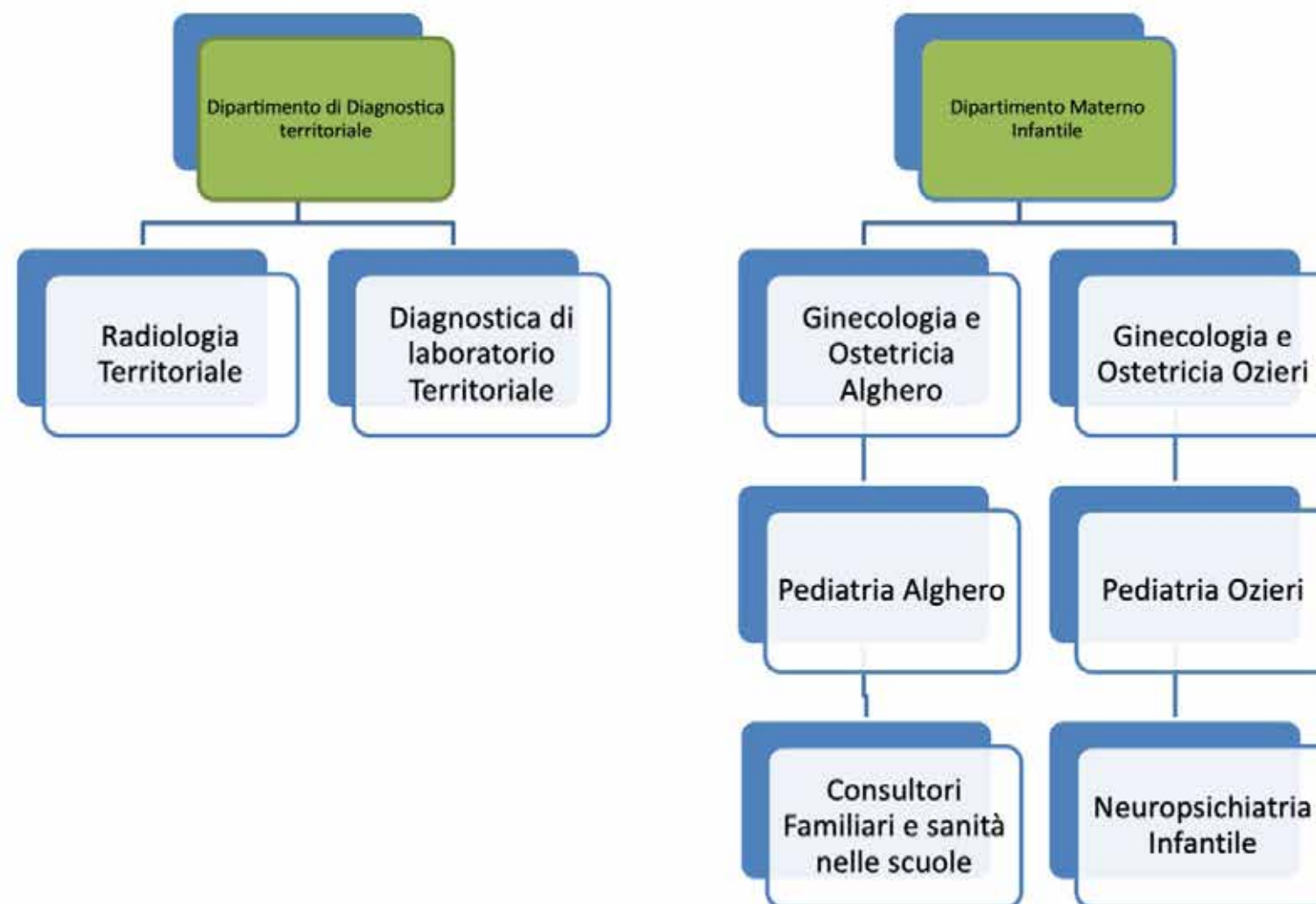
Funzionigramma ASL Sassari



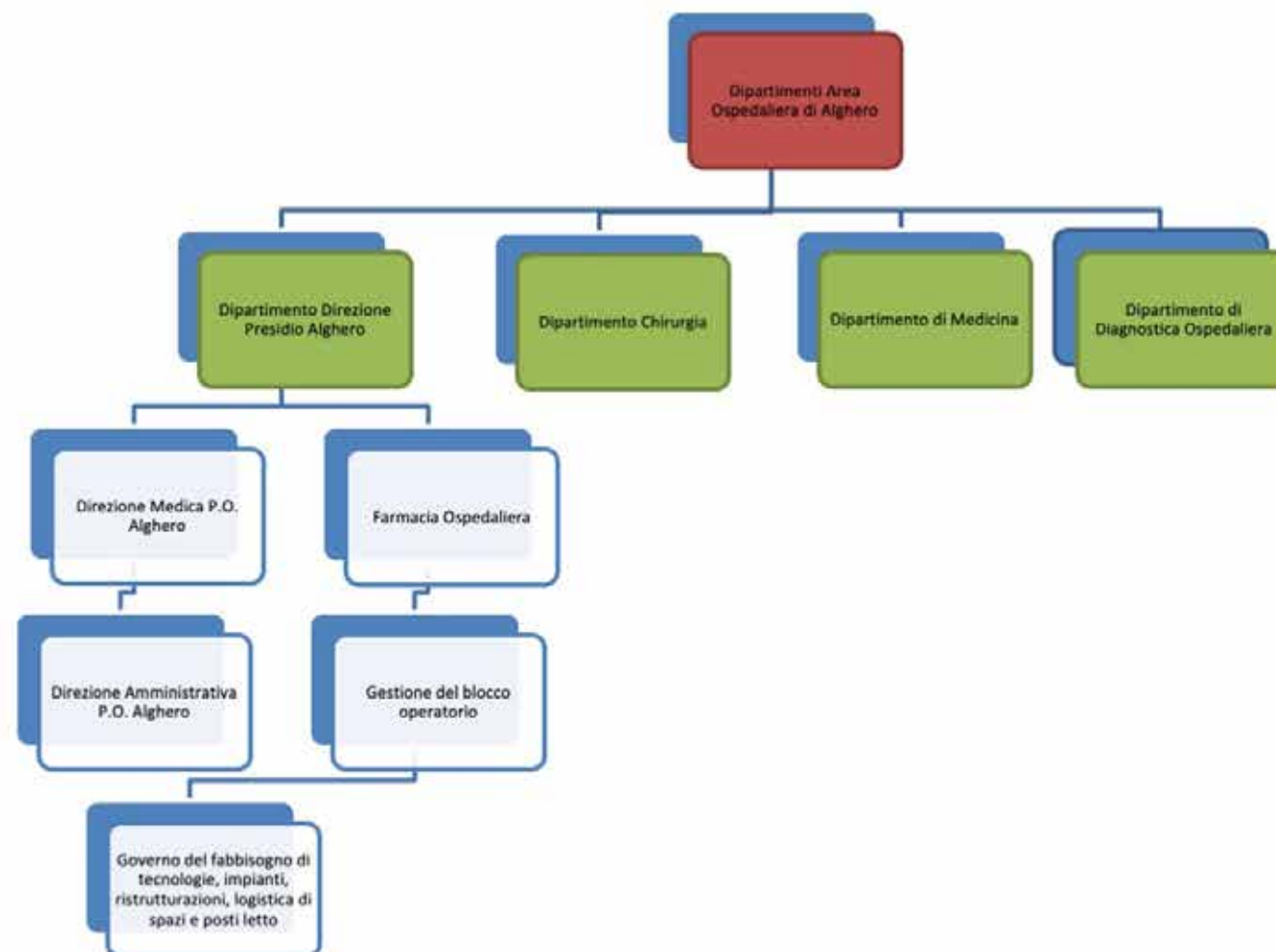
Funzionigramma ASL Sassari



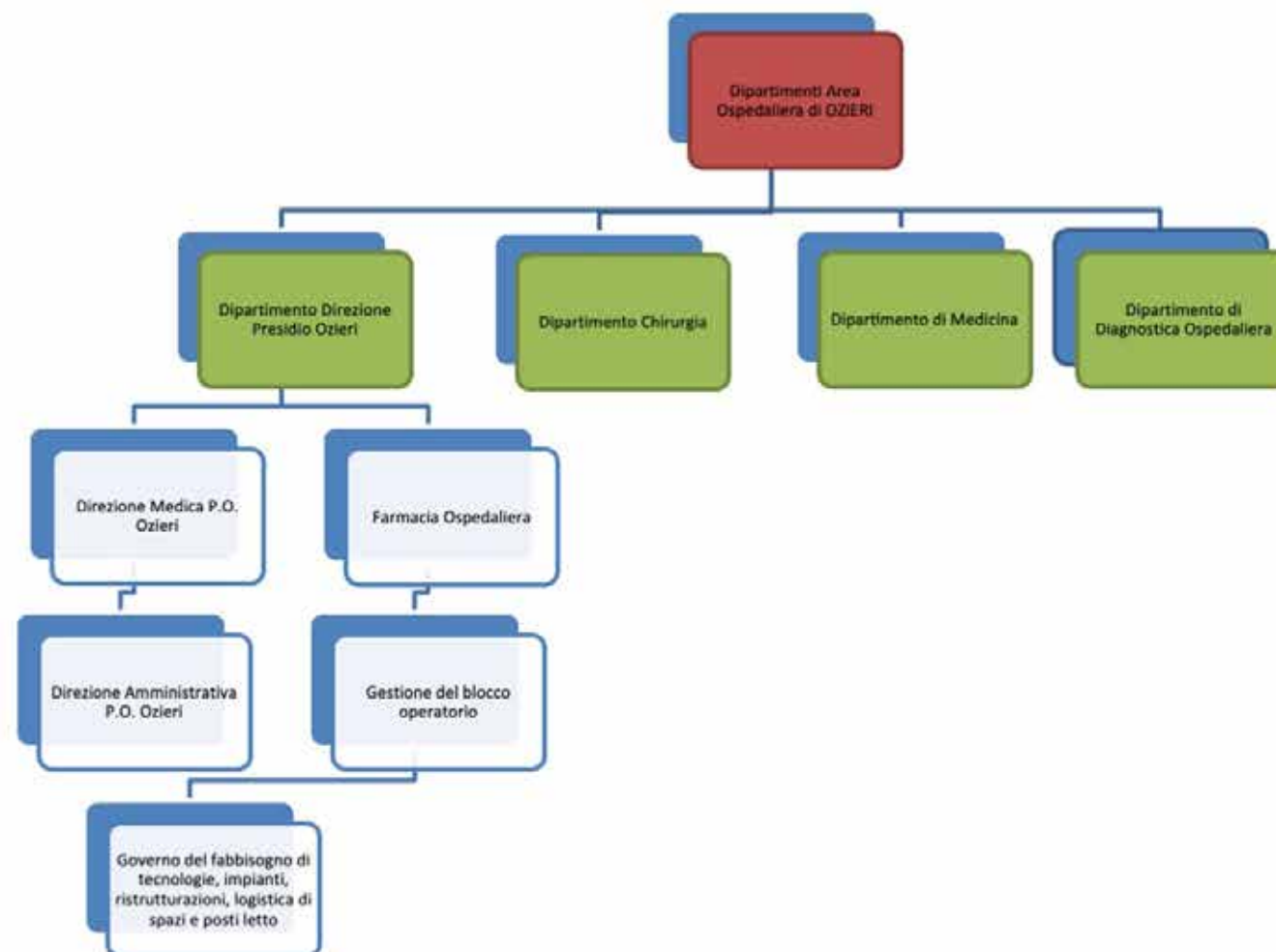
Funzionigramma ASL Sassari



Funzionigramma ASL Sassari



Funzionigramma ASL Sassari



Funzionigramma ASL Sassari

