

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

AZIENDA SOCIO SANITARIA N°2 DELLA GALLURA



Novembre 2022

INDICE

PARTE I – IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	4
A. ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL’ASL GALLURA	4
B. MISSIONE E VISIONE DELL’ASL GALLURA	4
C. CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO	7
D. STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL’AZIENDA SANITARIA	28
PARTE II –LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA TRIENNALE.....	32
A. INDIRIZZI STRATEGICI AZIENDALI PER LIVELLO DI ASSISTENZA..	33
A.1 AREA DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	33
1. <i>Indirizzi regionali e nazionali in materia</i>	<i>33</i>
2. <i>Offerta di prestazioni e servizio sul territorio</i>	<i>33</i>
3. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire.....</i>	<i>38</i>
A.2 AREA DELL’ASSISTENZA DISTRETTUALE.....	56
1. <i>Indirizzi regionali in materia</i>	<i>56</i>
2. <i>Offerta di prestazioni e servizio sul territorio</i>	<i>56</i>
3. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire</i>	<i>61</i>
A.3 AREA DELL’ASSISTENZA OSPEDALIERA	85
1. <i>Indirizzi Nazionali e Regionali in materia</i>	<i>85</i>
2. <i>Offerta di prestazioni e servizi sul territorio.....</i>	<i>86</i>
3. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire</i>	<i>104</i>
PARTE III - LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO PATRIMONIALE	110
A. IL BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE	110

PRESENTAZIONE DEL PIANO

La programmazione socio sanitaria dell'offerta di servizi assistenziali ha l'obiettivo di garantire livelli di fruibilità e di disponibilità delle prestazioni in grado di saturare il bisogno di assistenza reale. L'individuazione della tipologia e della natura dei bisogni sanitari, e quindi della domanda di salute, è di prioritaria importanza per poter individuare le scelte strategiche di programmazione sanitaria in linea con le specifiche esigenze territoriali.

Una programmazione basata sui bisogni di salute deve svilupparsi, prioritariamente, dalla conoscenza del territorio, dalla sua complessità e dalla variabilità dal punto di vista demografico, socio economico ed epidemiologico. Il programma sanitario triennale è un documento che espone, gli indirizzi strategici generali e gli obiettivi da conseguire con riferimento all'area della prevenzione collettiva e sanità pubblica, all'area dell'assistenza distrettuale e all'area dell'assistenza ospedaliera.

All'azienda sanitaria spetta il ruolo di lettore delle esigenze del proprio territorio e di mediare tra le aspettative dei cittadini e le possibilità del sistema sanitario regionale di soddisfarle, di individuare le priorità. La società contemporanea con il suo configurarsi come società complessa e frammentata, richiede strumenti utili al fine di conoscere, interpretare e leggere tale complessità per raggiungere un miglior standard decisionale nella programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

La salute, intesa come stato di benessere complessivo, è infatti il risultato di uno sviluppo sostenibile capace di preservare la disponibilità delle risorse rinnovabili ed evitare eccessivi squilibri ambientali, economici e sociali.

Promuovere la salute di una società significa, quindi, investire non solo in ricerca medica, ma anche in politiche tese a rimuovere situazioni di disagio economico e sociale, nell'educazione alla salute e nella promozione di stili di vita sani; di qui il ruolo attivo svolto dalle Aziende del Servizio Sanitario Regionale nella programmazione sanitaria.

Parte I – Il contesto di riferimento

A. Elementi identificativi dell'ASL GALLURA

Con la legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 recante "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore" si è dato avvio alla riforma finalizzata a modificare l'organizzazione del Servizio sanitario regionale per renderlo maggiormente aderente ai bisogni della popolazione, superando la precedente organizzazione incentrata su un'unica azienda territoriale. L'attuale assetto organizzativo dell'ASL GALLURA attraversa una fase di riorganizzazione conseguente alla riforma di cui alla legge regionale n. 24 del 11.9.2020, la quale ha soppresso l'ATS Sardegna e costituito, con decorrenza 1.1.2022, otto nuove ASL territoriali e l'Ares Sardegna, azienda deputata all'erogazione di servizi tecnici e amministrativi in forma accentrata per tutte le aziende del SSR. L'istituenda ASL GALLURA, dal 01.01.2022 opera attraverso le strutture e il personale ereditato dalla ex ATS Sardegna in liquidazione, in quanto allo stato attuale è in fase di definizione l'atto aziendale, la dotazione organica e il piano triennale del fabbisogno di personale 2022-2024.

Con la delibera RAS n.46/24 del 25 novembre 2021, ai sensi di quanto disposto dall'art. 9 della legge regionale dell'11 settembre 2020 n.24, a far data dal 1 gennaio 2022 è stata costituita l'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) n. 2 della Gallura.

L' Azienda socio-sanitaria locale della Gallura assicura, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera; ha personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione; l'organizzazione e il funzionamento è disciplinato 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.

La sede legale dell'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura è in via Bazzoni Sicana n.2.

Il sito ufficiale è <https://www.aslgallura.it/> .

Il logo ufficiale è:



B. Missione e visione dell'ASL GALLURA

L'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura concorre alla realizzazione della missione del

Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna, contribuendo alla tutela e promozione del benessere degli individui e della collettività nel territorio di competenza, e al mantenimento e miglioramento dello stato di salute, come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività, ed esercita le proprie funzioni in maniera sinergica con gli altri soggetti del sistema sanitario regionale. L'Azienda promuove le attività di prevenzione, cura e riabilitazione in modo unitario ed in stretta connessione con i soggetti pubblici e privati presenti nel contesto socio-ambientale del proprio territorio in una logica di fiducia, di cooperazione, di integrazione socio-sanitaria e, al proprio interno, promuove la formazione e la crescita professionale per mantenere elevati i livelli qualitativi dei servizi offerti.

L'azione dell'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura è finalizzata in maniera fondamentale al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura nei percorsi assistenziali, alla capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione del sistema azienda. Al tempo stesso la sua azione è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sulla continuità e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni, persegue la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo capace di assicurare appropriatezza, efficacia, orientato al miglioramento continuo della qualità, alla valorizzazione degli operatori e all'uso ottimale delle risorse assegnate.

L'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura svolge la propria attività nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità ed assicura, attraverso i servizi direttamente gestiti:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- l'assistenza distrettuale;
- l'assistenza ospedaliera.

I principi-guida e i valori fondamentali ai quali l'Azienda ispira l'azione gestionale per la creazione di valore pubblico sono:

- il rispetto della dignità umana, l'equità e l'etica professionale;
- la centralità della persona, intesa come singolo soggetto autonomo, responsabile e capace ed il costante riferimento alla comunità locale;
- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza, il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane;
- la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti.

L'Azienda soddisfa i bisogni di salute della popolazione attraverso specifici interventi sociosanitari nell'ambito del sistema di cure e prevenzione, organizzando direttamente, o acquisendo presso altre strutture pubbliche o private accreditate, le prestazioni socio-sanitarie ed i servizi

indispensabili per soddisfare in modo appropriato la domanda emergente da tali bisogni.

Nell'ottica della creazione di Valore Pubblico l'Azienda si impegna a trasferire nel modo più rapido ed efficace l'avanzamento delle conoscenze di base nell'intento di favorire un'attività socio-sanitaria sempre più qualificata a servizio della popolazione.

Questi valori fondamentali si concretizzano con azioni finalizzate a garantire:

Equità

Garantire pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni e ai servizi su tutto il territorio regionale, a parità di bisogno di salute. Il contrasto alle disuguaglianze di salute emergono, infatti, sempre più come elementi imprescindibili di un servizio sanitario di respiro universalistico che abbia in sé le caratteristiche di efficacia, efficienza ed equità; l'azienda garantisce, a parità di bisogno, l'equità territoriale, realizzando per quanto possibile uniformità e tempestività nell'accesso alle prestazioni per tutti i cittadini residenti al fine di assicurare livelli di assistenza appropriati e di qualità oltretutto economicamente sostenibili;

Centralità del cittadino/paziente

Prendersi cura dei pazienti, rispondendo in modo adeguato ai loro bisogni di salute, ponendo attenzione alla centralità della persona e perseguendo l'umanizzazione nei rapporti interpersonali tra operatori sanitari ed utenti- pazienti, con nuovi modelli organizzativi in grado di trasferire la propria azione dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico del malato;

la centralità del cittadino/paziente assume valore strategico ed è perseguita mediante specifiche politiche di comunicazione al cittadino/paziente tese a rendere disponibili e accessibili le informazioni necessarie per orientarsi, scegliere e accedere alle prestazioni di cui hanno necessità; l'informazione sistematica e tempestiva ha lo scopo di favorire un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie;

Qualità

La qualità viene garantita attraverso lo sviluppo di programmi di revisione della pratica clinica e professionale, fondati sui principi delle evidenze scientifiche; con le pratiche cliniche dell'*Evidence Based Medicine* (EBM) e dell'*Evidence Based Nursing* (EBN) l'Azienda pone in essere interventi sanitari mirati a produrre risultati positivi di salute, salvaguardando le risorse disponibili, utilizzandole nel miglior modo possibile ed evitando sprechi e costi inutili. Promuove inoltre l'accreditamento istituzionale di tutte le strutture;

Economicità

L'economicità viene garantita attraverso la ricerca delle soluzioni in grado di minimizzare i costi di produzione e si concretizza anche attraverso l'individuazione di soluzioni organizzative capaci di rendere condivise, tra più articolazioni aziendali, le risorse strutturali e il patrimonio tecnologico e professionale dell'Azienda e nella realizzazione di soluzioni improntate ad un principio di essenzialità e non ridondanza, in una visione sistemica che abbia come punto di riferimento

l'intera rete assistenziale;

Legalità

Garantire la legalità, assicurando che tutti gli atti e i comportamenti posti in essere dall'azienda siano rispondenti alle disposizioni normative vigenti. Vigilerà infatti sul rispetto dei vincoli di buona prassi di gestione dei servizi sanitari e di qualità delle prestazioni in quanto elementi necessari al conseguimento degli obiettivi di output;

Trasparenza e semplificazione dei processi amministrativi

Garantire ai portatori di interessi, relazioni trasparenti volte al raffronto produttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali e le associazioni di volontariato esponenziali di interessi diffusi; la trasparenza è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività svolta dall'ASL allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sull'utilizzo delle risorse pubbliche e sul perseguimento dei fini istituzionali;

Sviluppo competenze, ricerca e innovazione

Garantire la crescita professionale a tutti coloro che mettono la loro professionalità a servizio dell'Azienda con idonei percorsi formativi in relazione alle capacità di ognuno. La valorizzazione della professionalità degli operatori è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

C. Contesto territoriale e demografico

Il contesto in cui opera l'azienda è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

Lo sviluppo di soluzioni per fronteggiare i rapidi mutamenti delle variabili demografiche ed epidemiologiche, rende necessario l'introduzione di politiche di governo clinico, ossia di un sistema incentrato sull'integrazione di numerosi fattori tra loro complementari, tra i quali la formazione continua, la gestione del rischio clinico, i percorsi assistenziali, la gestione del personale e l'accountability verso il cittadino.

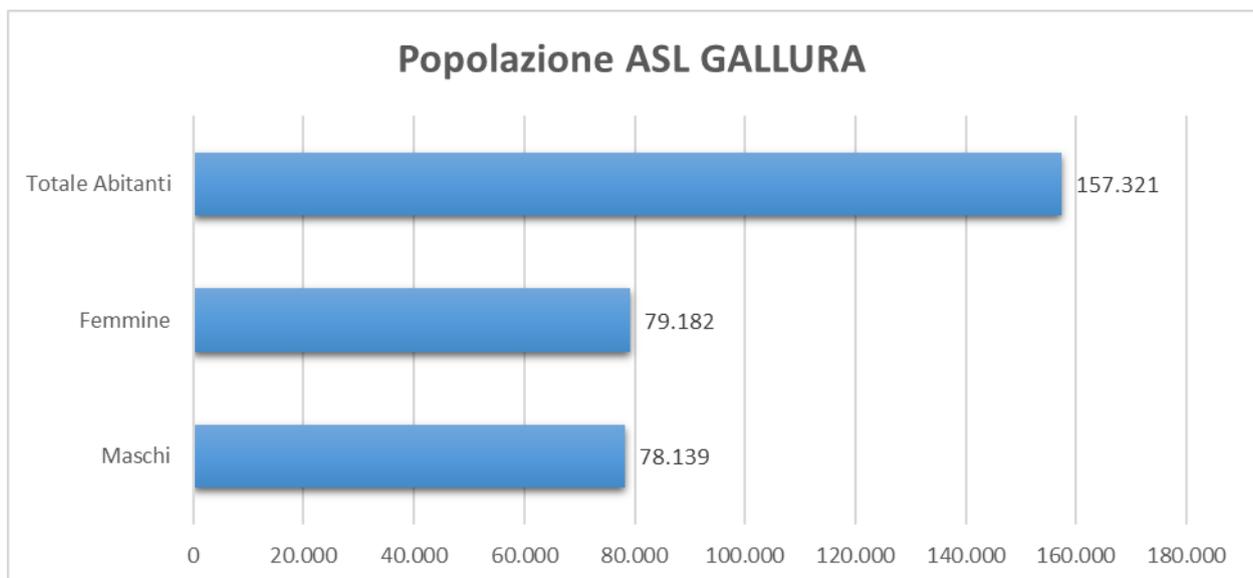
A quanto premesso, si aggiunge la complessità dei processi di riorganizzazione assistenziali che l'azienda dovrà affrontare nel prossimo futuro che darà origine ad un profondo ripensamento nella organizzazione e gestione dei servizi con importanti cambiamenti sia nell'area ospedaliera che in quella territoriale, con una prospettiva che va verso la deospedalizzazione ed il potenziamento delle cure domiciliari, l'attivazione delle Case della Comunità e l'aumento del servizio di filtro territoriale per le patologie croniche, con l'auspicio che l'intero servizio Socio- Sanitario del territorio si orienti verso una assistenza proattiva, ossia si attivi quella che viene definita medicina di iniziativa, sia nella fase di prevenzione che nell'assistenza primaria ed integrata.

La popolazione del territorio di competenza della ASL Gallura al **01.01.2022** ammonta a 157.321 residenti. La caratteristica dell'area geografica del Nord-Est Sardegna è stata quella di un costante incremento della propria popolazione residente; elemento che l'ha differenziata dalle tendenze in atto nel resto del territorio regionale.

Nel periodo 2001-2019, la popolazione residente nel Nord-Est, ha avuto il più alto tasso di incremento (+16,9%) rapportato alle altre province della Sardegna.

Fra il 1971 ed il 2018, l'incidenza della popolazione in Gallura, sul totale Sardegna, passa dal 26% al 33%; infatti, negli ultimi 50 anni la popolazione è cresciuta mediamente di circa il 57% con valori percentuali importanti nei Comuni costieri a discapito di un significativo decremento nei Comuni interni.

Quanto accaduto può aiutare a ritenere che la crescita della popolazione sia stata alimentata da altre Regioni d'Italia e da altre aree dell'Isola concorrendo a determinare un contesto territoriale in cui la popolazione ha stabilito la propria residenza nei Comuni costieri.



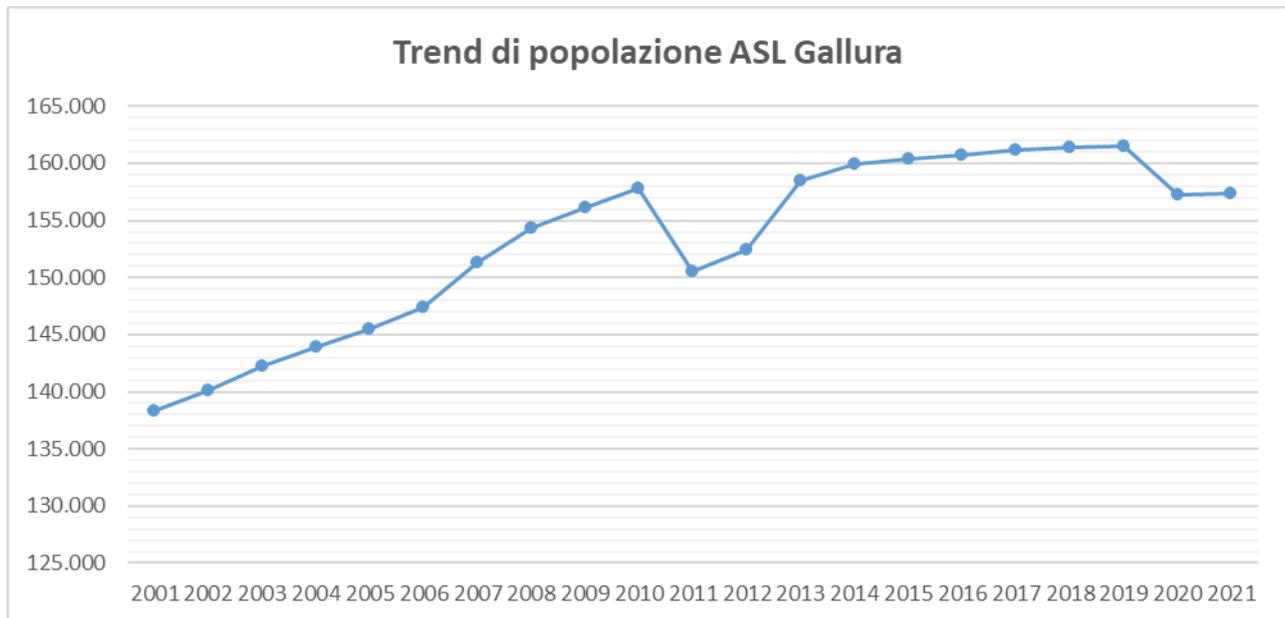
Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni di Olbia (60.385 abitanti) Tempio Pausania (13.278 abitanti), Arzachena (13.331 abitanti) e La Maddalena (10.617 abitanti) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale.

La maggioranza dei comuni che compongono il territorio di competenza della ASL Gallura sono di piccole dimensioni ed altro elemento caratterizzante sono i nuclei residenziali di matrice rurale, che si manifestano con diversi gradi di densità abitativa.

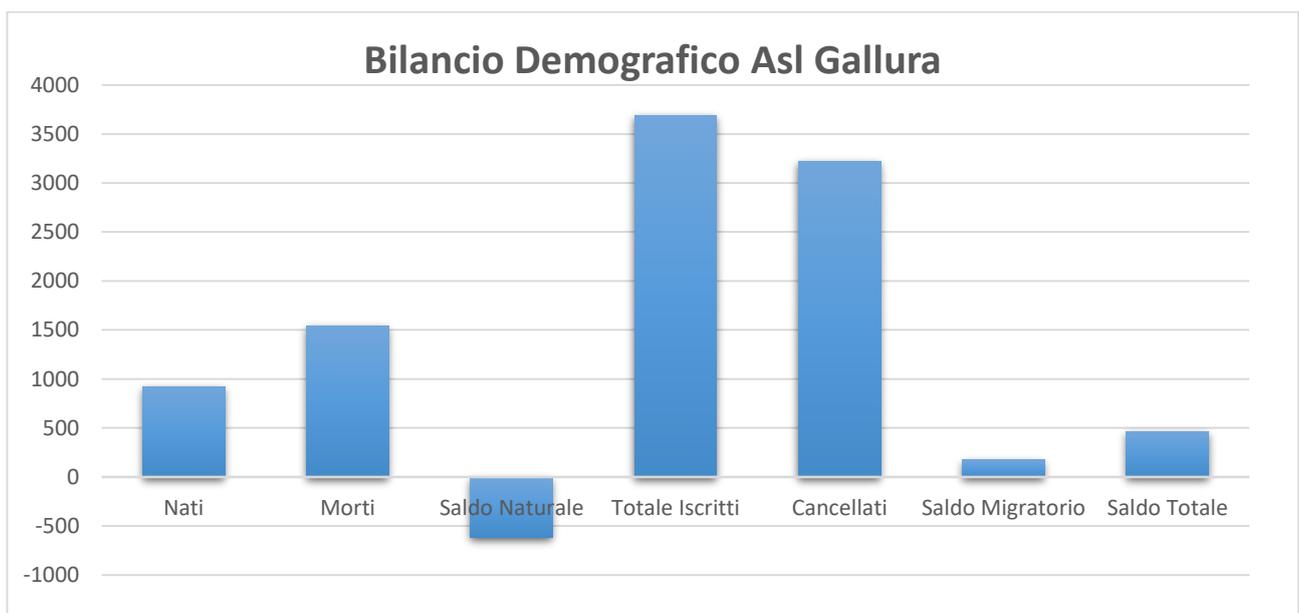
Nonostante la densità demografica molto bassa (47 ab/km²) ed una estensione di 3.397 kmq, una popolazione ancora non particolarmente "invecchiata" (specie nel contesto sardo) si traduce

in saldi tendenzialmente positivi. La positività del tasso di crescita totale, in questi ultimi anni, è stato determinato da un positivo saldo migratorio totale.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)

Analizzando i dati l’Azienda Sanitaria della Gallura registra in valore assoluto per il periodo 2008-2021, un incremento della popolazione di circa 18.934 abitanti. La città di Olbia cresce in maniera costante raggiungendo i 60mila abitanti, numero che non tiene conto delle migliaia di persone che vivono in città ma non risultano residenti. Vero punto di forza della Gallura è sempre stato il suo essere un punto focale per i lavoratori e per chi cerca un impiego, vista l’alta densità di aziende e attività.

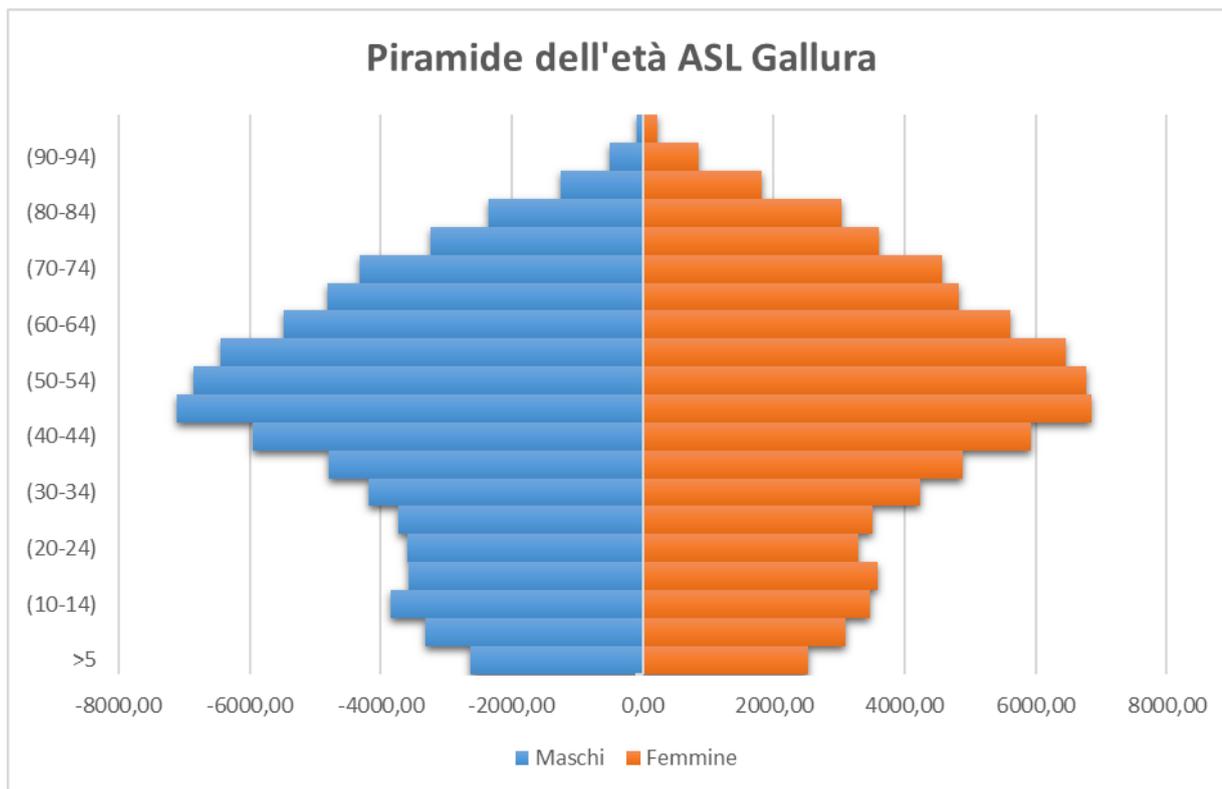


In Gallura è accaduto che stimoli, investimenti e risorse economiche abbiano introdotto elementi di dinamicità che ne stanno caratterizzando, nella storia recente, l'importante crescita economica e sociale. **Lo sviluppo del settore del turismo** ha sicuramente svolto un ruolo ed una funzione trainante su una molteplicità di attività non tutte ad esso strettamente connesse, ma capaci di interconnettersi e di creare nuove ulteriori occasioni di crescita.

La localizzazione delle attività è avvenuta soprattutto nei Comuni costieri. Le imprese nei territori interni diminuiscono ma, in alcuni settori, hanno mostrato capacità di tenuta e di competitività. Sempre più rilevante, **l'incidenza delle imprese del settore terziario** e il lento, graduale, impoverimento dei settori delle attività primarie e secondarie. **Il settore agricolo, particolarmente nelle aree interne**, dà segnali di positività misurandosi con diverse aspettative e proposte produttive, come per esempio **l'affermazione della vitivinicoltura e l'avvio di interessanti esperienze enoturistiche** che rappresentano una materializzazione dei nuovi orientamenti produttivi nel mondo rurale. Riveste una particolare importanza economica e sociale per le aree interne **il distretto del granito**, cresciuto nel numero di attività, fatturato ed esportazione fino ad assumere le caratteristiche proprie di distretto industriale. Analoga attenzione merita il **distretto del sughero** che annovera circa 150 aziende artigianali del settore.

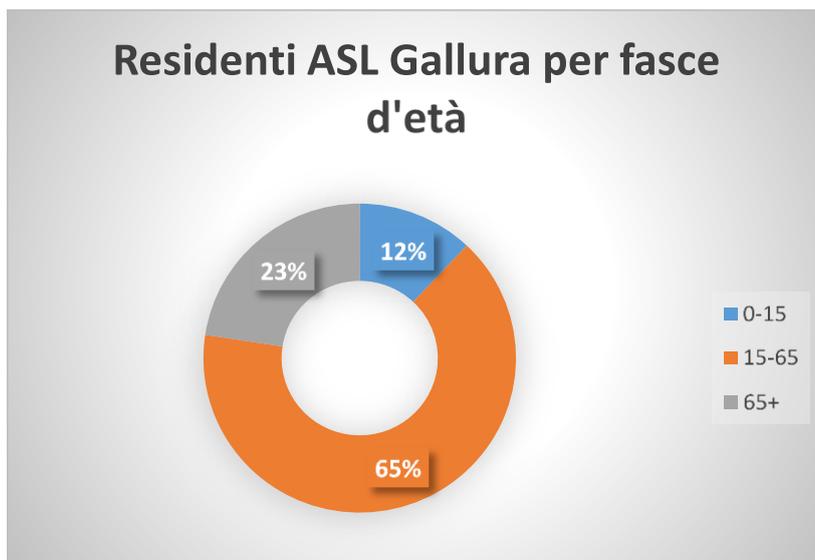
La struttura della popolazione, classi d'età e indicatori demografici

L'analisi della composizione per classi di età rappresenta la risultante del movimento nelle dinamiche naturali e migratorie, traduce le potenzialità e le energie di una popolazione, ed aiuta anche a coglierne qualche debolezza, che l'utilizzo di alcuni "indici" consente di esaminare in modo ravvicinato.



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)

L'aspetto piramidale evidenzia una popolazione caratterizzata da una numerosità statistica nelle fasce d'età giovanile e in età lavorativa, interessata in misura minore ad un progressivo processo di invecchiamento rispetto alle altre aree regionali. La forma piramidale caratterizza l'area come un territorio ad alta dinamicità demografica fenomeno confermato da una buona natalità rispetto alle altre province sarde e da una numerosa presenza di immigrati extracomunitari. In Gallura, rispetto alla popolazione residente, è presente la più alta concentrazione di popolazione straniera della Sardegna. La rappresentazione grafica descrive una struttura socio-demografica caratterizzata da rapidi mutamenti e da una pluralità di bisogni. La popolazione dei Comuni costieri e quella dell'intero Nord-Est, pure in presenza delle modifiche avvenute nella composizione delle proprie classi di età, si confermano come le aree geografiche più giovani nell'Isola per la minore incidenza della fascia di età di 65 anni e oltre e per la maggiore incidenza della fascia di persone in età lavorativa e di quella in età giovanile.



Classi d'età	Totale
0-15	18.898
15-65	102.874
>65	35.549

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione	Indice di carico di figli per donna
188,1	52,9	155,2	161,2	16,0

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)

L'analisi degli indicatori di struttura demografica confermano una popolazione caratterizzata da una numerosità statistica nelle fasce d'età giovanile e in età lavorativa.

L'indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 188,1%, valore inferiore rispetto a quello regionale (231,5%), ma non a quello nazionale (182,6). Allo stesso modo, anche l'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, presenta un valore, pari al 52,9%, inferiore rispetto sia a quello regionale (56,7%) e a quello nazionale (57,3%). Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente. L'indice di struttura della popolazione, che, rapportando percentualmente il numero degli individui di età compresa tra 40 e 64 anni con quello di individui di età compresa tra i 15 e i 39, indica il grado di invecchiamento della popolazione, si attesta al 161,2%, ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più "vecchia" il che rappresenta un indubbio vantaggio in termini di dinamismo della popolazione. Infine, l'indice di ricambio, che rapporta la popolazione in procinto di uscire dall'età lavorativa (60-64 anni) su quella che è appena entrata a farne parte, è pari al 155,2%: tale valore, tipico delle popolazioni giovani, può però sottintendere un aumento della tendenza alla disoccupazione dei giovani in cerca di prima occupazione.

	Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda
ASL Gallura	188,1	52,9	155,2	161,2	16,0
Sardegna	231,5	56,7	173,4	161,1	15,3
Italia	182,6	57,3	138,1	141,9	18,5

Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)

L'ambito territoriale della Azienda Sanitaria Locale della Gallura è articolata in tre Distretti Socio Sanitari: **il Distretto di Olbia, il Distretto di Tempio Pausania e il Distretto di La Maddalena.**

La distribuzione della popolazione per Distretto è fortemente disomogenea, il Distretto più popoloso è il Distretto di Olbia dove è concentrato il 75% della popolazione, segue il Distretto di Tempio Pausania con il 18% e il Distretto della Maddalena con il 7% del totale della popolazione residente.

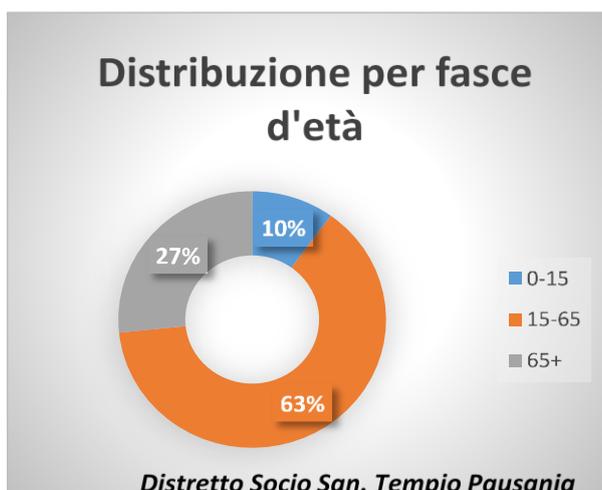


Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)

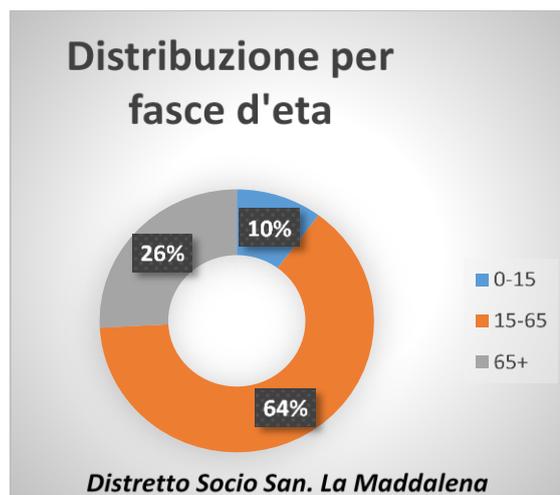


Classi d'età	Totale
0-15	15.066
15-65	77.840
>65	25.143

Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)

Tasso di natalità e di mortalità 2011-2020										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sardegna										
tasso di natalità	7,9	7,5	7,2	7,0	6,7	6,4	6,2	5,8	5,5	5,2
tasso di mortalità	9,1	9,4	9,2	9,4	10,0	9,8	10,3	10,0	10,5	11,7
Italia										
tasso di natalità	9,1	8,9	8,5	8,3	8,1	7,9	7,6	7,3	7,0	6,8
tasso di mortalità	9,9	10,2	10,0	9,9	10,8	10,2	10,8	10,6	10,6	12,5

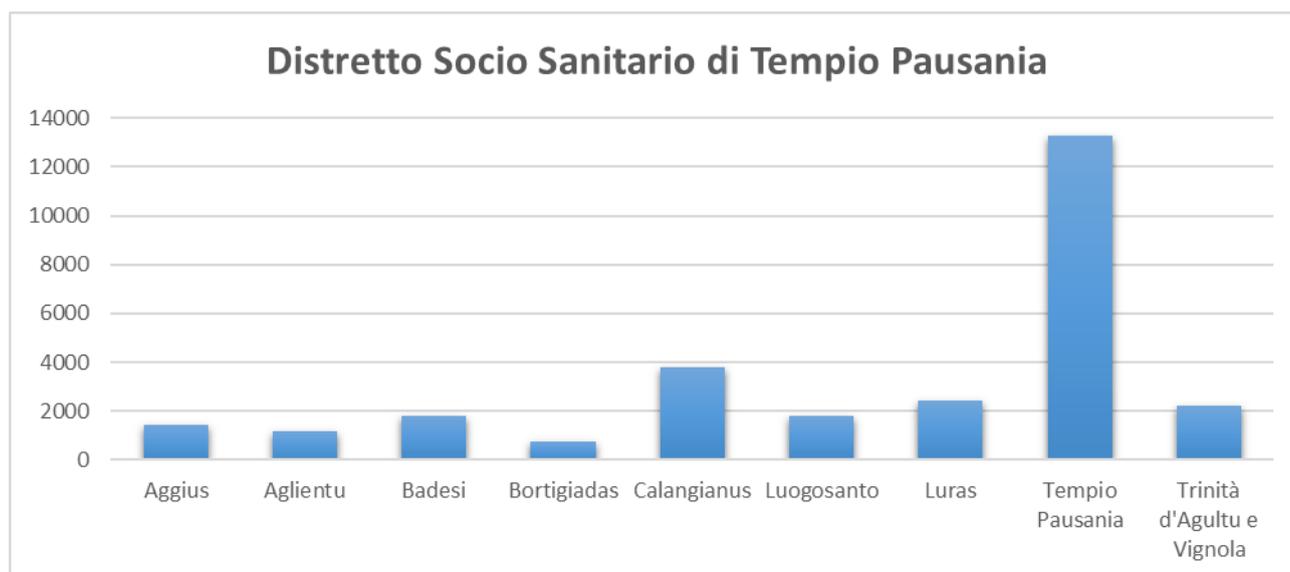
Fonte dati: Sistema di nowcast per indicatori demografici

Il Distretto di Tempio Pausania

L'area di riferimento, prevalentemente interna si espone sul mare al lato a nordovest, al lato nord-est confina con gli altri comuni della Provincia Gallura, mentre ai due lati a sud confina rispettivamente con la Provincia di Sassari e con la Provincia di Nuoro.

La popolazione residente nel Distretto Socio Sanitario di Tempio Pausania è risultata, ultimi dati ISTAT del 2022, pari a **28.655 unità**, che rappresenta il 18% della popolazione.

I dati ISTAT evidenziano che la percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, presenti nel distretto di Tempio Pausania è del **27%**.



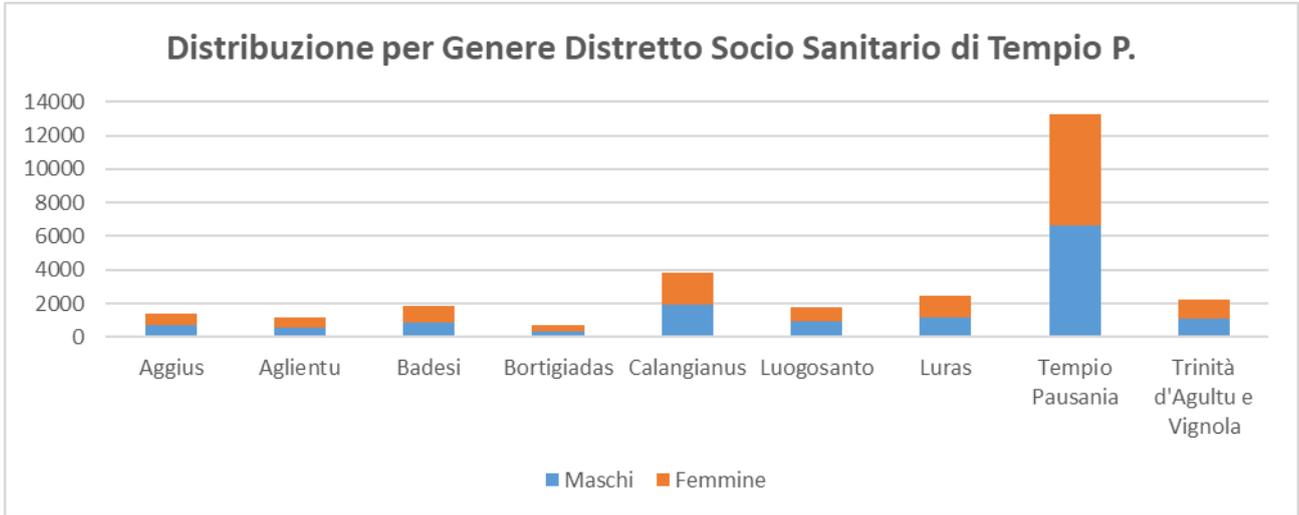
Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)

Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza Strutturale	Indice di Ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico per figli per donna
266,2	57,8	181,7	162,7	14,3

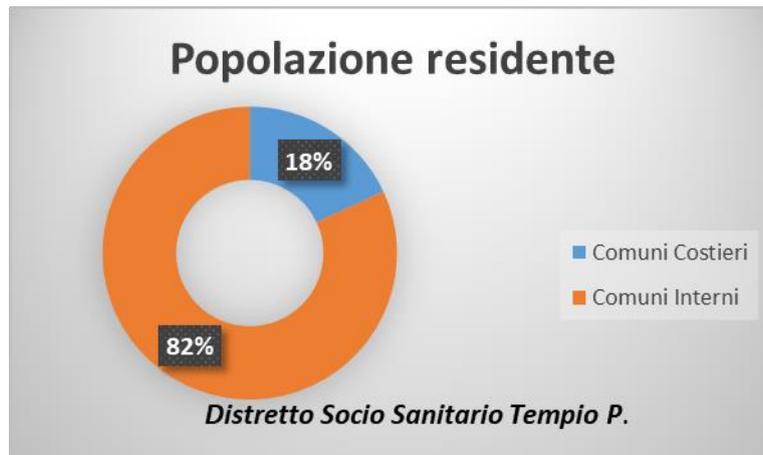
L'analisi degli indicatori di struttura demografica mostra una popolazione caratterizzata da una numerosità statistica nelle fasce d'età più anziane e in età lavorativa, interessata ad un progressivo processo di invecchiamento.

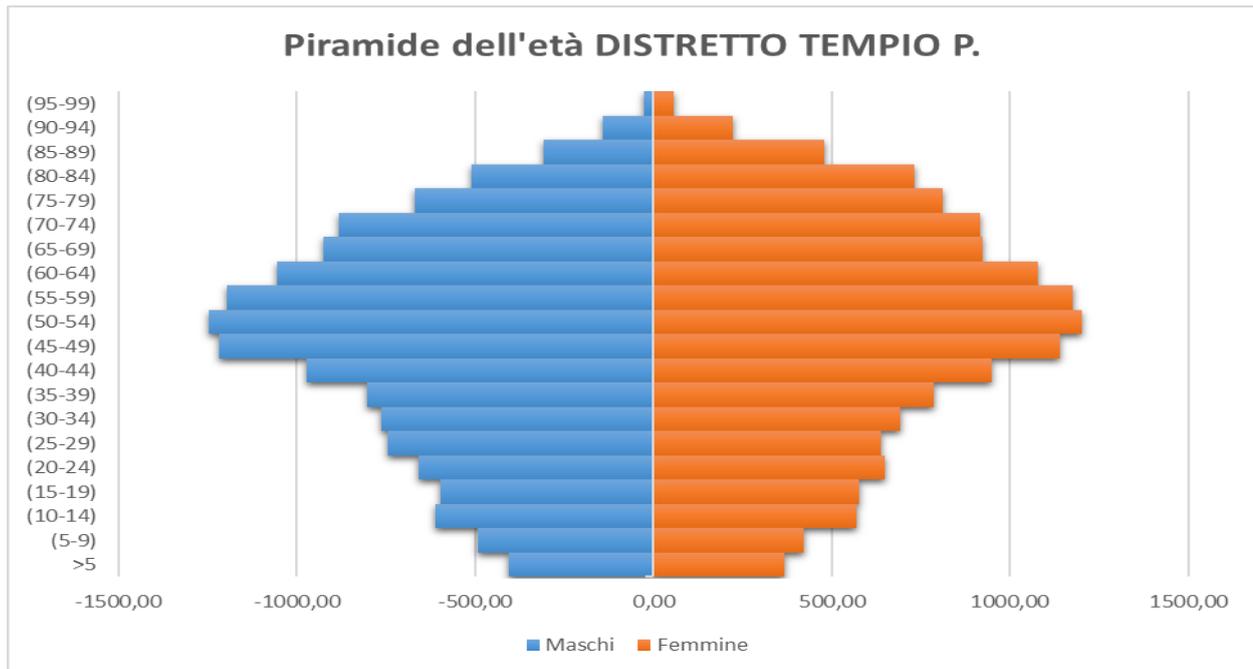
L'indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 266,2%, valore superiore sia a quello regionale (231,5%), che a quello nazionale (182,6). Allo stesso modo, anche l'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, presenta un valore, pari al 57,8%, è superiore rispetto sia a quello regionale (56,7%) e a quello nazionale (57,3%). Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente. L'indice di struttura della popolazione, che, rapportando percentualmente il numero degli individui di età compresa tra 40 e 64 anni con quello di individui di età compresa

tra i 15 e i 39, indica il grado di invecchiamento della popolazione, si attesta al 162,7%, ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più anziana (questo dato è però influenzato da una bassa numerosità delle classi d'età in esame). Infine, l'indice di ricambio, che rapporta la popolazione in procinto di uscire dall'età lavorativa (60-64 anni) su quella che è appena entrata a farne parte, è pari al 181,7%.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)





Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)

L'aspetto piramidale evidenzia una contrazione nelle fasce d'età più giovani (0-14). Le classi di età centrali, corrispondenti oltretutto alle persone in età lavorativa e dunque alla cosiddetta popolazione attiva, evidenziano una considerevole eterogeneità della distribuzione.

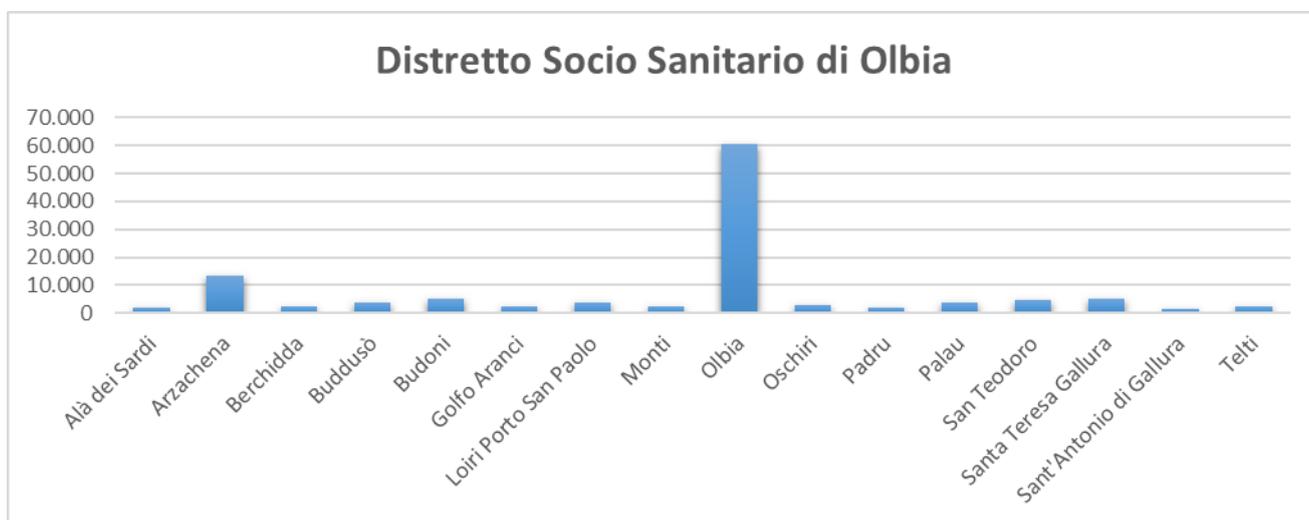
Risulta in aumento la quota costituita dalle classi più anziane che sta determinando un appesantimento della struttura per età della popolazione con evidente diversità per genere. Il distretto socio sanitario di Tempio Pausania conferma una bassa natalità e una tendenza all'invecchiamento. Il Distretto di Tempio Pausania per le caratteristiche demografiche sopra citate, non può che generare una domanda per le malattie croniche degenerative che deve essere adeguatamente governata a livello territoriale con l'obiettivo di promuovere l'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, garantendo un processo di progressiva riduzione dell'assistenza ospedaliera di tipo tradizionale finalizzata, a ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, a contenere i ricoveri inappropriati e a ridurre il consumo di prestazioni specialistiche non coerenti con i percorsi diagnostici terapeutici

Il Distretto di Olbia

L'area di riferimento comprende il versante Nord-Est della Gallura, e si estende a nord dai comuni che si affacciano sulle Bocche di Bonifacio e dall'Arcipelago della Maddalena, fino alla costa esposta a nord-est sul Mar Tirreno fino a Budoni. I versanti a sud e sud-ovest confinano con la

Provincia di Sassari e con la Provincia di Nuoro e comprendono la parte settentrionale del Monte Acuto, una piccola parte della Baronia e il versante orientale del Lago del Coghinas.

La popolazione residente nel Distretto Socio Sanitario di Olbia è risultata pari a **118.049 unità**, che rappresenta **il 75%** della popolazione di riferimento della ASL Gallura. I dati ISTAT 2022 evidenziano una scarsa numerosità degli anziani nella popolazione residente ed un'alta numerosità delle classi di età più giovane (fino a 35-39 anni). La percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, presenti nel Distretto è infatti del **21%**. Il Distretto di Olbia è relativamente più giovane con una tendenza che va' consolidandosi ad assorbire residenti da altre aree della Sardegna ma anche dal resto d'Italia, si caratterizza infatti come territorio da una buona dinamicità demografica; fenomeno messo in evidenza sia da una costante natalità che da una numerosa presenza di immigrati extracomunitari.

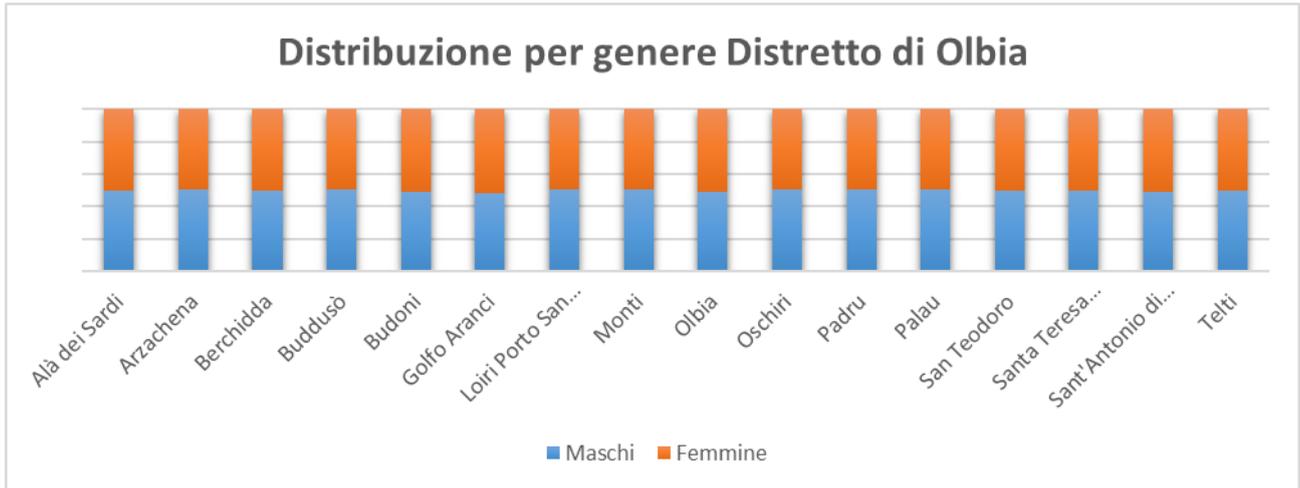


Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)

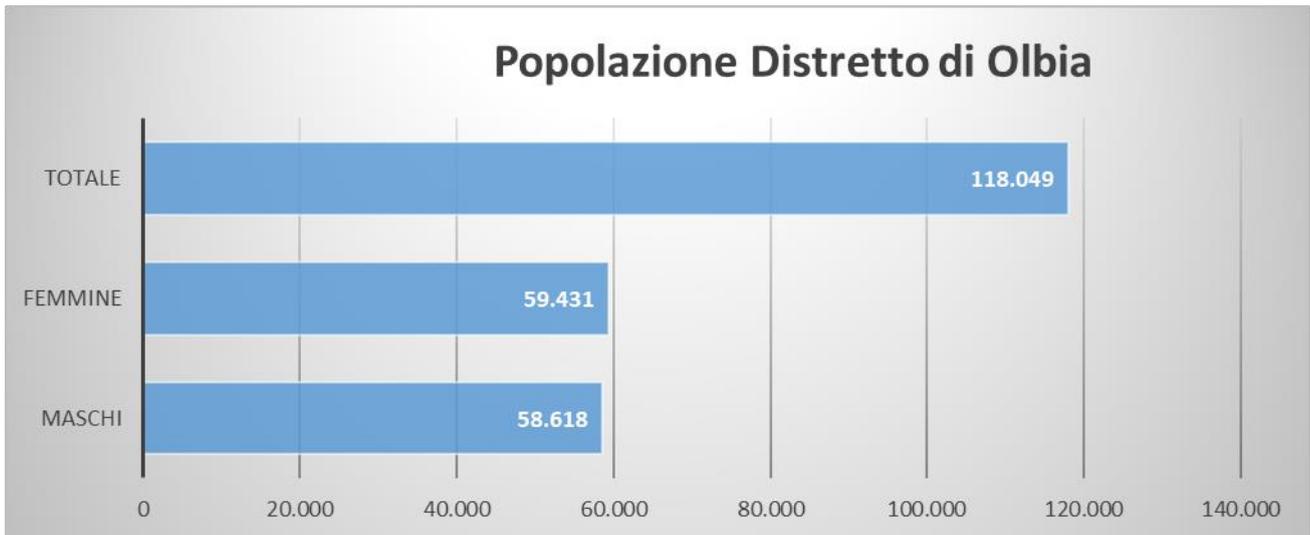
L'indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 166,9%, valore inferiore sia a quello regionale (231,5%), che a quello nazionale (182,6). L'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, presenta un valore, pari al 51,7%, è inferiore rispetto sia a quello regionale (56,7%) e a quello nazionale (57,3%). L'indice di struttura della popolazione, che, rapportando percentualmente il numero degli individui di età compresa tra 40 e 64 anni con quello di individui di età compresa tra i 15 e i 39, indica il grado di invecchiamento della popolazione, si attesta al 160,8%, ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più anziana.

Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza Strutturale	Indice di Ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico per figli per donna
166,9	51,7	150,5	160,8	16,6

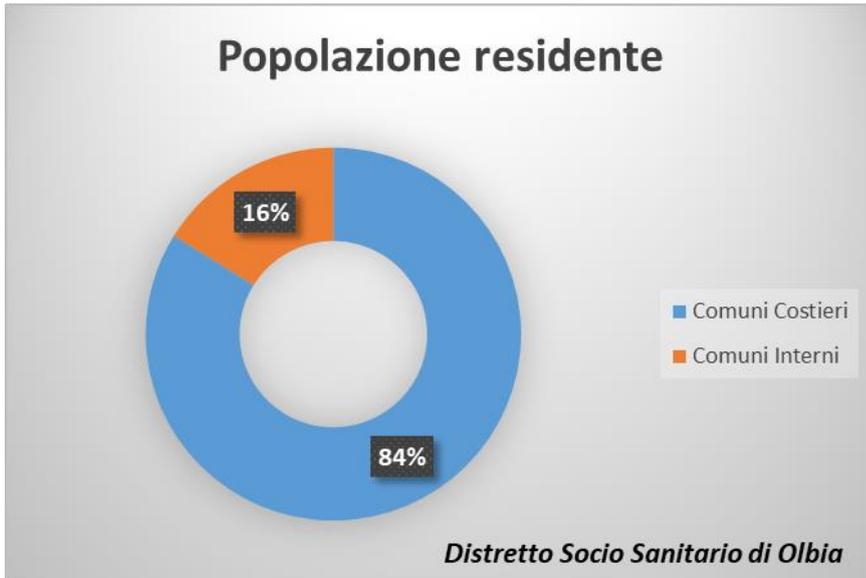
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)



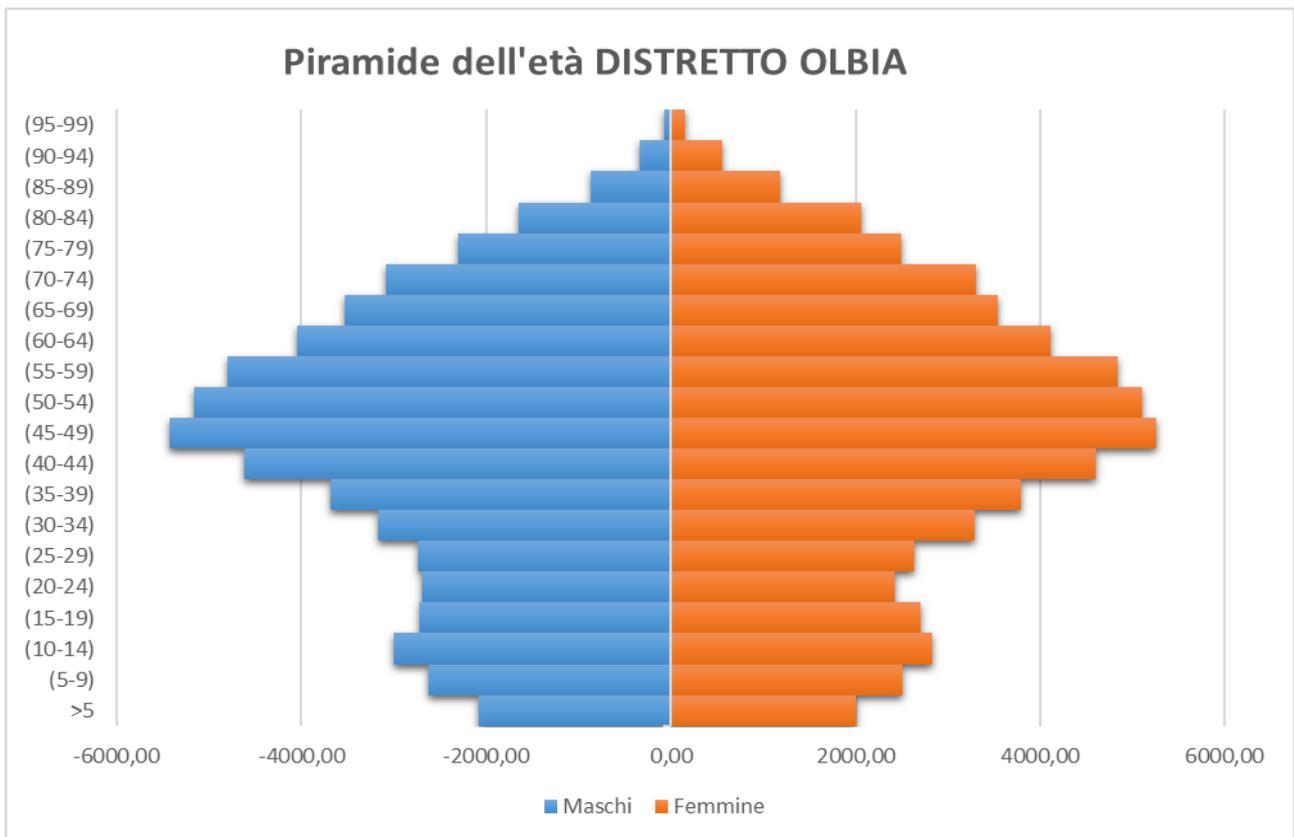
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)

L'aspetto piramidale evidenzia una popolazione caratterizzata da una numerosità statistica nelle fasce d'età giovanile e in età lavorativa, interessata in misura minore ad un progressivo processo

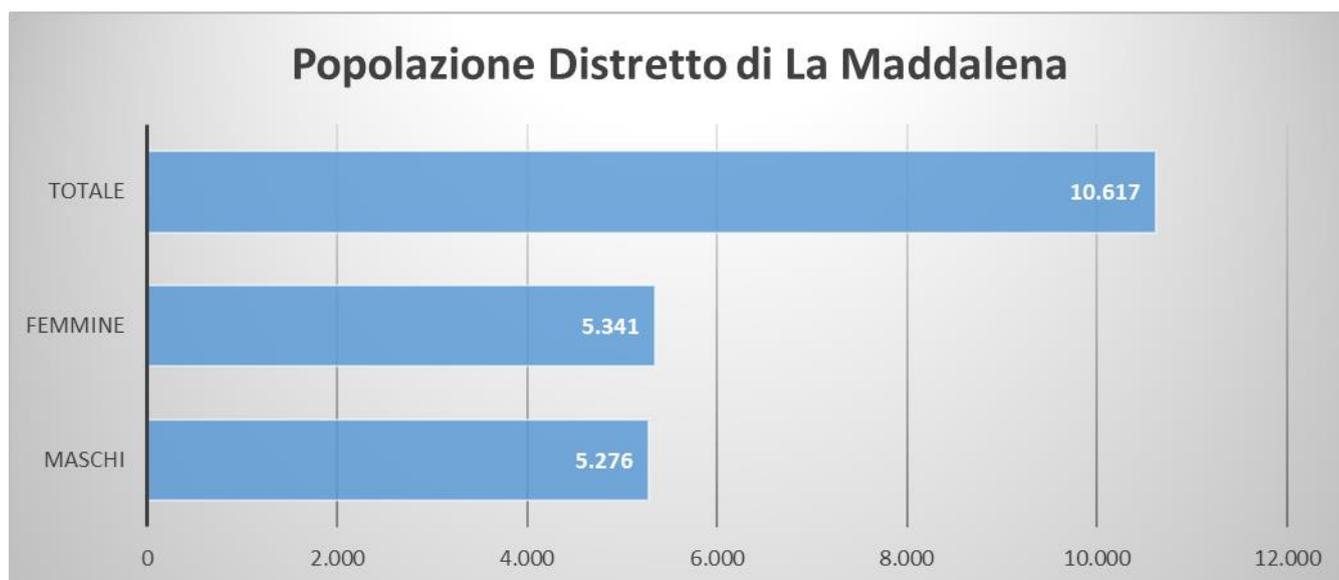
di invecchiamento rispetto alle altre aree socio sanitarie Regionali. La forma piramidale caratterizza l'area come un territorio ad alta dinamicità demografica, fenomeno confermato da un buon livello di natalità rispetto al contesto Regionale e da una numerosa presenza di immigrati extracomunitari. Rappresenta una struttura socio-demografica caratterizzata da rapidi mutamenti e da una pluralità di bisogni.

Il Distretto di La Maddalena

La Sesta Commissione permanente del Consiglio Regionale, con l'entrata in vigore della Legge Regionale n. 23 del 17 settembre 2014, riforma del sistema sanitario regionale, richiama la norma che istituisce l'Azienda per la tutela della salute (ATS), apportando modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna). In particolare l'articolo 9 della legge regionale n. 17 del 2016 che innova la disciplina dei "distretti", dettata dall'articolo 17 della legge regionale n. 10 del 2006, al fine di rimodularla in coerenza con la nascita dell'ATS e con la costituzione delle aree socio-sanitarie locali; istituisce, il **distretto di La Maddalena** e il "Distretto delle isole minori di San Pietro e Sant'Antioco".

L'isola della Maddalena, la maggiore dell'arcipelago, è caratterizzata dalla presenza della cittadina omonima, situata sulla costa meridionale e sviluppata verso il centro e la parte orientale dell'isola, si estende per 51,67 kmq con una densità abitativa di 216,6 ab/kmq.

La Maddalena è una cittadina che attrae ogni anno nella stagione estiva un importante flusso turistico; è separata da quattro km di mare dalle coste della Sardegna alle quali è collegata da un traghetto che impiega circa 30 minuti ad arrivare a Palau. La popolazione residente è di circa 10.617 abitanti.



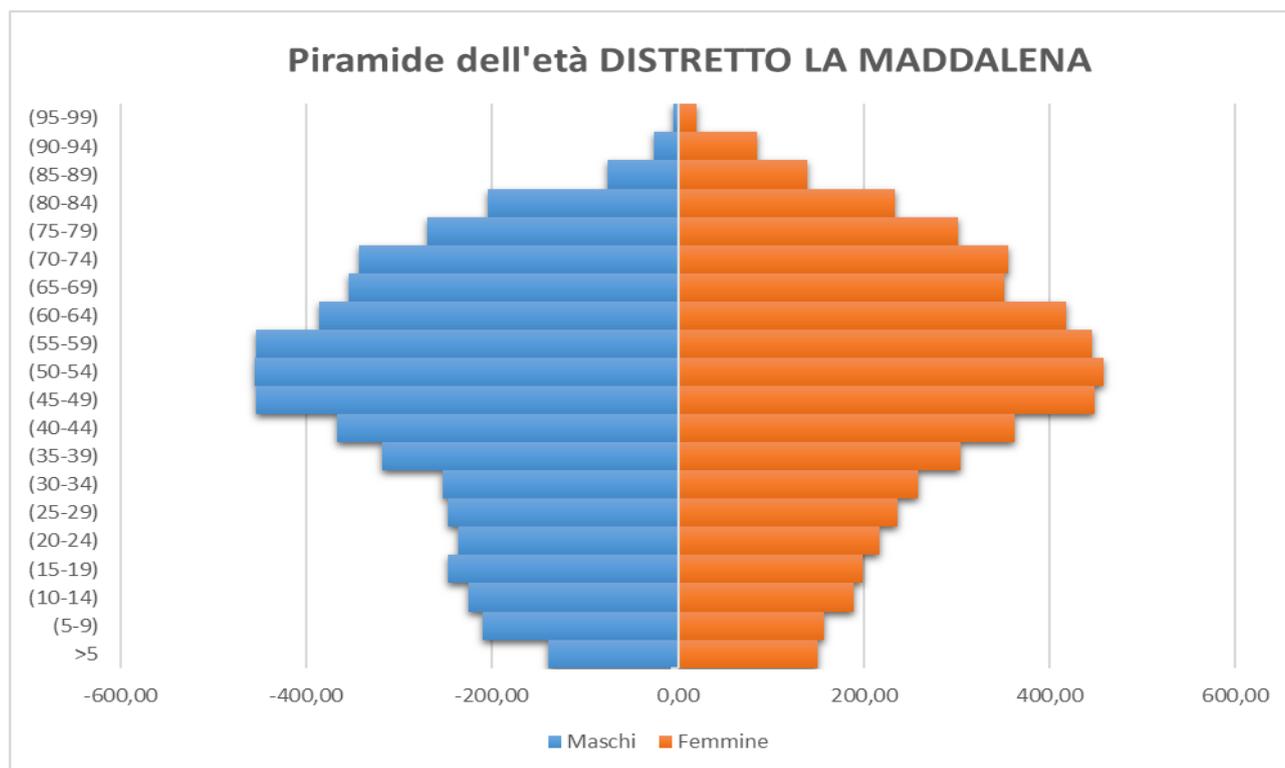
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)

La popolazione residente nel Distretto Socio Sanitario di La Maddalena è risultata pari a **10.617 unità**, che rappresenta il **7%** della popolazione della Azienda Sanitaria Gallura. La percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, è pari a 2.733 unità che rappresenta il **26%** della popolazione. La fascia d'età di popolazione tra i 15 e i 64 anni rappresenta il **64%** della popolazione.

Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza Strutturale	Indice di Ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico per figli per donna
258,2	56,8	55,4	168,9	14,3

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)

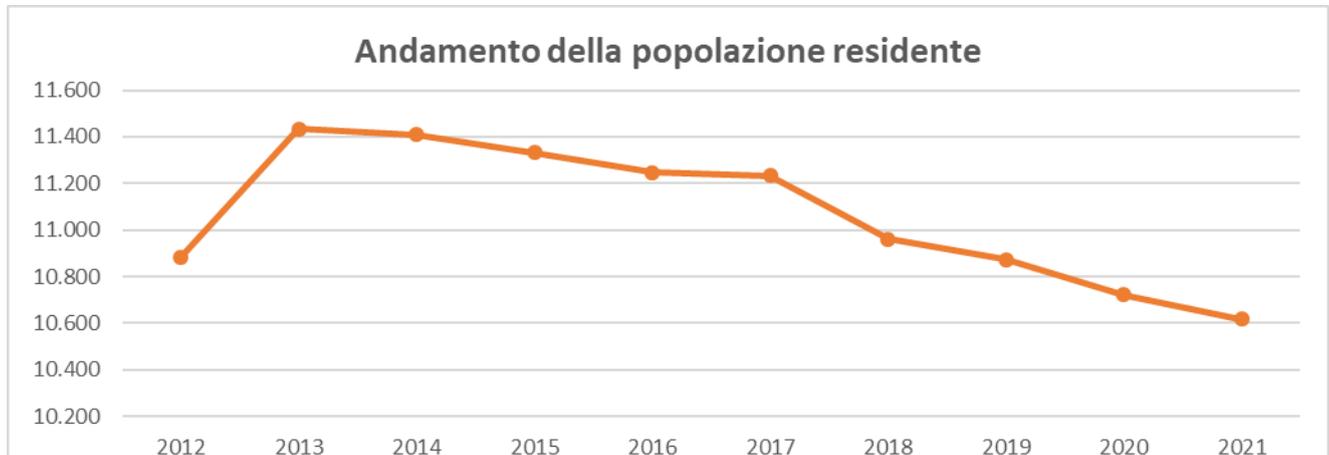
L'indice di vecchiaia della popolazione, risulta pari a 258,2, valore superiore sia a quello nazionale (182,6) che a quello regionale (231,5). L'indice di dipendenza strutturale, presenta un valore, pari al 56,8%, inferiore al valore nazionale e in linea con quello regionale (56,7%), ma questo dato è influenzato dalla bassa numerosità statistica delle classi d'età in esame. Questa osservazione si riscontra anche nella misurazione dei valori dell'indice di struttura della popolazione e per l'indice di ricambio della popolazione.



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)

L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali. Le anomalie nella forma della piramide sono estremamente indicative e inducono alla ricerca delle cause che le hanno determinate. La

bassa numerosità statistica delle classi d'età più giovani conferma la tendenza allo spopolamento (un modesto aumento dei flussi migratori in ingresso e una crescita dei flussi in uscita) dovuto a diversi fattori socio economici. La struttura della piramide conferma una tendenza all'invecchiamento della popolazione.



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)

La Natalità e il calo delle nascite

Nel corso del 2022 prosegue il calo delle nascite. Il fenomeno è in larga misura l'effetto della modificazione della struttura per età della popolazione femminile ed in parte dipende dalla diminuzione della propensione ad avere figli. Le cittadine straniere hanno finora compensato questo squilibrio strutturale; negli ultimi anni si nota, tuttavia, una diminuzione della fecondità delle donne straniere. Il tasso di natalità varia da 5,2 nati per mille donne in età fertile in Sardegna a 9,7 nella Provincia Autonoma di Bolzano rispetto ad una media nazionale del 6,8. Le Regioni del Centro presentano tutte un tasso di natalità con valori inferiori alla media nazionale. Nelle Regioni del Sud, i tassi di natalità più elevati sono quelli di Campania, Calabria e Sicilia che presentano valori superiori alla media nazionale. Il 62,8% dei parti si svolge in strutture con alti volumi di attività (sopra i mille parti annui). L'età media delle mamme italiane è di 33,1 anni e di 31 quella delle straniere e se le donne italiane partoriscono il primo figlio mediamente dopo i 31 anni, in quasi in tutte le Regioni, tra le donne straniere l'età si abbassa, intorno ai 29,2 anni. La fecondità si mantiene pressoché costante rispetto agli anni precedenti: nel 2021 il numero medio di figli per donna è pari a 1,25 (rispetto a 1,46 del 2010). I livelli più elevati di fecondità sono al Nord nelle Province Autonome di Trento e Bolzano e nel Mezzogiorno in Campania e Sicilia. Le regioni in assoluto meno prolifiche sono invece Sardegna e Molise. Si conferma il ricorso eccessivo al parto cesareo. In media, nel 2021 il 31,2% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che comunque evidenziano che in Italia vi è un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica.

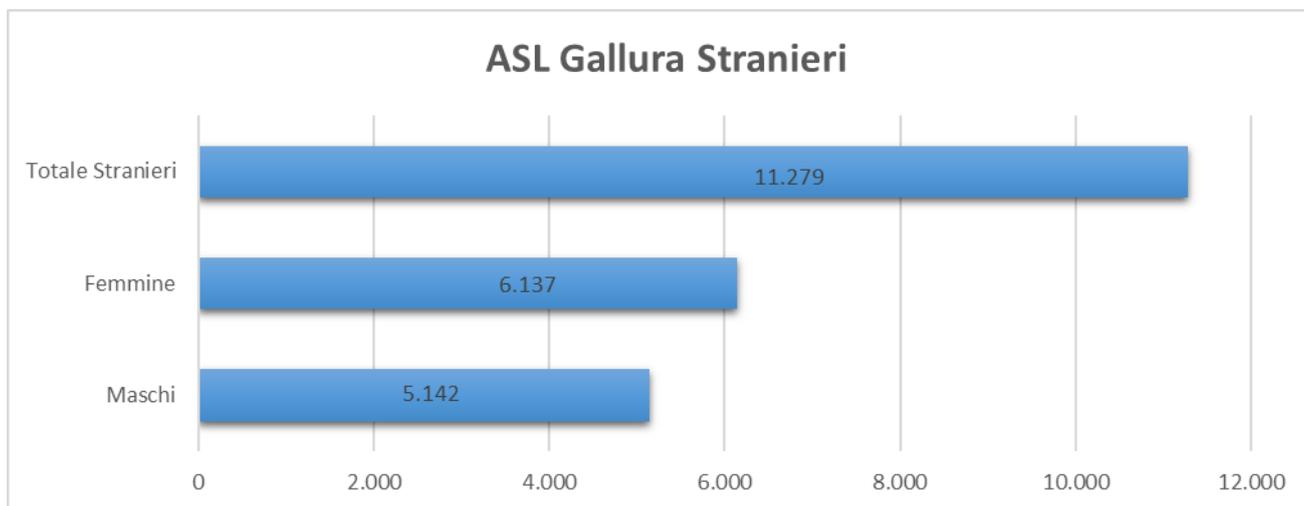
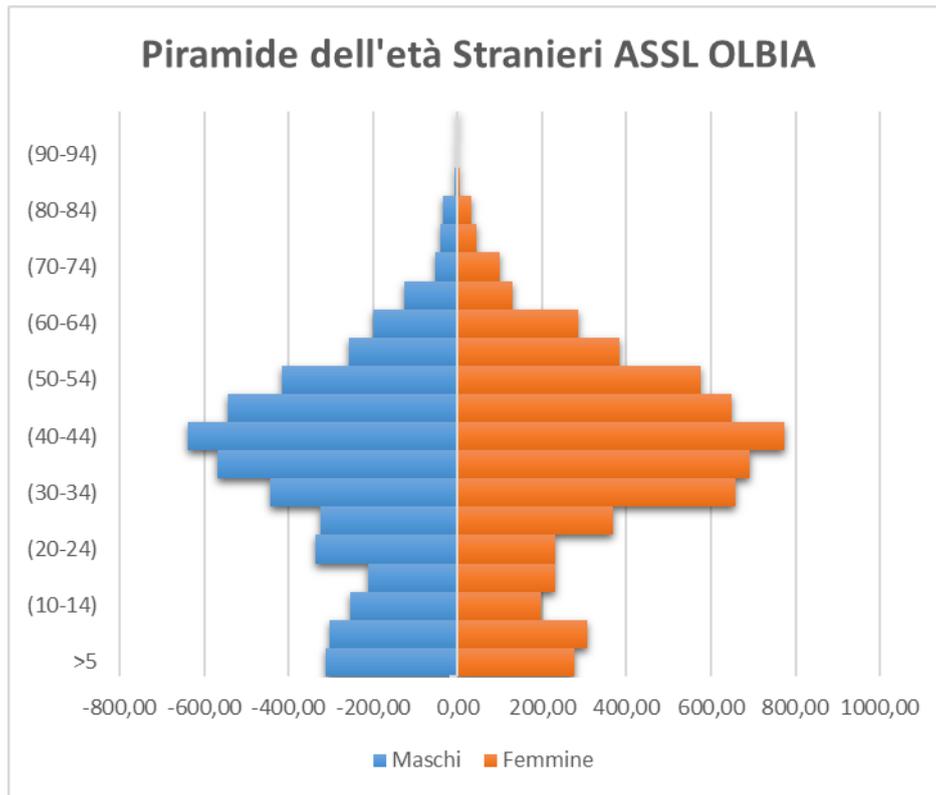
Regione	Anno 2021		Anno 2018				
	Tasso natalità	Tasso fecondità totale	Tasso mortalità infantile	Tasso mortalità neonatale			Tasso mortalità infantile 1 mese e oltre
				<1 giorno	1-6gg	1-29gg	
Piemonte	6,2	1,24	19,61	4,47	3,10	6,88	8,26
Valle d'Aosta	6	1,20	22,12	11,06	11,06	11,06	0,00
Lombardia	6,9	1,27	25,63	4,62	5,68	11,49	9,51
Trentino Alto Adige	8,7	1,57	33,21	6,23	13,49	17,64	9,34
Bolzano	9,7	1,71	32,17	9,46	11,36	13,25	9,46
Trento	7,7	1,42	34,46	2,30	16,08	22,97	9,19
Veneto	6,7	1,29	21,19	5,09	3,67	9,32	6,78
Friuli V.G.	6,1	1,25	21,71	5,11	3,83	7,66	8,94
Liguria	5,6	1,20	25,43	2,21	6,63	12,16	11,06
Emilia Romagna	6,7	1,27	23,15	2,47	5,25	13,89	6,79
Toscana	6,1	1,19	21,72	5,23	5,23	8,45	8,04
Umbria	6,1	1,17	31,08	5,18	1,73	12,09	13,81
Marche	6,2	1,19	16,71	1,97	4,92	7,87	6,88
Lazio	6,5	1,17	30,37	9,02	9,96	15,66	5,69
Abruzzo	6,5	1,20	30,21	10,07	6,71	14,55	5,59
Molise	5,8	1,08	21,11	15,83	5,28	5,28	0,00
Campania	7,7	1,28	38,49	8,11	10,40	21,01	9,36
Puglia	6,7	1,20	32,85	6,92	7,26	17,98	7,95
Basilicata	6,1	1,10	40,36	2,69	13,45	21,52	16,14
Calabria	7,1	1,22	39,53	9,88	9,22	23,06	6,59
Sicilia	7,7	1,35	40,35	8,36	11,56	20,91	11,07
Sardegna	5,2	0,99	25,43	10,60	5,30	7,42	7,42
ITALIA	6,8	1,25	28,79	6,23	7,16	14,19	8,37

Fonte: ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica

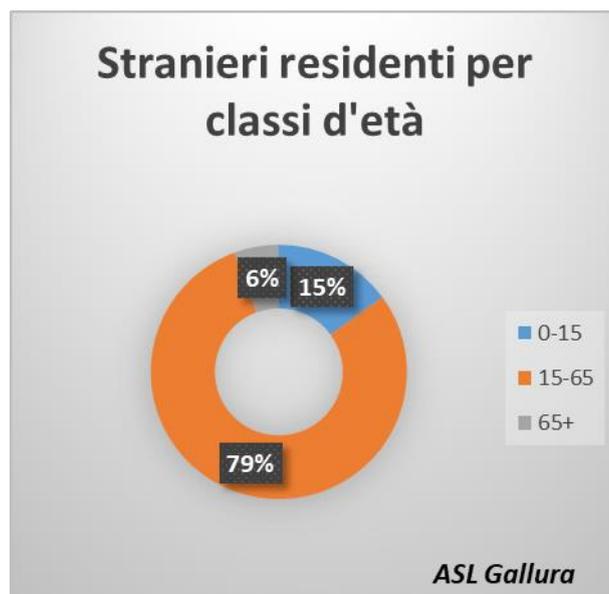
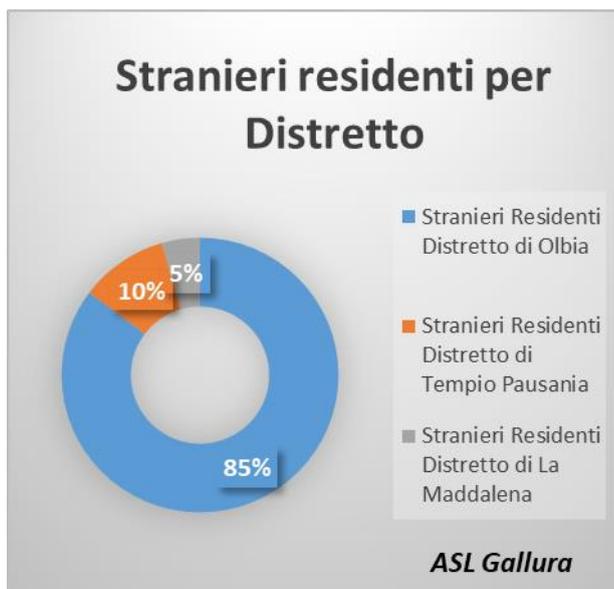
Nota: Gli indicatori di mortalità sono riferiti all'area geografica di residenza

La Componente Straniera

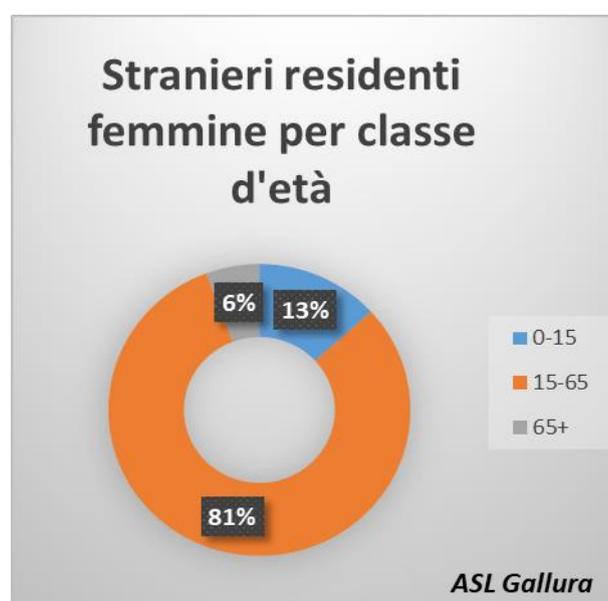
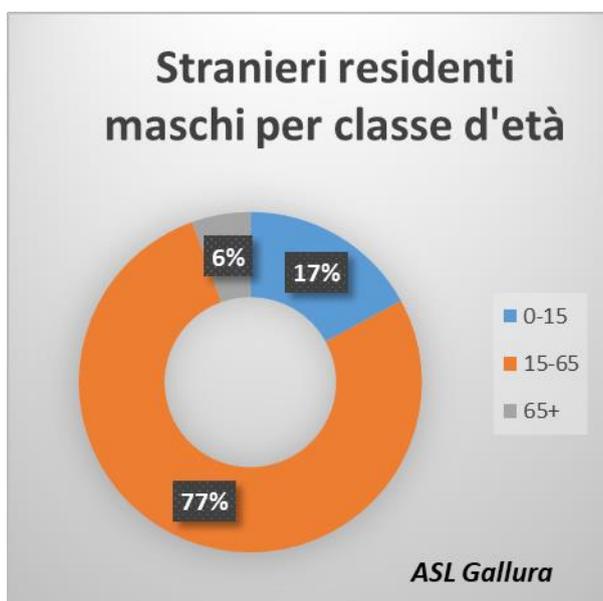
Osservando la piramide dell'età della popolazione straniera, si può notare una base allargata almeno nella fascia d'età 0-4 e 5-9 anni, che indica una fecondità alta, poi una diminuzione nell'età adolescenziale e post adolescenziale. Si osserva un ulteriore rigonfiamento nella età adulta: per la componente maschile la numerosità statistica è significativa fino all'età dei 50 mentre nella componente femminile arriva fino alla fascia d'età 60-64 anni, per entrambi i generi segue poi un drastico calo nella popolazione. Si delinea nettamente il profilo di una popolazione a carattere migratorio, con nascite rilevanti ma senza una stabilizzazione. La diminuzione per la fascia d'età 10-14 indica che molte famiglie si sono insediate da sole o senza figli al seguito. Il grafico evidenzia una prevalenza del genere femminile impiegata per lo più in attività di assistenza familiare. Gli anziani sono presenti in percentuali irrilevanti.



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)

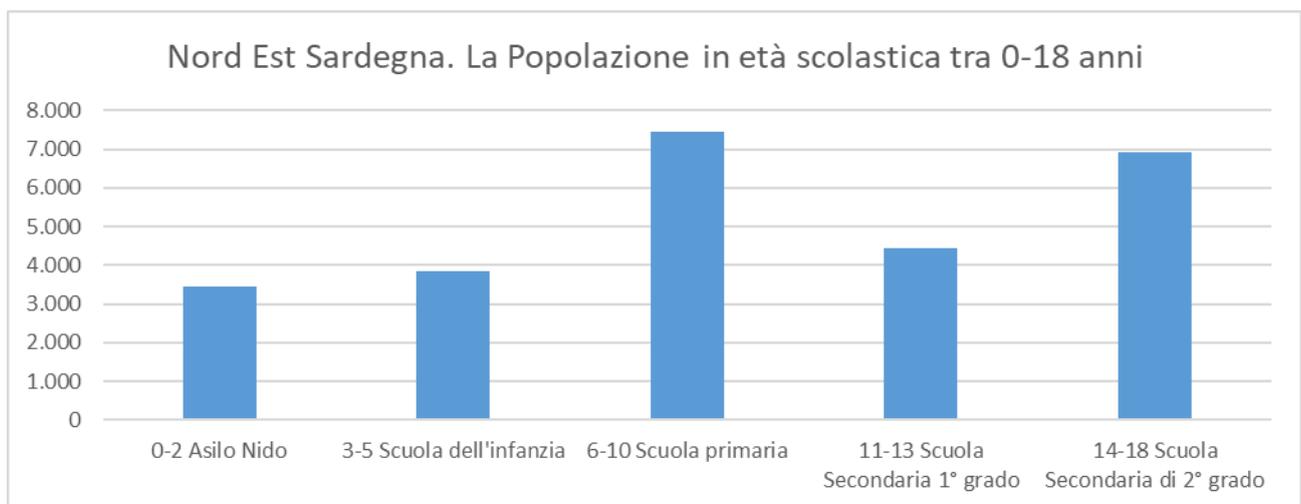
Livelli di Scolarità

La dispersione scolastica è fortemente condizionata dalle caratteristiche socio economiche della famiglia di origine. Lo svantaggio dell'ambiente familiare sembra condizionare l'abbandono scolastico precoce dei giovani residenti più nelle regioni meridionali.

Le quote di abbandoni tra i giovani con genitori di medio e alto livello di istruzione sono infatti piuttosto simili al Nord e nel Mezzogiorno mentre si registrano ampie differenze nel caso di genitori con al massimo la licenza media (25,5% nel Mezzogiorno contro 18,9% nel Nord).

Il divario territoriale nei livelli di istruzione è indipendente dal genere, sebbene più marcato per la componente femminile. I livelli di istruzione crescono in misura piuttosto simile nelle

ripartizioni geografiche: **la popolazione con almeno il diploma aumenta di +0,8 punti nel Nord, di +0,4 nel Centro e di +0,7 punti nel Mezzogiorno**; stessa dinamica per la popolazione laureata che cresce rispettivamente di +0,6, +0,5 e +0,4 punti. **Viceversa, il più elevato contesto socio-economico familiare appare meno efficace nel proteggere i giovani stranieri dall'abbandono degli studi.** Nelle famiglie italiane con elevato livello di istruzione l'incidenza di giovani che hanno abbandonato gli studi precocemente è dieci volte inferiore rispetto a quella registrata nelle famiglie italiane con bassi livelli di istruzione, nelle famiglie straniere questa distanza è di appena tre volte. La quota di popolazione di età compresa tra i 25 e i 64 anni in possesso di almeno un titolo di studio secondario superiore è il principale indicatore del livello di istruzione. Il diploma è considerato, infatti, il livello di formazione indispensabile per una partecipazione al mercato del lavoro con potenziale di crescita individuale. In Italia, nel 2020, tale quota è pari a 62,9% (+0,7 punti rispetto al 2019), un valore decisamente inferiore a quello medio europeo (79,0% nell'Ue27) e a quello di alcuni tra i più grandi paesi dell'Unione. La qualità e l'estensione dell'esperienza scolastica sono alla base della costruzione delle competenze professionali, ma anche delle life skills, le competenze sociali fondamentali sia nel lavoro, sia nell'esercizio della cittadinanza, delle relazioni sociali e del controllo sulla salute. La scuola, quindi, è il primo ambito dove esiste un potenziale di salute da valorizzare attraverso il contrasto alle disuguaglianze e il potenziamento delle competenze che consentono di esercitare pienamente e liberamente le scelte di vita. Il 24 giugno 2022 è stato approvato il DM 170, volto a definire in che termini contrastare la **dispersione scolastica**. Il decreto approvato è interno al **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, manovra volta a migliorare qualitativamente più settori. Per quanto riguarda l'istruzione, il Ministero competente ha stanziato **500 milioni di euro** per ora (parte del miliardo e mezzo del finanziamento previsto) per interventi sulla fascia di studenti che va dai 12 ai 18 anni.



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat 2018

L'evoluzione del numero della popolazione in età scolastica per fasce d'età
Anni 2001-2011-2018

Area Geografica	Anno	Classi d'età					Totale da 0 a 18
		0-2	3-5	6-10	11-13	14-18	
Comuni Costieri N.E.S	2001	2.538	2.478	4.388	2.864	4.966	17.234
	2011	3.092	3.116	4.736	2.673	4.484	18.101
	2018	2.574	2.915	5.570	3.233	4.974	19.266
Comuni interni N.E.S	2001	1.170	1.144	2.137	1.480	2.550	8.481
	2011	1.139	1.224	1.955	1.192	2.081	7.591
	2018	885	915	1.861	1.203	1.942	6.806
NORD EST SARDEGNA	2001	3.708	3.622	6.525	4.344	7.516	25.715
	2011	4.231	4.340	6.691	3.865	6.565	25.692
	2018	3.459	3.830	7.431	4.436	6.916	26.072

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat 2018

L'evoluzione del numero della popolazione in età scolastica per fasce d'età
(Incidenze%)
Anni 2001-2011-2018

Area Geografica	Anno	Classi d'età					Totale da 0 a 18
		0-2	3-5	6-10	11-13	14-18	
Comuni Costieri N.E.S	2001	15%	14%	25%	17%	29%	100%
	2011	17%	17%	26%	15%	25%	100%
	2018	13%	15%	29%	17%	26%	100%
Comuni interni N.E.S	2001	14%	13%	25%	17%	30%	100%
	2011	15%	16%	26%	16%	27%	100%
	2018	13%	13%	27%	18%	29%	100%
NORD EST SARDEGNA	2001	14%	14%	25%	17%	29%	100%
	2011	16%	17%	26%	15%	26%	100%
	2018	13%	15%	29%	17%	27%	100%

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat 2018

D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria

Allo stato attuale l'organizzazione aziendale della ASL GALLURA è caratterizzata dalle componenti strutturali previste dall'atto aziendale adottato, in ossequio a quanto disposto dall'art.3, comma 1 bis, del Decreto Legislativo 502/92 e ss.mm.ii. dal Direttore Generale dell'Azienda Tutela della

Salute (ATS) con delibera n°943 del 5/10/2017, in relazione alla precedente riforma del Servizio Sanitario Regionale legata alla Legge Regionale n°17 del 2016.

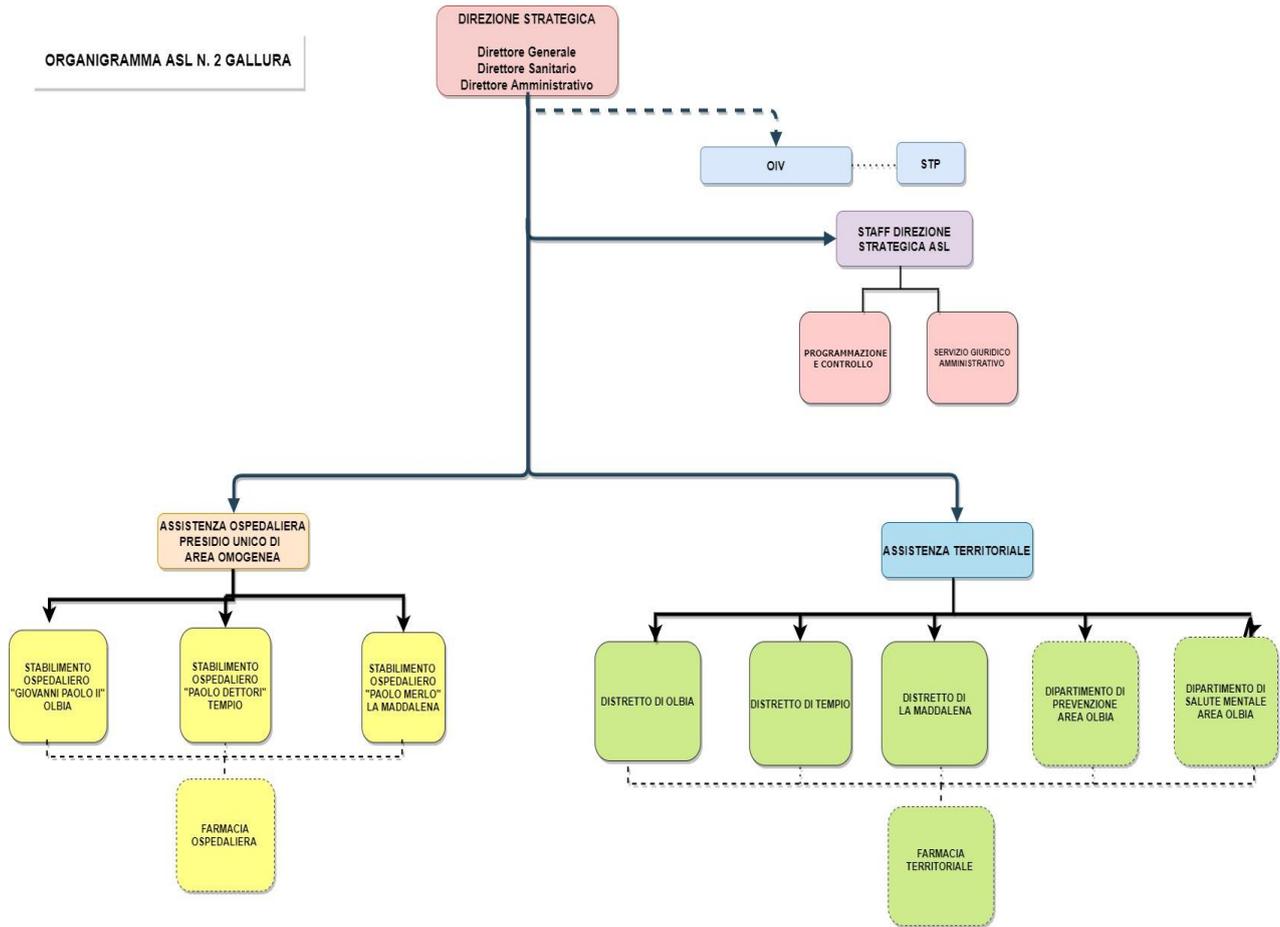
La struttura organizzativa della ASL GALLURA risulta ancora in fase di definizione in quanto non è stato ancora approvato il nuovo Atto Aziendale in relazione alla riorganizzazione di cui alla Legge regionale n°24 del 2020.

La dimensione organizzativa dell'azienda sanitaria è forse la più rilevante e al tempo stesso la prima da definire nel processo di cambiamento attualmente in corso.

L'organigramma è il principale strumento, a livello macro, di formalizzazione della reale gerarchia organizzativa di una azienda. Esso è la rappresentazione grafica della struttura organizzativa finalizzato a rappresentare le strutture, e a descrivere sinteticamente funzioni, compiti e rapporti gerarchici esistenti nell'ambito di una determinata struttura organizzativa. Allo stato attuale l'organizzazione aziendale è delineata dal seguente organigramma che consente, di identificare le responsabilità relative alle diverse aree di attività dell'organizzazione e di evidenziare le linee di dipendenza gerarchica e funzionale esistenti.

Il modello organizzativo delineato evidenzia la:

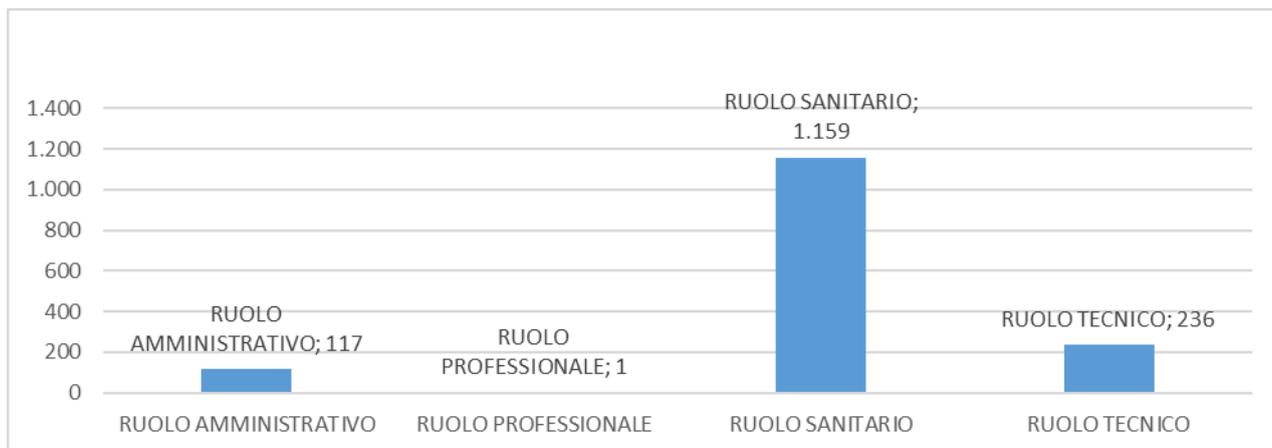
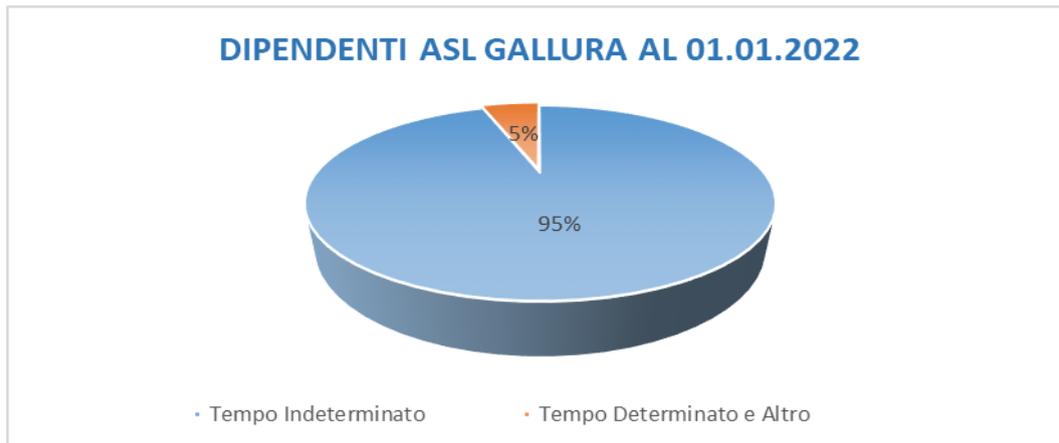
- direzione strategica: direzione aziendale (Direttore generale; Direttore sanitario; Direttore amministrativo);
- strutture e funzioni di staff della direzione aziendale: supporto tecnico e metodologico alla direzione aziendale per lo svolgimento delle attività di governo ed indirizzo strategico, di pianificazione, programmazione e controllo e di definizione degli standard di funzionamento dell'Azienda;
- strutture e funzioni amministrative e tecniche della direzione aziendale organizzate in dipartimenti strutturali: attività di supporto operativo per l'efficiente ed efficace gestione dell'Azienda; ricerca dell'efficienza organizzativa attraverso la realizzazione di buone pratiche gestionali; gestione dei processi al servizio della produzione ed erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- strutture della linea intermedia, individuate nelle Direzioni di distretto e di presidio;
- strutture della linea operativa: complesso delle attività di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, nonché delle connesse attività di stretto supporto che concorrono direttamente alla produzione ed erogazione dei detti servizi e prestazioni.

ORGANIGRAMMA ASL N. 2 GALLURA


Le risorse umane

L'organico attuale rappresenta l'elemento fondamentale, caratterizzante e distintivo dell'Azienda socio-sanitaria n.2 della Gallura nel perseguimento della missione aziendale. Di seguito l'organico dell'azienda suddiviso per Ruolo e per tipologia contrattuale.

PERSONALE ASL GALLURA AL 01.01.2022			
RUOLO	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO E ALTRO	Totale
RUOLO AMMINISTRATIVO	94	23	117
RUOLO PROFESSIONALE	1	0	1
RUOLO SANITARIO	1.037	122	1.159
RUOLO TECNICO	220	16	236
TOTALE	1.352	161	1.513



La tabella seguente riporta la distribuzione del Personale pari a n° 1513 teste al lordo dei dipendenti assunti per l'emergenza COVID-19, suddiviso per ruolo in base alla categoria di appartenenza tra le varie strutture al 31/12/2021:

ASL N.2 GALLURA PERSONALE AL 31.12.2021														
PERSONALE AL 31.12.2021 PER MACRO-STRUTTURA	RUOLO AMM.VO		RUOLO AMM. TOTAL E	RUOLO PROF. COMP.	RUOLO PROF. TOTAL E	RUOLO SANITARIO				RUOLO SAN. TOTAL E	RUOLO TECNICO		RUOLO TEC. TOTAL E	TOTALE GENERALE
	COM P.	DIRI G.				COM P.	DIRI G.	DIRIG._ME D.	DIRIG._VE T.		COM P.	DIRI G.		
AREA AMMINISTRATIVA E DI STAFF														
AREA AMM.VA E STAFF	46	3	49	0	0	7	1	0	0	8	5	1	6	63
AREA DISTRETTUALE														
AREA DISTRETTUALE	17	0	17	0	0	105	3	34	0	142	16	0	16	175
AREA DELLA PREVENZIONE														
AREA DELLA PREVENZIONE	24	0	24	0	0	58	1	15	41	115	7	0	7	146
AREA DELLA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE														
AREA DELLA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	0	0	0	0	0	38	6	27	0	71	14	0	14	85

ASL N.2 GALLURA PERSONALE AL 31.12.2021														
PERSONALE AL 31.12.2021 PER MACRO-STRUTTURA	RUOLO AMM.VO		RUOLO AMM. TOTAL E	RUOLO PROF. COMP.	RUOLO PROF. TOTAL E	RUOLO SANITARIO				RUOLO SAN. TOTAL E	RUOLO TECNICO		RUOLO TEC. TOTAL E	TOTALE GENERALE
	COM P.	DIRI G.				COM P.	DIRI G.	DIRIG. ME D.	DIRIG. VE T.		COM P.	DIRI G.		
AREA OSPEDALIERA														
STAB. OSP. GIOVANNI PAOLO OLBIA	14	1	15	0	0	378	9	184	0	571	125	0	125	711
STAB. OSP. PAOLO DETTORI TEMPIO PAUSANIA	9	0	9	1	1	132	2	61	0	195	56	0	56	261
STAB. OSP. PAOLO MERLO LA MADDALENA	3	0	3	0	0	42	0	15	0	57	12	0	12	72
AREA OSPEDALIERA	26	1	27	1	1	552	11	260	0	823	193	0	193	1.044
TOTALE GENERALE	113	4	117	1	1	760	22	336	41	1.159	235	1	236	1.513

Parte II –La programmazione sanitaria triennale

La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici. Tuttavia, la pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivanti dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto. Si rilevano ancora significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio, un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e servizi sociali e tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni. La programmazione sanitaria non può prescindere da quanto definito dalla recente normativa nazionale che, sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse e dalla strategia perseguita dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) MISSIONE 6: Salute.**

La Missione 6 Salute si articola in due componenti:

- o Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale i cui interventi sono finalizzati a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali come le *Case della Comunità* e gli *Ospedali di Comunità*, il rafforzamento dell'assistenza

domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;

- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale le cui misure sono finalizzate al rinnovamento e all'ammmodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del fascicolo sanitario elettronico, a migliorare la capacità erogazione e monitoraggio dei Livelli essenziali di Assistenza attraverso efficaci sistemi informativi.

A. Indirizzi strategici aziendali per livello di assistenza

A.1 Area della Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica

1. Indirizzi regionali e nazionali in materia

Il presente documento di programmazione tiene conto del mutare dinamico della normativa nazionale e regionale. Di seguito si rappresenta i principali indirizzi normativi regionali e nazionali in materia:

- d.lgs n°502 del 30.12.1992 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della l. n°421 del 23.10.1992*"; e successive modificazioni ed integrazioni;
- la l.r. n° 23 del 17.11.2014, "*Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle Leggi Regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012*";
- Legge Regionale 11 settembre 2020, n. 24, Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore.
- Piano Nazionale della prevenzione 2014-2018;
- Piano Regionale della prevenzione 2014-2018;
- Patto per la salute 2019-2021;
- Piano coordinato nazionale dei controlli (PCNC);
- D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio;
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza MISSIONE 6: Salute
- Tutte le delibere RAS recanti indirizzi regionali in materia;
- Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024. Legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, art. 32.

2. Offerta di prestazioni e servizio sul territorio

Le tabelle seguenti riportano l'offerta di prestazioni e servizi sul territorio relative alle attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica dirette a garantire i LEA nel territorio di riferimento.

IGIENE PUBBLICA

COVID 19	VACCINAZIONI COVID 19							
	Numero Soggetti vaccinati		N° Soggetti con 1 dosi*		N° Soggetti con 2 dosi*		N° Soggetti con 3 dosi*	
Classi di Età	2020**	2021***	2020**	2021	2020**	2021	2020**	2021
F 12-19		19.385		9.073		8.207		385
F20-39		66.442		26.837		24.903		5.187
F40-59		108.313		44.345		42.137		18.479
F60-79		84.051		33.046		31.529		18.301
F>79		26.191		9.710		9.468		7.220

Vaccinazioni		Coorte	Polio	Difterite ^(a)	Tetano	Pertosse ^(a)	Epatite B	Haemophilus influenzae tipo b	Morbillo	Parotite	Rosolia	Varicella ^(c)	Meningococco C coniugato	Pneumococco coniugato
ASL OLBIA	2021	933	60.66 %	60.66 %	60.66 %	60.66%	60.98 %	60.66%	44.26 %	44.26 %	44.26 %	44.15%	29.58%	59.48%
	2020	888	88.96 %	88.96 %	88.96 %	88.96%	88.96 %	88.85%	84.23 %	84.23 %	84.23 %	83.22%	77.70%	87.04%

Fonte dati AVACS aggiornamento al 06/10/2022 - coorte 2020 - 2021: PDTPaEpBHib soggetti vaccinati con 3 dosi - MPRV soggetti vaccinati con 1 dose

SALUTE E AMBIENTE

Conferenze di servizi	2020	2021
N. Convocazioni Conferenze Servizi per AUA	0	46
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per AUA	0	2
N. Convocazioni Conferenza Servizi per VIA **	5	5
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per VIA	1	2
N. Convocazioni Conferenza Servizi per VAS***	3	4
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per VAS	2	3
N. Convocazioni Conferenza Servizi per AIA****	2	3
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per AIA	0	2
N. Convocazioni Altre Conferenze Servizi	3	3
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per Altre	2	4

** Valutazione di Impatto Ambientale (VIA)

*** Valutazione Ambientale Strategica (VAS)

**** Autorizzazioni Integrate Ambientali (AIA)

Controlli ufficiali REACH e CLP	2020	2021
N. controlli effettuati	24	25
N. sopralluoghi effettuati	13	14
N. campionamenti	2	2
N. sanzioni	3	2

Verifica sulla salute derivante dall'inquinamento dell'aria, suolo e acqua	2020	2021
N. segnalazioni pervenute	3	4
N. sopralluoghi effettuati	6	8
N. comunicazioni autorità	2	3

Verifica sulla salute derivante dall'inquinamento dell'aria, suolo e acqua	2020	2021
N. partecipazioni riunioni sulle tematiche salute e Ambiente	47	55

Area della Gestione Ambientale

Gestione Rifiuti	2020	2021
N. Unità Locali Gestite	66	69
N. Sovraluoghi effettuati	95	100
N.segnalazioni/comunicazioni Ricevute	60	62
N.Formulari gestiti	3.541	4.094

SANITA' ANIMALE

	N° codici Aziende Aperte	3.847	
	N° Aziende	N° Allevamenti	Totale capi
BOVINI	1.738	1.801	37.102
OVICAPRINE	1.257	1.515	146.582
SUINE	1.153	1.199	6.919
EQUINE	1.024	1.150	
AVICOLI	11	13	3.717
ACQUACOLTURA	12	35	
AZIENDE APISTICHE	313	649	11.859

NUMERO CONTROLLI	Programmati	Eseguiti	%
Tubercolosi bovina e bufalina: aziende controllate	500	307	61%
Peste suina africana	65	65	100%
Brucellosi Bovina e Ovicaprina e leucosi bovina: aziende controllate	67	62	93%
Blue Tongue: n. aziende	237	170	72%
controlli identificazione e registrazione Bovini, ovicaprini, suini ed equidi: aziende controllate	197	197	100%
West Nile Disease: sorveglianza volatili morti (n. capi conferiti)	209	209	100%
Piano arboviroso: sorveglianza entomologica (pool insetti conferiti)	83		0%
BSE e TSE: campioni obex conferiti	922	421	46%
Piano di genotipizzazione arieti: numero capi controllati	555	555	100%
BT sorveglianza: n. prelievi	1.775	1.775	100%
stagione venatoria: cinghiali campionati	700		0%
malattie virali suino: n. capi prelevati per malattia di Aujeszky	794		0%
piano salmonellosi aviare	1	1	100%
controlli su richiesta e programmati UVAC	15	15	100%

NUMERO CONTROLLI	Eseguiti	Positivi	%
Tubercolosi bovina e bufalina	307	0	0,00%
Peste suina africana	65	0	0,00%
Brucellosi Bovina e Ovicaprina	45	0	0,00%
Blue Tongue	170	0	0,00%
West Nile Disease	209	3	1,44%

CONTROLLI NON PROGRAMMATI	Eseguiti	Positivi	%
Tubercolosi bovina e bufalina: attività di controllo per compravendita n. capi controllati	10.140	0	0,00%
anemia infettiva equidi	453	0	0,00%
interventi in pronta disponibilità	255	0	0,00%

SCREENING

ASSL	Anno	Attività	Screening Cervice Uterina	Screening Mammografico	Screening Colon Retto
OLBIA	2021	Inviti al 1° livello	7086	3.687	9.758
		Adesioni	3986	1.736	1971
		Tasso di adesione	56,20%	47,70%	20,10%
	2020	Inviti al 1° livello	14.996	219	10.389
		Adesioni	5.124	134	2.780
		Tasso di adesione	34,10%	61,20%	26,70%
	Delta	Tasso di adesione	22,00%	-13,50%	-6,60%

 36

SIAN

AREA SICUREZZA ALIMENTARE

Ispezioni e Verifiche	2021	2020	OLBIA (Delta %)
Alimenti	249	170	32%
Acque di destinazione al consumo umano	1.180	593	50%
Prodotti fitosanitari IMPIEGO (controlli all'utilizzo nella produzione primaria)	3	1	67%
Prodotti fitosanitari COMMERCIO (controlli alla commercializzazione/rivendita/importazione)	0	0	0
Valutazione per il rilascio delle abilitazioni alla vendita di fitosanitari (certificazioni CAV)	4	0	100%
Valutazione per il rilascio delle abilitazioni all'acquisto e all'utilizzo dei fitosanitari	50	0	100%
Certificati di export	5	5	0%
Ispettorato micologico	200	180	10%

Ispezioni e Verifiche	2021	2020	OLBIA
			(Delta %)
Infezioni - intossicazioni e tossinfezioni alimentari (MTA)	2	3	-50%

AREA SICUREZZA NUTRIZIONALE

Area sicurezza nutrizionale	Anno 2021
Tabelle dietetiche	30
Diete speciali	25
Controllo qualità nutrizione pasti	0
Consulenza capitolato d'appalto per mense collettive	0
Pareri per convenzione prodotti dietetici	5

SIAOA

Ispezioni e Verifiche	2021	2020	OLBIA
			(Delta %)
Alimenti di Origine Animale**			
Stabilimenti e attività commerciali	365	470	29%
Controllo carni macellate (capi diverse specie)*	102.281	110.124	8%
Agriturismo	42	15	-64%

 37

Campionamenti e Controlli	2021	2020	OLBIA
			(Delta %)
Alimenti di Origine Animale			
Controllo malattie al macello	15.250	16.701	10%
Alimenti di origine animale	385	465	21%
Ricerca residui alimenti di origine animale	44	65	48%

SIAPZ

Ispezioni e Verifiche	2021	2020	OLBIA
			(Delta %)
Allev. Prod. Zootecniche**			
Latte	55	57	4%
Farmaci	71	49	-31%
Alimentazione animale	10	52	420%
Benessere animale	75	57	-24%
Stabilimenti trasf. Latte (caseifici) con non conf.	0	11	-
Certificazioni con ispezione per export formaggi	45	52	16%

Campionamenti e Controlli	2021	2020	OLBIA
			(Delta %)
Allev. Prod. Zootecniche			
Latte e formaggi	26	27	4%
Ricerca residui prodotti lattiero caseari	21	33	57%
Alimentazione animale	41	47	15%

SPRESAL

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

ASSL	PERIODO	LAVORATORI CONTROLLATI	LAVORATORI CONTROL. L. APPR. O MINORI	INDAGINI PER INFORTUNI	INDAGINI PER MALATTIE	AZIENDE INTERESSATE	AZIENDE CON INTERVENTI DI VIGILANZA	INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE	STUDI EPIDEMIOLOGICI	CAMPAGNE DI SCREENING	RESIDUATI VACCINATI	PARERI RICHIESTI	PARERI ESPRESI
Olbia	2021	38	0	40	30	486	486	0	0	0	0	2	2
	2020	19	0	20	15	467	467	0	0	0	0	4	4
	Δ	19	0	20	15	19	19	0	0	0	0	-2	-2

Attività di Vigilanza	Programmati		Esaminati		Sanzionati	
	2021	2020	2021	2020	2021	2020
Edilizia: Numero cantieri ispezionati	143	173	146	173	11,60%	3,40%
Edilizia: Numero aziende da ispezionare, comprese ispezione cantieri di amianto	207	207	207	207	8,20%	2,80%
Agricoltura: numero aziende controllate	41	41	42	41	9,50%	0,00%
Comparto portuale, marittimo e della pesca: numero ispezioni autorità portuale Nord Sardegna	20	20	20	20	10,00%	0,00%

38

Attività di Vigilanza	Programmati		Esaminati		Sanzionati	
	2021	2020	2021	2020	2021	2020
N° complessivo di cantieri edili ispezionati						
N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione in Edilizia	207	207	207	207	8,20%	2,80%
N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione in Agricoltura	41	41	42	41	9,50%	0,00%
N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione in Altri Comparti	223	219	237	219	8,80%	4,20%
Numero di aziende totali con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	471	467	486	467	8,60%	3,20%

3. Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire

Le linee di indirizzo programmatico nazionali e regionali convergono sulla necessità di implementare gli investimenti in promozione della salute e prevenzione, quali elementi cruciali per lo sviluppo della società e la tutela della salute, favorendo l'integrazione delle politiche sanitarie e il raccordo funzionale tra Piano Nazionale Prevenzione e Piano Nazionale Cronicità e

gli ulteriori strumenti di pianificazione nazionale. Il Patto per la salute 2019-2021 evidenzia la necessità di garantire equità e contrasto alle diseguaglianze di salute, di rafforzare l'attenzione ai gruppi fragili e di perseguire un approccio di genere, di considerare le persone e le popolazioni in rapporto agli ambienti di vita (setting di azione), di orientare le azioni al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza (approccio life course), ponendo in atto interventi basati su evidenze di costo efficacia, equità e sostenibilità, finalizzati alla promozione di stili di vita sani e alla rimozione dei fattori di rischio correlati alle malattie croniche non trasmissibili.

L'azione del Dipartimento di Prevenzione è sempre più multidisciplinare e intersettoriale, nell'ottica della Salute in tutte le politiche. Esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete sociosanitaria, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) attraverso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) nonché con un utilizzo coordinato di tutte le risorse interne ed esterne al sistema sanitario.

Tale modello a rete di erogazione dei servizi favorisce la presenza capillare sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute e allo stesso modo garantisce la capacità del Dipartimento di:

- intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire adeguate risposte;
- sviluppare strategie e strumenti di gestione etica delle risorse della comunità (*stewardship*);
- promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona (empowerment).

Questa strategia viene ulteriormente rafforzata dal PNP 2020-2025 il quale promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*). Il Piano investendo, infatti, nella messa a sistema in tutte le Regioni di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia e di modelli, metodologie e linee di azione basate su evidenze consolidate o su buone pratiche validate e documentate, impegna il Dipartimento ad agire con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA Prevenzione collettiva e Sanità pubblica.

Pertanto, nel livello di assistenza collettiva si è fatto proprio il concetto di rete di prevenzione espresso dal Piano di Prevenzione Regionale (PRP) 2014-2018 adottato con la deliberazione della Giunta Regionale n. 30/21 del 16.6.2015 e rimodulato e prorogato al 31/12/2019 con la delibera RAS n.33/9 del 26/06/2018.

Atteso, che la salute delle persone è largamente influenzata da fattori esterni al sistema sanitario quali i determinanti sociali, economici, comportamentali ed ambientali, tenuto conto che è ormai

evidente che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente, è necessario costruire una cultura condivisa in un sistema di rete in cui la "salute" diviene preoccupazione globale del Paese e non solo del sistema sanitario. Nell'ambito della Prevenzione si propone di porre in essere gli strumenti organizzativi necessari per assicurare una costante analisi dei bisogni e della domanda di salute, anche inespresa, della popolazione, compresa la sorveglianza epidemiologica, strumento indispensabile per la verifica dell'efficacia di tutti gli interventi di prevenzione adottati.

I Macro obiettivi del Piano sanitario, sono riassumibili in una serie di priorità di seguito elencate:

- Ridurre il carico di malattia mettendo le basi per sollevare il nostro sistema paese da un carico prevenibile di eventi morbosi e mortali, rafforzando il contributo da parte del servizio sanitario al sistema di welfare e rendendo questo più sostenibile, anche in relazione agli andamenti demografici tipici del nostro Paese.
- Investire sul benessere dei giovani. È una scelta dal forte contenuto formativo e di empowerment che si rivolge, in un approccio il più possibile olistico, a quella che sarà la classe attiva (lavorativa e dirigente) nella società del prossimo futuro, e intende promuovere una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita sani e di comportamenti di rifiuto nei confronti di qualunque forma di dipendenza in una logica di ricerca di un benessere psicofisico e affettivo.
- Rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive investendo in un patrimonio culturale di grande rilevanza sociale e che nel corso degli anni, anche in relazione agli atti di pianificazione nazionale e ai conseguenti sforzi attuati dalle istituzioni e dai professionisti del sistema sanitario, ha portato il nostro Paese a considerare come bene comune la pratica di interventi preventivi quali quelli a salvaguardia della salute dei lavoratori, quelli relativi alla prevenzione oncologica e alle vaccinazioni.
- Mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili. Questa scelta si implementa sia come lotta alle disuguaglianze sia come messa a sistema di interventi (magari già offerti in modo diseguale) per la prevenzione di disabilità.
- Considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente.
- Contrastare il fenomeno dell'antimicrobico-resistenza attraverso l'impegno a dare piena attuazione al Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020.
- Confermare l'importanza delle attività di vigilanza sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dall'art.13 del decreto legislativo n. 81/2008.
- Attuazione del Piano coordinato nazionale dei controlli (PCNC) che ricomprende tutti i piani specifici di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.
- Garantire il raggiungimento di adeguate percentuali di adesione grezza agli screening oncologici.

- Garantire la prosecuzione della Vaccinazione ANTI-COVID -19.
- Garantire il contrasto delle zoonosi.
- Valorizzare inoltre l'impegno a rafforzare una visione di salute pubblica in un'ottica "One Health", che si basa sulla progettazione e attuazione di programmi, politiche, legislazione e ricerca, in cui più settori comunicano e collaborano per ottenere migliori risultati di salute pubblica, mediante un metodo collaborativo, multidisciplinare, multi-professionale. L'approccio "One Health" considera la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legati alla salute degli ecosistemi in cui sono contestualizzati

L'obiettivo generale nell'ambito della Prevenzione e Promozione della Salute del presente piano triennale, è dunque quello di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbilità, mortalità e disabilità dovuto alle malattie non trasmissibili attraverso la collaborazione e la cooperazione multisettoriale a tutti i livelli, regionale, nazionale e mondiale (Piano di azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili per il periodo 2013-2020- OMS),

Il Dipartimento di Prevenzione di fatto accoglie in sé anche l'esigenza di adeguare l'offerta al costante mutamento della domanda di salute individuando sia nuovi ambiti di interesse che una più ampia collocazione in settori già esistenti ma in evidente crescita ed espansione operativa. Sono quelle che si intende denominare *Aree Emergenti* e sulle quali sarà necessario incidere con strategie organizzative ben precise e coerenti con l'impegno nell'applicazione dei nuovi LEA di cui al DPCM 12 gennaio 2017 (G.U. n° 65 del 18.3.2017, S.O. n° 15), capo II Art. 2: area prevenzione collettiva e sanità pubblica, che hanno confermato l'orientamento strategico secondo il quale la promozione della salute e la prevenzione delle malattie croniche è diventata una priorità per la sanità pubblica. Da un punto di vista organizzativo si precisa che, ai sensi dell'articolo 37 della L.R. n. 24/2020 è prevista l'attivazione, in via sperimentale, di due dipartimenti denominati rispettivamente "dipartimento di prevenzione medico" (dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria) e "dipartimento di prevenzione veterinario" (dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale) articolati ai sensi dell'articolo 7-quater, comma 2, del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA

Il Dipartimento di prevenzione Area Medica è di tipo strutturale ed è dotato di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione, organizzazione del personale e coordinamento di ogni attività volte a garantire la tutela e promozione della salute collettiva. Il Dipartimento di Prevenzione Area Medica:

- Promuove la salute e la prevenzione delle malattie e delle disabilità.
- Promuove gli stili di vita sani.

- Realizza azioni di prevenzione degli stati morbosi acuti e cronici.
- Individua e rimuove le cause di nocività e di malattia di origine ambientale e umana.

Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento di Prevenzione Area Medica sono le seguenti:

- SC Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP);
- SC Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN);
- SC Servizio Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (SPRESAL);
- SS Salute, benessere, Ambiente e Promozione della Salute (SAPS)
- SS Medicina delle Migrazioni
- SS Screening.

La SS SAPS racchiude diverse attività che integrano le funzioni delle diverse Unità Operative Complesse del Dipartimento di Prevenzione nella logica del One Health. Il SASP sarà il collettore delle attività di promozione degli stili di vita e della Medicina dello Sport.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA

La Legge 24/2020 definisce il Dipartimento veterinario della ASL della Gallura sperimentale per i prossimi 3 anni, restando collegato con quello della ASL di Sassari, costituendo un'unica Struttura Dipartimentale.

Il Dipartimento è di tipo strutturale ed è dotato di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione, organizzazione del personale e coordinamento di ogni attività di tutela la salute umana in relazione a patologie e problematiche correlate agli animali.

Il Dipartimento di Prevenzione Veterinaria:

- vigila e controlla la sanità degli allevamenti attraverso la lotta contro le malattie infettive e diffuse;
- predispone e attua i piani di risanamento o di eradicazione contro le malattie infettive e diffuse di origine animale;
- gestisce l'anagrafe zootecnica assicurando l'identificazione degli animali e la rintracciabilità degli alimenti;
- svolge funzioni di controllo ufficiale ai sensi del REG.UE 625/2017 e DLVO 27/2021 su tutta la filiera agro-alimentare, attraverso le Strutture sotto indicate che operano quali Autorità Competenti Locali;
- è responsabile della protezione dei consumatori dalle insidie dei contaminati ambientali e dai presidi chimico-farmacologici i cui residui possono persistere negli alimenti di origine animale;
- controlla e vigila sul corretto impiego del farmaco veterinario, sulla produzione e la commercializzazione degli alimenti destinati agli animali;
- controlla il benessere degli animali, attua la normativa sul randagismo e tiene l'anagrafe canina;
- gestione delle sanzioni in materia Igienico-Sanitaria.

Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento di Prevenzione Veterinaria sono le seguenti:

- SC Sanità Animale e Anagrafi Zootecniche (SAAZ);
- SC Igiene Alimenti Origine Animale (SIAOA);
- SC Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche (SIAPZ).

Attività specifiche programmate per il triennio 2023/2025

SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

La programmazione, su base triennale, delle attività di competenza del Servizio di Sanità Animale è vincolato alla programmazione del Ministero e della Regione Sardegna. La Sanità Pubblica Veterinaria in Sardegna sarà particolarmente impegnata nel contrasto alle malattie infettive, specie alle zoonosi, e a quelle che determinano allarme sociale e impatto negativo sul comparto agro-zootecnico dell'Isola.

E' verosimile che le attività da espletare, in termini quali- quantitativi, siano simili all'anno 2022. La grossa incognita, oggettiva e oggettivabile, deriva dall'acquisizione o meno dello status di Provincia Indenne (ex Ufficialmente Indenne) per la Tuberculosis Bovina (TBC).

A questo proposito si presentano due situazioni che hanno impatto diverso sulle attività:

- Con lo status di Indenne non è necessario eseguire la prova tubercolinica (MANTOUX) in tutti i capi bovini in uscita dalla ASL Gallura derivandone un minor impegno delle risorse ed energie umane a disposizione. L'attività consisterebbe nell'esecuzione del Piano ordinario comunicato dalla RAS (Piano di mantenimento della qualifica) in un numero di allevamenti e capi definiti (normalmente un terzo del patrimonio), e quindi programmabile.
- Qualora non si acquisisse lo status di Provincia Indenne cambia sostanzialmente e sensibilmente il numero delle attività. Le attività di Compravendita non sono assolutamente programmabili in quanto derivano da una richiesta dell'utente per cui non è prevedibile quante richieste e quando queste verranno comunicate al Servizio. Si potrebbe ipotizzare un dato basandosi, numericamente, sullo storico, ma non sicuramente sulla temporalità degli interventi. Questo crea una forte criticità quando ci viene chiesto di dare risposte agli OSA nel più breve tempo possibile. Si è sempre riusciti ad evitare lamentele per l'assenza di lungaggine degli interventi e questo si evince dal fatto che non ci sono mai state Liste d'Attesa.

E' prevedibile un aumento nei carichi di lavoro derivante dall'incremento dei Controlli Ufficiali (CC.UU.) soprattutto in quelli in regime di Condizionalità.

Anche in questo caso il dato è imprevedibile e non programmabile in quanto in ogni allevamento può essere necessario eseguire più controlli.

Non è programmabile l'attività derivante da una eventuale recrudescenza del picco epidemico della Blue Tongue degli Ovini (Lingua Blu). Solo in caso di silenzio epidemiologico si può procedere ad una programmazione annuale certa, vaccinando gli allevamenti a rischio estratti

dall'OEVR. Le attività, su base triennale, che permettono una programmazione certa sono quelle appresso indicate:

- Piani random, numero allevamenti estratti dall'OEVR, relativamente alla Brucellosi Bovina e Ovicaprina, alla Leucosi Bovina
- Piano monitoraggio Arbovirosi
- Piano Peste Suina Africana(PSA),
- Monitoraggio sorveglianza passiva Peste Suina Africana e Classica(PSA-PSC) in suini domesticie cinghiali
- Censimenti suini con cadenza biennale
- Piano Selezione Genetica negli arieti (PSG) e Piano sulle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili(TSE) in animali, bovini-ovini-caprini, morti in azienda e regolarmente macellati
- Piano Salmonellosi
- Controlli programmati UVAC
- Profilassi vaccinale per la Blue Tongue (BT) in allevamenti a rischi individuati dal Servizio Regionale

SPRESAL

Programma per il 2023.

Il territorio produttivo locale. Le note pertinenti al punto sono integrative rispetto al quadro regionale rappresentato nel citato *Piano operativo* e fanno leva sui dati ricavati dal sito istituzionale della CCIA di Sassari - Nord Sardegna³. Considerato il carattere di effettività del presente documento, il paragrafo si limita a fornire un rapidissimo profilo della realtà produttiva locale (tabelle 1 – 3, in appendice), in quanto criterio di giustificazione dovuto rispetto alla quota parte di attività svincolata dai mandati ufficiali e rimessa invece alla piena autonomia decisionale del Servizio⁴.

Nei prospetti offerti rilevano 1) la consistenza dei comparti edile e agricolo, dato di riscontro comune nelle 8 Aree aziendali e valorizzato da tempo in sede regionale come in sede locale, 2) lo spessore della filiera agro-alimentare e delle attività a questa connesse (complesso perlopiù distribuito nelle sezioni ATECO A – agricoltura, silvicoltura e pesca –, C – attività manifatturiere –, G – Commercio –, I – Alloggio e ristorazione –), 3) il volume delle attività di servizi alle imprese e alla persona.

Il territorio si caratterizza, inoltre, nel 2021, per un tasso medio di crescita di impresa positivo, pari a +3,27%. Il trend in aumento continua nel primo semestre dell'anno in corso, sebbene con minore progressione.

L'attività di vigilanza. Gli obiettivi numerici per comparto dell'attività di vigilanza del Servizio sono quelli statuiti annualmente in seno al citato Comitato regionale (che li rende pubblici, come

già detto, mediante il richiamato *Piano operativo*. Allo stato attuale, si stima che, per il 2023, i comparti lavorativi di interesse resteranno i medesimi, ferme restando le puntualizzazioni numeriche che saranno determinate a tempo debito.

Sono ribadite anche in questa occasione le considerazioni riguardanti l'attività ispettiva in seno ad altri comparti (complesso della cosiddetta filiera agro-alimentare, settore dei servizi alle imprese e alle persone) già svolte in altre analoghe occasioni.

Sono fatte salve, naturalmente, diversificazioni di attività e di indirizzi legate a esigenze emergenti dalla frequentazione del territorio e dalle relative sollecitazioni, oltre che dal confronto costantemente aperto in seno all'Organismo Provinciale e alla relativa rete di informazione e collaborazione.

L'attività di informazione e assistenza. Parimenti contenuta, per l'addietro, nel *Piano operativo* annuale, l'attività di informazione e assistenza per Servizio è attualmente raccolta – e come ratificata con maggior forza – nel vigente *Piano regionale della prevenzione 2020 - 2025*, rispetto al quale il *Piano operativo* diviene occasione di mera presa d'atto). Pertanto, si rimanda al macroobiettivo 4 (del citato *Piano regionale* per il dettaglio delle attività di informazione e assistenza richieste al Servizio nell'anno in corso (in particolare, si segnala che una rapida visione d'insieme, utile per l'anno ancora in corso ma estesa all'intero periodo di vigenza del piano, può essere tratta dai cronoprogrammi dei piani mirati di prevenzione – di seguito, anche "PMP"; *vide infra* – che impegneranno il Servizio fino al 2025, rinvenibili nel documento e comunque raccolti in appendice).

Programma per il triennio 2023-25.

In seno al sistema istituzionale di cui è parte – connotato, più che per altri settori disciplinari e operativi, da una chiara sequenza di attori, funzioni e programmi, delineata nettamente dal D. Lgs. 81/08 e dal vigente piano nazionale della prevenzione, e consensualmente definita nelle norme regionali e nel piano regionale della prevenzione –, il Servizio

- partecipa annualmente i propri obiettivi all'interno del Comitato di cui è detto sopra, previa preliminare discussione e definizione degli stessi all'interno dell'Ufficio Operativo del suddetto organismo,
- dà risposta a tutte le istanze per le quali sia dovuto, per competenza diretta o dedotta, un riscontro tecnico della Struttura.

Ciò premesso, si precisa quanto segue.

- Il programma di dettaglio relativo alle singole annualità è definito di anno in anno, secondo le modalità descritte, in sede regionale, ed è pubblicizzato e partecipato lungo i consueti canali istituzionali degli organi preposti.

- Alla luce degli elementi attualmente disponibili, non si ritiene necessario variare, nel triennio 2023-25, il target operativo del Servizio, con riferimento ai comparti produttivi oggetto del programma di attività. Pertanto, in assenza di sensibili mutamenti di contesto, a tempo debito si porteranno all'attenzione degli interlocutori regionali (e aziendali, se richiesto) considerazioni del tutto analoghe a quelle che hanno informato, per l'addietro, la discussione corsa nel merito.
- In questa occasione, si vuole sottolineare, piuttosto, la novità del *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-25* circa i programmi di prevenzione relativi ai luoghi di lavoro. Il riferimento è alla definitiva introduzione, nello standard operativo dei Servizi, del modello del *piano mirato di prevenzione* (PMP) quale strumento di assistenza alle imprese e, ad un tempo, di controllo del territorio produttivo circa l'attuazione delle misure di contrasto esigibili⁵. Nel rimandare al citato *Piano Regionale della Prevenzione* per i dettagli, si precisa che, in forza del *Piano*, ogni Servizio PreSAL
 - 1) attua obbligatoriamente nel proprio territorio gli 8 PMP varati dalla Regione Sardegna, secondo il relativo cronoprogramma, e
 - 2) svolge il ruolo di capofila – cioè di coordinamento, supervisione, raccordo con l'organo regionale e organizzazione delle fasi attuative implicanti il coinvolgimento dei Servizi omologhi della regione – per l'attuazione di un dato PMP (il Servizio PreSAL dell'ASL Gallura è capofila per il PMP intitolato *Piano mirato di prevenzione relativo ai rischi di malattie professionali nel comparto pesca*).
- L'attività del Servizio sarà dunque divisa tra gli obiettivi numerici concordati in sede regionale e gli obiettivi previsti dal vigente piano regionale della prevenzione.
- Continuerà, nondimeno, secondo modalità e impegno orario ancora da concordare, l'intervento informativo / formativo del Servizio a favore dell'uditorio discendente degli istituti scolastici del territorio e dei lavoratori di alcuni comparti locali (quale, ad esempio, quello della sanità).

Le aree di attività del Servizio nel file pervenuto. Si segnala, infine, che il file pervenuto

- fa riferimento ad aree di intervento in esterno relative, semplicemente, ad una parte dell'attività di ricognizione territoriale condotta ordinariamente dal Servizio (si suggerisce, al riguardo, di conformarsi alla ripartizione utilizzata in sede regionale; il dettaglio relativo ai lavoratori autonomi, poi, utile per altri fini in sede interna, non aggiunge rilievo ulteriore, a giudizio dello scrivente, al documento programmatico in oggetto),
- contiene voci non pertinenti ("lavoratori controll. appr. o minori", "aziende interessate", "campagne di screening", "residenti vaccinati", "pareri richiesti", "pareri espressi"),
- contiene voci che non occupano l'agenda ordinaria dei Servizi – di questo e di quelli omologhi, anche a livello nazionale ("indagini epidemiologiche", "studi epidemiologici") –.

Il file potrebbe essere integrato con le seguenti voci:

- "attività di informazione / formazione / assistenza" (indicatore: numero di interventi compiuti),
- "attività di controllo amministrativo" (indicatore: numero di interventi con formulazione scritta delle note di competenza).

SALUTE E AMBIENTE

La struttura che si occupa di Environment (E), health (H) and safety (S), EHS per rispondere in maniera adeguata alle esigenze del territorio e dell'azienda esplica le sue attività in tre aree distinte: l'area della prevenzione e l'area della gestione ambientale e l'area della sicurezza(chimica)

Area della Prevenzione (AREA HEALTH)

Il Servizio dovrà garantire le seguenti attività:

- Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica
- Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato
- Collaborazione con la Direzione del Dipartimento e con le altre strutture coinvolte, per la definizione della programmazione sanitaria e socio-sanitaria aziendale nel settore delle correlazioni tra ambiente e salute in coerenza con i piani regionali in materia.
- Collaborazione con la Direzione del Dipartimento e le altre Strutture coinvolte, alla definizione di linee di indirizzo strategico, degli obiettivi gestionali, degli indicatori di risultato e dei budget delle Strutture della prevenzione che espletano funzioni veterinarie e multidisciplinari integrate.
- Funzioni propositive e tecnico-consultive, in collaborazione con le altre Strutture Aziendali per la definizione dei percorsi di prevenzione nel settore delle correlazioni tra ambiente e salute, al fine di migliorare le attività di prevenzione e promozione della salute nell'ambito dell'integrazione interprofessionale e dell'accesso alle prestazioni, in stretto raccordo con le funzioni sanitarie territoriali.
- Attività di studio e valutazione delle correlazioni tra ambiente, salute e gestione delle attività di pertinenza, in stretto raccordo con le altre Strutture del Dipartimento e territoriali competenti per il miglioramento delle condizioni di salute in rapporto all'ambiente.
- Gestione delle attività di collaborazione con i soggetti istituzionali deputati al controllo ambientale.
- Gestione per quanto di competenza e in collaborazione con gli enti preposti in materia delle attività di controllo e bonifica dei siti contaminati/inquinati secondo la normativa vigente.

- Gestione delle verifiche sugli effetti dell'inquinamento atmosferico e dello smaltimento dei rifiuti delle attività lavorative sulla salute collettiva, in collaborazione con le altre strutture aziendali coinvolte e con gli altri enti competenti in materia di protezione ambientale.
- Gestione e rendicontazione programmi di prevenzione regionali riguardanti le correlazioni tra ambiente e salute compresi i programmi di educazione e informazione in materia.
- Organizzazione e gestione delle articolazioni della Struttura presso i Distretti per la gestione operativa delle proprie competenze che necessitano nei presidi periferici
- Gestione delle attività istituzionali inerenti alle specifiche competenze relative al funzionamento della struttura ed al suo ambito di pertinenza demandate dalle norme e dalla Direzione aziendale

L'efficienza e l'efficacia delle iniziative messe in campo passa attraverso alla contestuale individuazione di risorse umane e strumentali dedicati alle attività sopra descritte dalla Vostra Direzione

Personale Incaricato delle attività relative all'area della Prevenzione:

Direttore del Servizio partecipa, in qualità di componente e formatore regionale, ai gruppi di lavoro Nazionali e Regionali sulle tematiche REACH, CLP e Biocidi.

Partecipa, in qualità di componente, ai numerosi gruppi di Lavoro Nazionali e Regionali sulle tematiche Ambiente, Clima e Salute e inoltre partecipa alle conferenze di Servizi di competenza ed esprime osservazioni in materia di VIA, VAS e VIS.

Dirigente Medico partecipa, in qualità di componente, ai numerosi gruppi di lavoro Nazionali e Regionali sulle tematiche Ambiente clima e Salute curando anche l'aspetto della comunicazione, inoltre partecipa alle conferenze di Servizi di competenza ed esprime osservazioni in materia di VIA, VAS e VIS.

Area della Sicurezza (AREA SAFETHY)

Il Servizio dovrà garantire le seguenti attività:

Tutela della collettività dal rischio radon

Tutela della popolazione dal rischio "amianto", attività ancora non avviata nel dipartimento Nord perché il personale che se ne occupa ancora afferisce all'Igiene pubblica.

Tutela della salute della popolazione dai rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) in base a quanto disposto dai regolamenti comunitari (CE) N. 1907/2006, (CE) 1272/2008 e (UE) 528/2012. Infatti, è demandato agli stati membri l'organizzazione di un adeguato sistema di controlli ufficiali e altre attività ad esso connesse. In questo contesto si esplica una parte delle attività del servizio Salute e Ambiente e a tal fine si richiamano i piani deliberati dalla regione Sardegna per gli ambiti di nostra competenza, ovvero il Piano Regionale delle attività di controllo sui prodotti chimici - Anno 2020, concernente l'applicazione dei Regolamenti (CE) n. 1907/2006 (REACH) e n. 1272/2008 (CLP) e s.m.i.

Area della gestione Ambientale (AREA ENVIRONMENTAL)

In particolare area della gestione ambientale dovrà garantire le seguenti attività:

- Gestione delle pratiche ai fini della dichiarazione unica;
- Gestione delle pratiche ai fini contabili;
- Gestione della circolazione dei documenti relativi allo smaltimento dei rifiuti speciali pericolosi;
- Gestione del contratto di appalto per lo smaltimento dei rifiuti sanitari;
- Consulenza aziendale per il corretto smaltimento dei rifiuti
- Adeguamento della capacità ricettiva dei depositi temporanei nei siti di raccolta o delle aree ecologiche
- Coordinamento del ritiro periodico ed extra dei rifiuti sanitari speciali.
- Controllo del servizio di smaltimento dei rifiuti.
- Verifica delle condizioni di sicurezza delle aree ecologiche e depositi preliminari temporanei
- Rendicontazione amministrativa, secondo quanto contrattualmente previsto
- Consulenza e supporto a unità di crisi covid, usca e team vaccini sulla corretta gestione dei rifiuti sanitari speciali.

49

Sarà necessario preparare un nuovo manuale che preveda un **modello di organizzazione, gestione e controllo** e un nuovo regolamento sui rifiuti, questa attività sarà tra le più sfidanti e impattanti dell'area della gestione Ambientale sulle nascente nuova Asl nell'ottica di dare un sistema di gestione dei rifiuti moderno e consapevole che tenda a diminuire l'impronta Ambientale e che garantisca sia l'imminente transizione digitale di FIR, MUD e registri e contestualmente tuteli la Direzione ai sensi della 231/2001.

SIAPZ

Il Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (S.I.A.P.Z.) opera nell'ambito della salvaguardia della sicurezza alimentare svolgendo attività di controllo:

- su tutte le strutture in cui vengono allevati gli animali da reddito valutando le condizioni di pulizia degli animali, dell'ambiente stalla, della sala di mungitura e di igiene del personale;
- su tutte le strutture in cui vengono trasformati i prodotti dell'apicoltura;
- sulla verifica della conformità alle norme igienico sanitarie dei molluschi bivalvi vivi allevati negli specchi acquei ricadenti nel territorio di competenza;

- sui mezzi di trasporto di animali vivi per verificare le condizioni igienico sanitarie ed il rispetto del benessere animale;
- sul rispetto delle condizioni del benessere degli animali negli allevamenti, durante il trasporto ed alla macellazione;
- sulla alimentazione degli animali e sulla produzione e distribuzione degli alimenti per animali;
- sulla corretta somministrazione dei medicinali agli animali ed il rispetto dei tempi di sospensione (farmaco-sorveglianza), questa attività include anche il monitoraggio sugli eventuali effetti dannosi che possono manifestarsi sia nell'animale che nell'uomo in seguito alla normale somministrazione dei medicinali (farmaco-vigilanza);
- sul rispetto del divieto di somministrazione agli animali di sostanze vietate (anabolizzanti, ormoni, tireostatici, ecc.) che provocano una crescita non fisiologica negli animali e residui pericolosi per la salute dei consumatori;
- sui laboratori di analisi per uso diagnostico veterinario e sugli ambulatori veterinari;
- sullo smaltimento dei sottoprodotti di origine animale affinché avvenga nel rispetto delle norme e a tutela dell'ambiente.
- gestione del sistema di allerta rapido iRASFF sugli alimenti e mangimi.

In particolare il Servizio per il triennio intende proseguire con le linee di azione relative al:

- Piano Regionale "Eradicazione peste suina Africana"
- Piano Regionale di Programmazione e Coordinamento degli Interventi in materia di Controllo Ufficiale degli Alimenti. Anni 2020-2022
- Piano Regionale di Controllo ufficiale sulle matrici alimentari, sul commercio e sull'impiego dei prodotti fitosanitari Anno 2022
- Piano regionale per la vigilanza ed il controllo sanitario della produzione e commercializzazione dei molluschi bivalvi vivi e Linee guida in materia di prodotti della pesca
- Piano Regionale Residui anno 2022
- Piano Regionale di Controllo Ufficiale sull'Alimentazione degli Animali (PRAA) Anno 2022
- Piano regionale sul benessere e la protezione degli animali da reddito Anno 2022
- Piano regionale di farmacovigilanza veterinaria Anno 2022
- Linee guida per l'esecuzione dei controlli tesi a garantire la sicurezza alimentare nell'ambito della produzione e immissione sul mercato del latte destinato al trattamento

- termico e alla trasformazione, ai sensi della normativa comunitaria
- o Piano regionale riguardante il controllo ufficiale degli additivi e degli aromi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari. Anni 2020 – 2024
 - o Piano regionale di controllo ufficiale dei contaminanti agricoli e delle tossine vegetali naturali negli alimenti - Anni 2020-2022
 - o Piano Regionale 2017-2019 per le attività di Controllo Ufficiale sui Sottoprodotti di Origine Animale (SOA)

SIAN

La programmazione delle attività del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione per il triennio 2023-2025 oltre ad essere impostata sui documenti di programmazione nazionale (PNP) e regionale (PRIC 2020-2022 e sui programmi del PRP 2020-2025) è modulata sul recupero di importanti inadempienze storiche, tra le quali la più importante quella del completamento dell'anagrafe OSA (registrazione degli delle imprese alimentari), indispensabile per una corretta e contestuale programmazione delle attività di Controllo Ufficiale Alimenti, (prestazione E1 LEA/2017). Inoltre la suddetta programmazione è fortemente condizionata dalla grave e cronica carenza di Dirigenti Medici (dal 2018 n.3 Dirigenti collocati in quiescenza e mai sostituiti) e da un numero fortemente insufficiente dei Tecnici della Prevenzione rispetto al volume di imprese alimentari presenti nel territorio di competenza. L'attuale organico medico si compone di un dirigente medico direttore ff, di un dirigente medico in quiescenza nel 2023, ed uno appena assunto in formazione ed in condivisione con il servizio igiene pubblica.

51

Ambito Sicurezza Alimentare:

Il SIAN quale Autorità Competente è investito, nell'ambito della *sicurezza alimentare*, della sorveglianza delle imprese alimentari nelle diverse fasi, dalla produzione primaria al trasporto, stoccaggio, trasformazione e distribuzione, somministrazione e commercializzazione delle materie prime e dei prodotti alimentari. Si prevede di mantenere il volume di attività delle Ispezioni e Verifiche delle imprese alimentari raggiunto nel 2021 (pari a 249), ed effettuare lo stesso numero di campionamenti e controlli delle matrici alimentari ed acqua di rete pubblica e di acqua minerale del 2021 (pari a 1180), di cui alla tabella di rendicontazione.

Da una analisi di contesto si evince che nel territorio di competenza della ASL Gallura e quindi del Servizio, il numero di imprese alimentari è superiore alle 7000 unità. Considerando il numero delle attività ed il livello di rischio attribuito, il SIAN Gallura dovrebbe essere messo nelle condizioni di produrre un numero minimo di controlli ufficiali stimati in circa **2100 annui**, oltre tutte le altre incombenze che **competono all'area funzionale igiene degli alimenti e delle bevande compresi nelle funzioni LEA/2017; a questi si aggiungono le attività non programmabili in quanto si tratta di controlli ad hoc quali gestione Allerte**

Alimentari, Esposti/segnalazioni, Tossinfezioni alimentari, ed interventi con organi di polizia amministrativa e carabinieri del NAS .

Controllo utilizzo Prodotti Fitosanitari

Il sempre maggiore impiego di tali prodotti nel settore agricolo costituisce un non trascurabile rischio di contaminazione sia delle derrate alimentari destinate al consumo umano ed animale, che dell'ambiente, in modo specifico del patrimonio idrogeologico.

Il controllo nella produzione primaria dell'ideale utilizzo dei prodotti fitosanitari assume particolare rilevanza sanitaria in relazione ai danni che, per eccessiva e perdurante esposizione a tali prodotti, possono derivare per la salute umana, degli animali e delle piante.

L'approccio intersettoriale e trasversale degli interventi di prevenzione quali il controllo residui degli stessi negli alimenti e la sorveglianza del ciclo di vita dei prodotti fitosanitari, ben si attaglia alla visione aziendale di salute <one health>. Il Piano Regionale di Controllo Ufficiale sulle Matrici Alimentari e sul Commercio e sull'Impiego dei Prodotti Fitosanitari Anno 2021, prevede oltre che il campionamento ufficiale per la ricerca analitica dei residui, nelle matrici alimentari, dei prodotti fitosanitari utilizzati, anche il controllo da parte del servizio SIAN, delle rivendite/grossisti/stoccaggio dei prodotti fitosanitari, autorizzati all'immissione in commercio degli stessi ed il controllo ufficiale sulle aziende agricole di produzione primaria di prodotti alimentari ortofrutticoli e cerealicole ecc. che utilizzino mezzi di difesa fitosanitaria.

Ambito sicurezza nutrizionale

Si prevede di mantenere il volume di attività delle Ispezioni e Verifiche dei centri cottura e delle mense della ristorazione collettiva raggiunto nel 2021. La criticità in questo ambito è dovuta alle altre competenze completamente disattese ; le funzioni di questa area prevedono interventi di prevenzione primaria nelle comunità e collettività quali la sorveglianza nutrizionale per limitare i fattori di rischio delle malattie croniche degenerative dovute alla scorretta alimentazione ; Interventi di educazione alimentare, Interventi nutrizionali per la ristorazione collettiva; controllo qualità nutrizionale pasti e capitolati d'appalto per mense collettive.

Nel 2023 si dovrà attuare il Progetto ministeriale di sorveglianza nutrizionale "OKKIO alla salute" Il SIAN adempie dalla data del 1 gennaio 2022 alle incombenze dovute all'entrata in vigore D.Lgs 32/21. Il decreto stabilisce le modalità di finanziamento dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali dovuti da parte dell'IMPRESA ALIMENTARE assoggettata alla normativa. Questo comporta un ulteriore impegno del Dirigente Medico per individuare in base alla ricategorizzazione del rischio le Imprese assoggettate ed un notevole impegno amministrativo per la predisposizione ed invio delle lettere di informazione con le relative bollette per le tariffe forfettarie e quelle calcolate su base oraria di intervento del personale del SIAN

Azioni PRP 2020-2025

I programmi predefiniti del PRP, in ambito di sicurezza alimentare crea un ulteriore e gravoso impegno degli operatori del servizio protagonisti nei seguenti gruppi di lavoro per:

- Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al cucina nei centri di cottura e nelle mense (MO6OS10), nelle imprese alimentari (MO6OS11), nelle strutture sanitarie (MO6OS 12), per gli operatori del settore alimentare (MO6OS13)
- Sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale per consentire lo scambio delle informazioni tra le autorità e gli enti coinvolti nella materia delle acque destinate al consumo umano (MO5OS11)
- Programma formativo rivolti agli OSA su alimenti idonei a soggetti allergici, intolleranze, con particolare riferimento alla celiachia ed alla prevenzione dei disordini da carenza iodica MO1OS14
- Programma dei controlli sulla disponibilità di sale iodato nei punti vendita e la ristorazione collettiva
- Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all'informazione

PROMOZIONE DELLA SALUTE – CENTRO SCREENING

Screening della mammella

La popolazione target è costituita da 24437 donne di età compresa fra 50 e 69 anni residenti nella ASL Gallura.

Il programma nazionale (Gisma) prevede che si inviti tutta la popolazione target in due anni.

Nel 2023 si programma di raggiungere con invito la metà della popolazione quindi di spedire circa N° 12218 inviti annuali che corrispondono (adesione del 50%) a 6000 mammografie.

I numeri della programmazione 2023 si ripeteranno nel 2024 e 2025.

Screening del Colon

La popolazione target è costituita da n°48815 uomini e donne di età compresa fra 50 e 69 anni

Il programma nazionale (Giscor) prevede che la popolazione sia invitata in due anni.

Nel 2023 si programma di spedire n° 24407 inviti che corrispondono (adesione del 30%) a 8000 test per il sangue occulto da eseguire.

I numeri della programmazione 2023 si ripeteranno nel 2024 e nel 2025.

Lo screening della cervice

La popolazione target residente nella Asl Gallura è costituita da 44756 donne di età compresa fra 25 e 64 anni.

Tale popolazione dovrà essere invitata in tre anni secondo i programmi nazionali (GISCI)

Quindi dal 2023 al 2025 saranno invitate annualmente n. 14918 donne

e considerata l'adesione del 40% saranno eseguiti n° 5967 Pap test annui.

SERVIZIO IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA (SISP)

La programmazione delle attività del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica nel triennio 2023-2025, dovrà inserirsi nella più ampia visione aziendale di salute pubblica "One Health" per un approccio intersettoriale, multidisciplinare e di collaborazione interprofessionale.

PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE E PROFILASSI VACCINALE

Nella prevenzione delle M.I. si darà particolare importanza all'aspetto relativo alla tempestiva trasmissione del flusso dati e alla gestione dei casi e dei contatti, al fine di interrompere rapidamente eventuali eventi epidemici. La diffusione delle informazioni su eventuali situazioni di criticità presenti nel territorio dovrà essere oggetto di particolare attenzione, anche di concerto con le autorità sanitarie locali la cui collaborazione si è rilevata fondamentale negli anni della pandemia SarS Cov2.

La vaccinazione secondo calendario vaccinale comporterà anche il recupero delle vaccinazioni nelle coorti che nell'ultimo biennio non sono state oggetto di chiamate attive; in particolare dovranno essere effettuate campagne vaccinali rivolte sia agli adolescenti 11enni (HPV), 15-16enni (dtPa-Polio e menACWY), che agli anziani (HPZ e PCV). Saranno garantite le vaccinazioni nei gruppi a rischio e nei soggetti fragili che avranno comunque la possibilità di essere vaccinati in tempi rapidi accedendo direttamente ai centri Vaccinali del territorio.

SORVEGLIANZE DI POPOLAZIONE

L'utilizzo a livello nazionale e regionale delle informazioni sanitarie e socio sanitarie ricavate dai sistemi di sorveglianza, definiscono l'importanza che tali sistemi ricoprono per la progettazione di interventi sulla popolazione.

Per la costruzione di un profilo di salute della popolazione, e per dare risposte a bisogni locali, sarà indispensabile l'implementazione dei sistemi di sorveglianza per età (sorveglianza 0-2 anni, HBSC, Passi, Passi d'Argento) e della corretta compilazione del Registro delle Cause di Morte (REnCaM).

AZIONI PRP 2020-2025

L'approccio trasversale sarà l'elemento caratterizzante le tematiche inerenti la promozione della salute e degli stili di vita salutari. Si auspica la creazione di gruppi operativi interservizi, sia dipartimentali che extra dipartimentali, che già negli anni scorsi avevano garantito la possibilità di realizzare interventi sul territorio in materia di prevenzione degli incidenti stradali e degli incidenti domestici nel bambino e nell'anziano.

Con riferimento al programma "Una scuola in Salute" si dovrà riprendere e consolidare quanto, in fase pre pandemica, era stato avviato nella pianificazione degli interventi di Peer Education che erano stati accolti con interesse sia da parte dei docenti che da parte degli studenti e che sono stati interrotti nel marzo del 2020 con la sospensione degli interventi formativi in presenza.

VIGILANZA e PARERI IGIENICO SANITARI

La ripresa delle attività economiche della fase post pandemica ha comportato anche l'incremento degli endoprocedimenti che coinvolgono il SISP con le comunicazioni attraverso la piattaforma regionale SUAPE. Tale attività di esame documentale, ed eventuale rilascio di parere, dovrà essere affiancata da un'azione di vigilanza in particolare "sugli ambienti sensibili" dal punto di vista igienico sanitario quali strutture socio assistenziali, impianti natatori ad uso pubblico, centri estetici, palestre.

Per le strutture convenzionate												
Tipo di Struttura	Tipo Assistenza											
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	attività di laboratorio	attività di consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idrotermale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio Laboratorio		1	5		1					5		
Struttura residenziale						1			4	5	8	1
Struttura semi residenziale										2		
Medico singolo												

	Distretto Olbia	Distretto Tempio Pausania	Distretto La Maddalena	ASL GALLURA
a) Assistenza sanitaria di base:	Numero Medici	Numero Medici	Numero Medici	Numero Medici
Medici di medicina generale	72	24	5	101
Pediatri di libera scelta	12	3	2	17
continuità assistenziale	n°	n°	n°	n°
Punti guardia di continuità assistenziale	16	4	1	21
b) emergenza sanitaria territoriale	n°	n°	n°	n°
n° medici 118				0
Medicina Penitenziaria:	n°	n°	n°	n°
Personale Medico		10		10
Personale sanitario del comparto		5		5

CURE DOMICILIARI		
	2021	2020
N. CASI	756	803
ORE ASSISTENZA INFERMIERISTICA EROGATA	14.900	14.297
N. ACCESSI MMG	3.930	4.442
N.ACCESSI MEDICI SPECIALISTI	4.319	3.954

ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE		
	n. GIORNI 2021	n. GIORNI 2020
RSA	15.147	17.792
CASE PROTETTE	77.885	71.635

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA 2021		
	EROGATE DA PUBBLICO	EROGATE DA PRIVATO
N. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA EROGATI AGLI UTENTI ESTERNI:	890.679	398.422
DI CUI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	41.539	
DI CUI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	68.840	
DI CUI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	53.3382	3.259
DI CUI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA		

FORNITE DATI: ABACO

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA 2020		
	EROGATE DA PUBBLICO	EROGATE DA PRIVATO
N. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA EROGATI AGLI UTENTI ESTERNI:	734.044	268.508
DI CUI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	27.449	
DI CUI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	44.722	
DI CUI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	472.606	1.930
DI CUI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA		

Fonte dati: ABACO

ASSISTENZA RIABILITATIVA		
	2021	2020
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	531	845
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	642	1.770
Riabilitazione residenziale a valenza socio riabilitativa	1.364	1.369
Riabilitazione globale a ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	2.610	2.209
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità a tempo ridotto	0	0
Ambulatoriale intensiva		
Ambulatoriale estensiva	23.082	28.015
Domiciliare	15.684	11.968
Ambulatoriale mantenimento	2.620	1.609
Domiciliare mantenimento	8.110	4.771

CONSULTORIO	Distretto Olbia		Distretto Tempio Pausania		Distretto La Maddalena		ASL GALLURA	
	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020
Numero Ecografie eseguite	545	576	320	393			865	969
Numero Consulenze Psicologiche	600	801	874	669			1.474	1.470
Numero visite								
Area pediatrica	4.398	474	3.255	3.301			7.653	3.775
Area ginecologica	4.784	762	2.984	3.453			7.768	4.215
Area sociale			7				7	
Numero colloqui								
Area sociale		440		58				498
Area adolescenziali	217		31	20			248	20

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE **SERD**

	TOSSICODIPENDENZE	ALCOOLISMO	GIOCO D'AZZARDO	ALTRO
2021	909	154	35	170
2020	896	195	31	174
(Delta %)	1,45%	-21,03%	12,90%	-2,30%

INSERIMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE		
	2021	2020
N. UTENTI INSERITI PER TOSSICODIPENDENZE	32	30
N. UTENTI INSERITI PER ALCOOLDIPENDENZE	13	14
TOTALE	45	44

Anno 2021	Uso Primario	Uso Secondario	Uso per via endovenosa
Amfetamine	19	4	
Ecstasy e analoghi	2	0	
Benzodiazepine	42	141	
Cannabinoidi	87	178	
Cocaina	75	129	8
Eroina	183	62	159
Metadone	38	21	
Morfina	6	3	7
Alcool	154	177	
Altro*	303	270	
Totale	909	985	174

Classi d'età	Nuovi Utenti		Già in carico o rientrati		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
< 15	10	4	7	5	26
15-19	21	6	21	6	54
20-24	26	6	34	10	76
25-29	57	8	89	15	169
30-34	44	15	91	26	176
35-39	57	9	88	26	180
> 40	77	17	108	26	228
Totale	292	65	438	114	909

59

Tipologia di prestazione	Prestazione	Ser.D.
Sanitario	Visite	5.955
	Interventi di prevenzione delle patologie correlate	285
	Esami e procedure cliniche	11.603
Sanitario		17.843
Farmacologico	Somministrazione farmaci e vaccini	23.983
Farmacologico		23.983
Psicosociale	Colloqui di assistenza	916
	Interventi psicoterapeutici	11.080
	Interventi socio/educativi	1.800
	Test psicologici	
	Attività di reinserimento	65
Psicosociale	Accompagnamento paziente	
Psicosociale		13.861
Inserimento in Comunità	Inserimento in comunità'	45
Inserimento in Comunità		45
Altro	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	1.400
	Colloqui di prevenzione	

Tipologia di prestazione	Prestazione	Ser.D.
	Predisposizione/revisione programma terapeutico individuale e negoziazione terapeutica	1.320
Altro		2.720

Personale dedicato all'assistenza degli utenti con problemi di dipendenza per profilo professionale	QUALIFICA	Numero
	MEDICO	5
	DI CUI PSICHIATRI	1
	PSICOLOGO	3
	PERSONALE INFERMIERISTICO	3
	EDUCATORE PROFESSIONALE	0
	OTA/O.S.S.	2
	ASSISTENTE SOCIALE	3
	SOCIOLOGO	0
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	0
	ALTRO	0
TOTALE	17	

CSM

	2021	2020
N. PAZIENTI PRESI IN CARICO	647	522

INSERIMENTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER SOFFERENZE MENTALI		
	2021	2020
N. UTENTI INSERITI IN STRUTTURE RESIDENZIALI	17	17
N. GIORNI DI RICOVERO PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI	3.890	3.571

Gruppo Diagnostico	Utenti in carico 2021							Totale
	Fasce d'età							
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Alcolismo e tossicomanie								
Altri disturbi psichici	53,5	35,7	135,6	64,2	53,5	14,4	-	356,9
Assenza di patologia psichiatrica	-	-	-	-	-	-	-	
Demenze e disturbi mentali organici	-	-	-	-	-	-	10,0	10,0
Depressione	107,1	107,1	35,7	428,4	89,2	17,8		785,3
Diagnosi in attesa di definizione	-	-	-	-	-	-	-	
Disturbi della personalità e del comportamento	124,9	71,4	71,4	35,7	35,7	17,8	-	356,9
Mania e disturbi affettivi bipolari	35,7	107,1	71,4	71,4	53,5	17,8	-	356,9
Ritardo mentale	10,0							10,0
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	249,2	186,9	62,3	62,3	62,3	-	-	623,0
Sindromi nevrotiche e somatoformi	107,1	107,1	71,4	35,7	35,7			357,0
Totale								2.856,0

UONPIA

N. casi per Intensità di Trattamento	Anno	
	2021	2020
Ambulatoriale (prime visite e controllo)	618	150
Residenziale	3	3
Semi residenziale	0	0

N. visite e prese in carico	Anno	
	2021	2020
Prime visite	332	198
Consulenze in Pronto Soccorso	0	0
Consulenze in Pediatria	0	0
Certificazioni	659	310
Diagnosi funzionali	136	89

N. casi per Tipologia di Trattamento	Anno	
	2021	2020
Disturbi del linguaggio	355	120
Disturbi dell'apprendimento	427	210
Disturbi dell'alimentazione	3	0
Ritardo Mentale	100	45
Disturbi dello spettro autistico	70	30
Patologie neurologiche, malformative	10	5

SPDC

Attività di ricovero SPDC	Anno			
	2021		2020	
	M	F	M	F
Ricoveri	118	115	113	109
Riammissione a 30 giorni dalla dimissione	13	15	11	7
TSO totali	16	9	19	10
TSO durante ricovero	13	6	15	9
Contenzioni	35	13	19	6
Giornate di degenza totale	1.081	975	921	942
Consulenze	196	207	174	230

3. Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire

Il quadro epidemiologico emergente, caratterizzato da un aumento della popolazione anziana e delle patologie croniche e degenerative, impone una rimodulazione della rete dei servizi territoriali attraverso una rivalutazione delle sue componenti sanitaria e socio-sanitaria attuando logiche di intervento preventive, precoci e di presa in carico globale del paziente-cittadino. La stessa pandemia da Covid-19 ha confermato e reso più evidenti le criticità strutturali del Sistema sanitario, che potrebbero aggravarsi alla luce dell'accresciuta domanda di cure e alle quali si deve far fronte attraverso il potenziamento delle strutture e dei servizi territoriali.

In tale contesto socio-sanitario, il distretto ha un ruolo strategico di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari, nonché centro di riferimento per l'accesso ai servizi erogati sul territorio. La L.R. 24/2020, all'art. 37 comma 3, stabilisce che "i distretti socio-sanitari costituiscono l'articolazione territoriale dell'ASL e il luogo proprio dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale; essi sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito degli obiettivi posti dall'atto aziendale, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale".

I distretti socio-sanitari, inoltre, "concorrono a realizzare la collaborazione tra l'ASL e i comuni".

Come evidenziato dal patto per la salute il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il 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 territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, basati sulla medicina di iniziativa in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione, per promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare, lo sviluppo e l'innovazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale le nuove risposte ai bisogni sono ricercate nell'organizzazione di un sistema sanitario che si pone l'obiettivo di mantenere le persone in condizione di benessere quanto più possibile, senza sprechi, con efficienza e con percorsi di cura e assistenza erogati nel proprio ambiente di vita e in maniera non frammentaria.

Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza hanno portato progressivamente a una profonda modificazione degli scenari di cura in quanto, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, si è avuto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo; è ormai ampiamente consolidato il consenso sul principio che la sfida alla cronicità è una "sfida di sistema", che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita. Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. La regione che ha la maggiore prevalenza di persone con almeno una patologia cronica è la Sardegna (42,0%). Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Il Distretto è, dunque, l'articolazione territoriale dell'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) e rappresenta un vero riferimento per il cittadino rispetto alla complessità della rete dei servizi, avendo il fondamentale ruolo di facilitatore dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria e di coordinatore dei servizi, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

Il Distretto si conferma comunque come snodo organizzativo e logistico al quale rivolgersi per ricevere una risposta qualificata in relazione ai diversi bisogni di assistenza territoriale, e integrata con la rete di assistenza specialistica e ospedaliera.

Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo.

In quest'ottica si pone la legge n. 135/2012 che ha previsto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Ciò rende necessario potenziare le formule alternative al ricovero e valorizzare la rete specialistica ambulatoriale, in un quadro di differenziazione di livelli erogativi articolati sulla base dell'effettivo potenziale di gestione della complessità.

L'Assistenza Territoriale o Assistenza Primaria - traduzione inglese di *Primary Care* - rappresenta la prima porta d'accesso ad un sistema sanitario. Essa costituisce l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come:

"l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone".

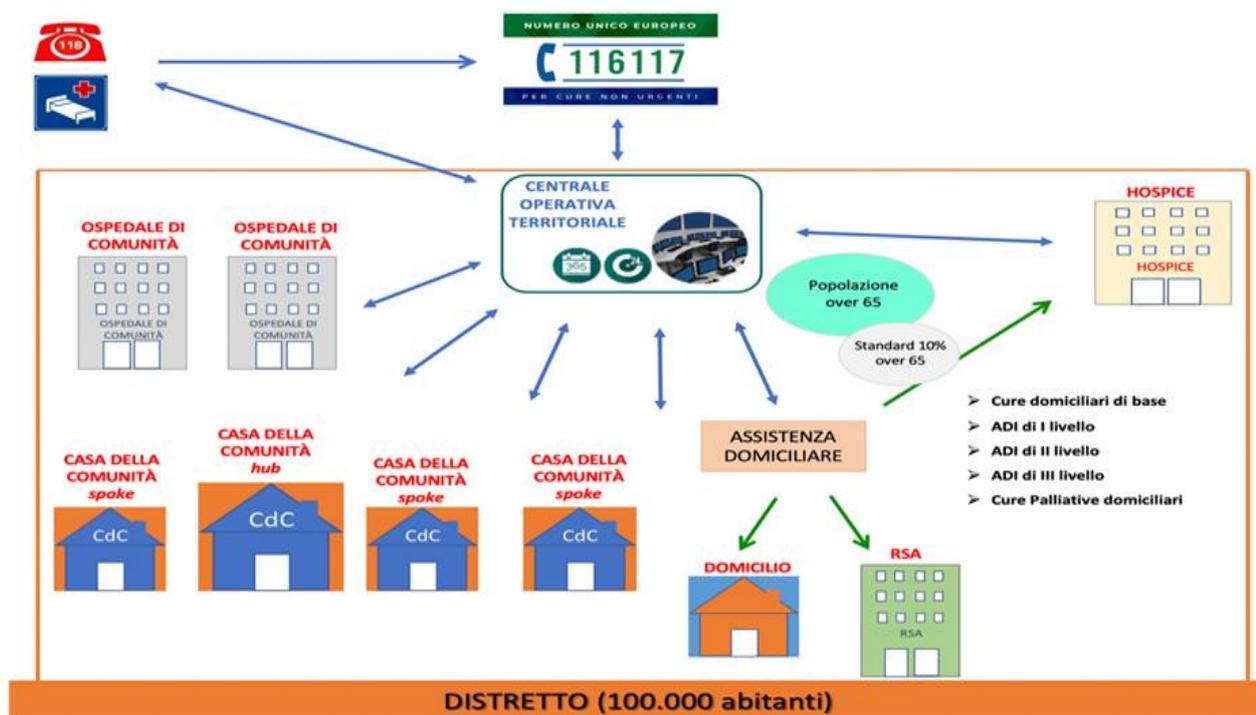
Il recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) fornisce utili strumenti gestionali e cospicue risorse finanziarie per affrontare in maniera sinergica gli aspetti critici di natura strutturale del Sistema sanitario. La strategia del PNRR si articola in specifici ambiti di intervento con il dettaglio delle misure da attuare attraverso l'utilizzo delle risorse messe a disposizione per la sua implementazione. Gli ambiti di intervento del PNRR si declinano in due componenti:

- reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
- innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario.

Il nuovo assetto istituzionale e organizzativo, che verrà declinato a livello regionale, prevede un modello assistenziale basato sul rafforzamento dei servizi territoriali, valorizzando il ruolo del cittadino-paziente, integrando i servizi sanitari in un approccio "one health" incentrato sul rafforzamento dei servizi sanitari locali, per una presa in carico olistica che tenga conto delle preferenze e delle esigenze della persona.

La previsione dei nuovi assetti organizzativi distrettuali sono finalizzati a costituire un modello organizzativo di integrazione tra sanitario e sociale, quale luogo di prevenzione e promozione della salute e della partecipazione della comunità per la cui governance si rende necessario la

costruzione di un "patto istituzionale" tra Regione, ASL e Enti locali/Comuni del territorio nel quale siano ribaditi gli obiettivi comuni coerenti con una visione condivisa.



Organizzazione di un Distretto ideale/tipo di 100.000 abitanti di un'area urbana.¹

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono orientate alla pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali attraverso:

- o **lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento;**
- o **l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;**
- o **all'integrazione ospedale-territorio e al potenziamento di forme alternative al ricovero;**
- o **potenziamento delle cure domiciliari integrate;**
- o **riorganizzazione della rete delle strutture territoriali per la salute mentale e le dipendenze;**
- o **riqualificazione dell'assistenza specialistica con l'obiettivo prioritario di ridurre le liste d'attesa.**

Case della Comunità

La Casa della Comunità è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La Casa della Comunità promuove un modello organizzativo di approccio integrato e

¹ Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN

multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione ed l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. Si prevedono delle Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

La Casa della Comunità (CdC), così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale il cittadino può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Le Case della Comunità promuovono un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sedi privilegiate per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Comunità, altri professionisti della salute, quali ad esempio Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della Riabilitazione e Assistenti Sociali, anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali del comune di riferimento.

Il recente PNRR, tramite l'investimento 1.1) promuove l'attivazione delle **"Case della Comunità e presa in carico della persona"** quale strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici, allo scopo di potenziare e riorganizzare i servizi migliorandone la qualità. La Casa della Comunità è una struttura fisica in cui operano i team multidisciplinari di MMG, PLS, medici specialistici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e altri professionisti della salute, e che prevede al suo interno un servizio dedicato alla raccolta del bisogno da parte del cittadino (Sportello Unico di Accesso - SUA) e alla sua valutazione multidimensionale (Unità di Valutazione Territoriale - UVT), oltre ai servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari. I MMG e i PLS possono svolgere le attività ambulatoriali presso le Case della Salute in appositi spazi dedicati, mantenendo comunque la capillarità territoriale dei loro ambulatori.

Le Case della salute, afferenti al distretto, sono luoghi dove l'integrazione socio-sanitaria è pensata in modo da non essere solo funzionale, ma anche strutturale e fisica, con la condivisione degli spazi e la promozione del lavoro di équipe multidisciplinare.

Come sancito dall'art. 44, comma 2, della L.R. 24/2020, "Le case della salute operano per conseguire i seguenti obiettivi

- appropriatezza delle prestazioni attraverso percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, presa in carico globale e orientamento di pazienti e famiglie;
- riconoscibilità e accessibilità dei servizi;
- unitarietà e integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- semplificazione nell'accesso ai servizi integrati"

I principali obiettivi strategici da conseguire nel triennio sono orientati a garantire:

- **L'attivazione di 9 case della comunità nei seguenti comuni:**

PROGETTO PNRR	DESCRIZIONE
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_BERCHIDDA	CUP:I72C22000240006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA', COMUNE DI BERCHIDDA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_OLBIA	CUP:I92C22000270006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI OLBIA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_S.TERESA	CUP:I32C22000260006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI SANTA TERESA DI GALLURA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_TEMPIO	CUP:I52C22000310006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI TEMPIO PAUSANIA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_MADDALENA	CUP:I62C22000190006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI LA MADDALENA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_BUDDUSO	CUP:I62C22000180006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI BUDDUSO'
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_S.TEODORO	CUP:I92C22000280006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI SAN TEODORO
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_ARZACHENA	CUP:I42C22000170006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI ARZACHENA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_TRINITA	CUP:I92C22000290006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA', COMUNE DI TRINITA' D'AGULTU E VIGNOLA

- o **Presenza d'atto delle "Linee guida regionali sulle Case della comunità" con il dettaglio dei requisiti organizzativi, funzionali e strutturali, nonché i criteri di eleggibilità dei pazienti e le modalità di presa in carico;**
- o **Monitoraggio sulla corretta applicazione delle "Linee guida regionali sulle Case della comunità" con la predisposizione di report periodici sulle attività e sulle prestazioni erogate dalle Case della comunità;**
- o **Monitoraggio sullo stato di realizzazione delle Case della comunità, con riferimento alla loro dislocazione sul territorio, al modello organizzativo e al monitoraggio degli accessi.**

Ospedale di comunità

A livello regionale, la legge di riforma sanitaria n. 24/2020, ai sensi dell'art. 45, comma 1, ha istituito l'Ospedale di comunità (OsCo), *"al fine di garantire adeguati livelli di cura per tutte le persone che non hanno necessità di ricovero in ospedali per acuti, ma che hanno comunque bisogno di un'assistenza sanitaria protetta che non potrebbero ricevere a domicilio, e limitatamente a periodi di tempo medio-brevi"*. Spetta alle istituende Aziende socio-sanitarie locali organizzare, *"nell'ambito della programmazione e delle specifiche linee-guida regionali, uno o più ospedali di comunità, anche mediante la ristrutturazione della rete ospedaliera e la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti oppure attraverso l'utilizzo di idonee strutture extraospedaliere"*.

L'Ospedale di Comunità opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari ed è necessario prevedere procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale, valorizzando soprattutto la funzione di coordinamento e raccordo delle **COT**.

A livello nazionale, il PNRR attraverso l'investimento 1.3) prevede il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia mediante l'attivazione e il potenziamento dell'Ospedale di Comunità, a gestione prevalentemente infermieristica, mettendo a disposizione ingenti risorse economiche che verranno erogate a seguito della predisposizione, a livello regionale, di successivi atti attuativi.

I principali obiettivi strategici da conseguire nel triennio sono orientati a garantire:

- o Lo sviluppo e l'implementazione dell'ospedale di comunità che svolge la funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, al fine di evitare i ricoveri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei ai bisogni di cura dell'assistito e più prossimi al domicilio;
- o **l'attivazione di 2 Ospedali di Comunità** nei presidi ospedalieri Paolo Dettori di Tempio Pausania e Paolo Merlo di La Maddalena:

PROGETTO PNRR	DESCRIZIONE
PNRR_M6C1_A2_1.3_OSP_TEMPIO	CUP:I52C22000290006 - M6C1 Int. 1.3-PNRR OSPEDALE DI COMUNITA', PAOLO DETTORI, COMUNE DI TEMPIO PAUSANIA
PNRR_M6C1_A2_1.3_OSP_MADDALENA	CUP:I62C22000170006 - M6C1 Int. 1.3-PNRR OSPEDALE DI COMUNITA', PAOLO MERLO, COMUNE DI LA MADDALENA

- o l'attivazione dei **posti letto**;
- o rispetto dei requisiti autorizzativi e di accreditamento;
- o attivazione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni.

Riorganizzazione delle cure primarie

Un importante ambito di rinnovamento del Servizio sanitario regionale si riferisce alla riorganizzazione delle cure primarie, delle quali va accelerato il riassetto organizzativo e funzionale che tenda ad un maggiore coinvolgimento dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS), e l'istituzione, ai sensi della citata L.R. 24/2020, in via sperimentale, del Dipartimento di Psicologia delle Cure Primarie (art. 37, c. 2, lett. b).

L'obiettivo che si intende perseguire è quello di potenziare le cure primarie per adeguarle alla mutata realtà socio sanitaria, attuando il passaggio dalla "medicina di iniziativa" alla "medicina di prossimità", il più vicino possibile ai bisogni dei cittadini. Occorre avviare il graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme più aggregate ed integrate di organizzazione del lavoro, che consentano, se possibile in sedi uniche, di offrire risposte ai bisogni di salute dei cittadini. Le medicine di gruppo e i team multiprofessionali dell'assistenza primaria rappresentano il punto di riferimento per la comunità a livello territoriale e il luogo di "primo contatto" per l'assistito.

Con il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa, i servizi dovranno essere proattivamente indirizzati verso l'assistenza alle persone con bisogni complessi come i malati cronici e gli anziani fragili, inserendo gli assistiti in percorsi di presa in carico globale e integrata. I principali obiettivi strategici da conseguire nel triennio sono orientati a garantire:

- o **Attuazione del progetto «Sistema Informativi Cure Primarie- SICP» - Realizzazione Portale di Accesso alle Cure Primarie (Soluzioni software di supporto alle Cure Primarie, PDTA e telemedicina) nel ASL GALLURA;**
- o **Riorganizzazione delle cure primarie attraverso il riassetto organizzativo e funzionale che tenda ad un maggiore coinvolgimento dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS);**
- o **sviluppo dei sistemi di telemedicina che consentano una maggiore interconnessione tra i professionisti a vantaggio dei bisogni dei pazienti;**

- ***Graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme più aggregate ed integrate di organizzazione del lavoro, che consentano, se possibile in sedi uniche, di offrire risposte ai bisogni di salute dei cittadini.***

Infermiere di famiglia

L'introduzione dell'Infermiere di Comunità (IFeC) (DL n. 34/2020, art. 1 c. 5, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77, e le "Linee di Indirizzo Infermiere di Famiglia/Comunità" della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità è il professionista che mantiene il contatto con l'assistito della propria comunità in cui opera e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'infermiere di comunità interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'infermiere di comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale.

I principali obiettivi strategici da conseguire nel triennio sono orientati a garantire l'individuazione dello Standard di:

- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti.

Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA)

L'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA), prevista dalla normativa di gestione dell'emergenza sanitaria dovrebbe essere confermata e riconfigurata, in un'équipe composta da almeno 1 medico ed 1 infermiere che opera sul territorio anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza). Al fine di svolgere la propria attività l'USCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. L'équipe USCA può essere eventualmente integrata con altre figure professionali, sanitarie e sociosanitarie. L'USCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet con tecnologia cloud computing al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati in telemedicina; deve essere dotata inoltre di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

La sede operativa dell'USCA è la Casa della Comunità *hub* alla quale afferisce anche dal punto di

vista organizzativo.

I principali obiettivi strategici da conseguire nel triennio sono orientati a garantire l'individuazione dello Standard di:

- o **almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 10000 abitanti.**

La Centrale Operativa Territoriale

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale (COT) è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La centrale operativa territoriale assolve funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- o Coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).
- o Coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale.
- o Tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.
- o Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.
- o Monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse o di emergenza, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la CO Regionale 116117.

La dotazione di personale infermieristico per ogni COT dovrebbe essere di 5 infermieri/IFeC per un distretto standard di 100.000 abitanti. La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore infermieristico unico a livello aziendale.

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate all':

- o **Attivazione di 2 Centrali operative territoriali COT** nei comuni di Olbia e Tempio Pausania:

PROGETTO PNRR	DESCRIZIONE
PNRR_M6C1_A2_1.2.2_COT_OLBIA	CUP:I92C22000260008 - M6C1 Int. 1.2.2-PNRR - CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE-COMUNE DI OLBIA
PNRR_M6C1_A2_1.2.2_COT_TEMPIO	CUP:I52C22000300008 - M6C1 Int. 1.2.2-PNRR - CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE-COMUNE DI TEMPIO PAUSANIA

Attività di specialistica ambulatoriale e Governo Liste D'attesa

La gestione delle prestazioni ambulatoriali e delle liste d'attesa è un obiettivo strategico per tutte le Aziende del sistema sanitario regionale, tanto che è stato richiamato anche nella L.R. n. 17/2016 la quale dispone che i direttori siano sottoposti a verifica annuale e il mantenimento degli incarichi conferiti è correlato al raggiungimento degli obiettivi secondo le modalità previste dalla normativa vigente in materia di valutazione di incarichi dirigenziali; nella valutazione costituisce elemento prioritario la capacità di gestione delle liste di attesa.

A fronte di una domanda di servizi crescente, si rileva la necessità di migliorare l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni e di individuare i bisogni, anche inespressi, e le difficoltà che limitano l'accesso ai servizi. Si ha una consapevolezza sempre maggiore che la fruibilità dei servizi sanitari sul territorio, in particolare per coloro che popolano le zone più interne, non sia uguale per qualsiasi tipologia di cittadino/utente e ciò accresce la volontà di intervenire concretamente per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari su tutto il territorio di riferimento.

L'ASL GALLURA intende implementare un governo della domanda basato su principi di appropriatezza clinica e organizzativa che abbia come strategia il potenziamento della gestione delle liste di attesa e il corretto utilizzo delle classi di priorità. Il concetto di priorità, attualmente legato alla gestione, tra le altre, delle prestazioni ambulatoriali e degli interventi chirurgici ambulatoriali programmati, è uno strumento che ha come obiettivo quello di rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, mediante accessi differenziati, in relazione alla classe di priorità, collocando il cittadino al centro del processo di cura attraverso lo strumento della presa in carico globale.

La strategia di contenimento dei tempi di attesa che l'azienda intende implementare prevede che ciascuna agenda venga ripartita in classi di priorità, in ognuna delle quali sono distribuiti i posti complessivamente disponibili, secondo percentuali stabilite a priori e modificabili secondo l'andamento della domanda.

Nella gestione del governo della domanda e delle liste di attesa riveste un ruolo fondamentale sia il sistema di gestione delle prenotazioni che della presa in carico, in quanto consente l'incontro tra la domanda, ovvero il bisogno di salute della popolazione, e l'offerta di prestazioni sanitarie, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Il sistema di gestione così articolato consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la

domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscono informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva della specialistica ambulatoriale, così come disposto dalla normativa nazionale, l'accesso alle prestazioni sanitarie, da parte del cittadino, si realizza con l'inserimento della relativa richiesta nelle liste di attesa secondo le classi di priorità indicate sulla ricetta. I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici erogatori delle prestazioni sanitarie rivestono un ruolo centrale nell'utilizzo di modalità organizzative basate sulla selezione delle priorità. Il medico di medicina generale, inoltre, concorre al processo di governo della domanda attraverso l'analisi dei bisogni, la scelta clinico-terapeutica e l'individuazione di un percorso assistenziale efficace e appropriato. Sulla base delle corrette indicazioni cliniche, le classi di priorità rappresentano un valido strumento per assegnare il corretto tempo di accesso alle prestazioni sanitarie e il regime organizzativo più adatto. Al fine di raggiungere questo obiettivo, il medico prescrittore deve indicare obbligatoriamente su tutte le prescrizioni le seguenti indicazioni:

- le informazioni anagrafiche del cittadino;
- le prestazioni prescritte;
- il quesito diagnostico;
- la tipologia di accesso ("prima visita/esame/accesso" oppure "accesso successivo");
- la classe di priorità con la specifica indicazione del codice di priorità (U, B, D, P) solo per la prima visita/esame/accesso

L'ASL GALLURA attraverso il Piano Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di attesa (PAGLA) declina a livello aziendale quanto disposto dal Piano regionale, prevedendo attività sistematiche e continuative di valutazione dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, al fine di uniformare i comportamenti prescrittivi, in riferimento ai seguenti fattori:

- utilizzo sistematico delle classi di priorità, sulla base delle corrette indicazioni cliniche;
- presenza del quesito diagnostico;
- corretta indicazione dei primi accessi e degli accessi successivi.

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prestazioni strumentali di primo accesso, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono invece escluse dal monitoraggio tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva (screening), le prestazioni erogate nei consultori e in contesti assistenziali diversi.

L'ASL GALLURA con delibera del Direttore Generale n.60 del 28/03/2022 ha adottato inoltre il Piano Operativo di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo dell'emergenza pandemica da SARS-COV 2. Il suddetto Piano è finalizzato al recupero dei ricoveri, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di screening, non erogati nel periodo dell'emergenza pandemica Covid-19.

A causa della Emergenza pandemica, in ottemperanza alle disposizioni ministeriali, regionali e aziendali, al fine del contenimento della diffusione dell'infezione, tutta l'attività programmata che

non rivestiva carattere di urgenza/emergenza, è stata sospesa temporaneamente, interrompendo di fatto, sia la prenotazione che l'erogazione di tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali con codice di priorità D e P.

La produzione di prestazioni ospedaliere per acuti, erogate nel Presidio Ospedaliero Unico dell'ASL Gallura, nel 2020 ha subito una riduzione di circa il 30% rispetto all'anno 2019, in cui l'attività di ricovero era a pieno regime, l'attività di Screening ha subito una riduzione in termini di inviti inoltrati e di accertamenti diagnostici effettuati e il volume di prestazioni ambulatoriali erogate nell'ambito delle strutture dell'Asl Gallura, ha subito una riduzione di circa il 44% rispetto all'anno 2019, in cui l'attività veniva erogata a pieno regime. Tale riduzione è dovuta oltre che all'effetto della forte pressione della pandemia nelle strutture pubbliche, anche all'elevata percezione del rischio infettivo da parte degli utenti che potrebbe aver comunque scoraggiato il ricorso alle prestazioni.

Le specialità ambulatoriali che hanno maggiormente risentito della riduzione sono le branche di cardiologia, anestesia, endocrinologia, endoscopia digestiva, oculistica, nefrodialisi, pneumologia e diagnostica per immagini.

Il Piano Operativo di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate nel periodo dell'emergenza pandemica da SARS-COV 2 ha pianificato l'attività straordinaria delle tre categorie di prestazioni a maggiore priorità di recupero, riferibili alle seguenti azioni:

- 1) AZIONE 1 Ricoveri chirurgici programmati (ranking per classi di complessità e priorità al ricovero);
- 2) AZIONE 2 Prestazioni afferenti alle campagne di screening oncologico (inviti e prestazioni diagnostico-terapeutiche);
- 3) AZIONE 3 Prestazioni ambulatoriali (prime visite e visite di controllo, chirurgia ambulatoriale, prestazioni monitorate dal PNGLA, esigenze regionali);

Per garantire la governance delle liste di attesa, in linea con le indicazioni della Regione Sardegna, l'ASL GALLURA prevede un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa, dei volumi di prescrizione per tipologia e dell'appropriatezza prescrittiva, per la gestione di eventuali criticità e al fine di garantire a tutti gli assistiti un accesso equo alle prestazioni sanitarie.

È in via di definizione l'adozione della soluzione informatica denominata "Clinika VAP" con l'obiettivo di consentire una valutazione oggettiva e continua dei comportamenti prescrittivi dei medici attraverso il monitoraggio dei volumi prescrittivi, la qualità delle indicazioni cliniche riportate dai medici, l'appropriatezza delle indicazioni cliniche rispetto agli scenari prescrittivi fissati dai RAO che consentirà più nello specifico di:

- effettuare automaticamente e sistematicamente la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (rispetto ai RAO/Linee guida) delle ricette dematerializzate relative a Visite Specialistiche ed Esami Diagnostici.
- Monitorare costantemente i comportamenti prescrittivi dei medici ed ottenere evidenze utili per identificare le varie aree di criticità e definire di conseguenza gli interventi da attuare.

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate a perseguire i seguenti obiettivi.

- **progressiva riduzione dei tempi di attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie;**
- **potenziamento delle liste di attesa e il corretto utilizzo delle classi di priorità;**
- **implementazione di forme di integrazione dei dati sanitari con i diversi attori coinvolti nel processo di cura che condividono le informazioni sanitarie del paziente, al fine di offrire servizi territoriali integrati di assistenza primaria (obiettivo comune al Piano della Cronicità).**

L'Assistenza Domiciliare

L'Assistenza Domiciliare è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Vanno tenute distinte le forme di ADI dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino.

Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello). Consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Il servizio di assistenza domiciliare è organizzato 7 giorni su 7 dalle 07.00 alle 21.00. La programmazione degli accessi infermieristici a domicilio dovrà essere sviluppata nell'arco dell'intera settimana (ossia 7 giorni su 7), tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti. Il servizio di cure domiciliari potrà essere integrato con prestazioni di telemedicina da remoto - televisita, telemonitoraggio, teleriabilitazione, teleassistenza, teleconsulto - grazie alla dotazione tecnologica di operatori e pazienti con strumenti che favoriscano l'implementazione della telemedicina nei suoi diversi aspetti.

L'integrazione delle funzioni dei servizi di assistenza domiciliare con altri servizi assistenziali distrettuali che rispondono ai bisogni della persona assistita a domicilio avviene grazie al ruolo di coordinamento e raccordo della COT.

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate alla progressiva presa in carico:

- **10% della popolazione over 65.**

L'Assistenza Riabilitativa

La riabilitazione costituisce il terzo pilastro del Servizio sanitario che completa le attività volte a tutelare la salute dei cittadini. La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione.

Secondo quanto previsto dalle Linee guida del 1998, dal Piano di indirizzo per la riabilitazione del 2011 e dalle "Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" del 2021, l'attività riabilitativa può essere erogata in:

- regime di ricovero, ordinario o diurno (day hospital);
- regime di assistenza specialistica ambulatoriale/day service presso ambulatori di medicina fisica e riabilitazione;
- ambito dell'assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale.

La riabilitazione territoriale è erogata nell'ambito dell'assistenza distrettuale.

L'obiettivo dell'ASL GALLURA è quello di adeguarsi al percorso avviato dalla Regione con la DGR n. 7/3 del 26.02.2020 con la quale si è provveduto all'allineamento delle prestazioni ai nuovi Livelli essenziali di assistenza, alla ridefinizione delle tariffe e a recepire le indicazioni per l'avvio di un programma di azioni e di un percorso assistenziale finalizzato all'appropriatezza prescrittiva, alla definizione di criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni ed al monitoraggio sistematico del sistema prescrittivo ed erogativo.

L'ASL GALLURA, pertanto, intende attuare un percorso di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza riabilitativa territoriale caratterizzando il distretto sanitario come il luogo della presa in carico del paziente e della continuità assistenziale ospedale-territorio.

L'offerta riabilitativa territoriale include i seguenti interventi:

- riabilitazione ambulatoriale;
- riabilitazione domiciliare;
- riabilitazione in strutture semiresidenziali e residenziali.

La riabilitazione sociosanitaria è un importante nodo della rete territoriale; l'accesso ai trattamenti socio-riabilitativi deve essere preceduto dalla valutazione multidimensionale dei bisogni riabilitativi e assistenziali del paziente, effettuata da parte dell'Unità di valutazione territoriale (UVT) e autorizzato dall'Azienda sanitaria di residenza.

La UVT elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI) ed, a seconda del bisogno di cura individuato, attiva il servizio specializzato per la riabilitazione ed elabora un Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato condiviso con la famiglia e, quando possibile, con l'assistito.

L'integrazione funzionale tra l'assistenza riabilitativa con gli altri servizi assistenziali distrettuali avviene grazie al coordinamento e raccordo delle COT di Olbia e Tempio Pausania.

La Rete di Cure Palliative

La Legge n. 38/2010 tutela il diritto del malato ad accedere, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, alle cure palliative e alla terapia del dolore, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le cure palliative come *"un approccio integrato in grado di migliorare la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della*

sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale.”

La Regione Sardegna ha formalmente recepito l’Intesa Stato Regioni del 2012 istituendo la rete delle cure palliative (delibera 33/32 del 08.08.2013) e della terapia del dolore (delibera 5/31 del 11.02.2014; ha istituito il “Coordinamento Regionale per le cure palliative”, col compito di monitorare la rete per garantire l’erogazione di livelli uniformi di assistenza a livello regionale, successivamente ridefinito nella sua composizione e nei compiti con Decreto n. 6 del 27.01.2015. Nell’ambito dei lavori del coordinamento regionale è stato stimato che ogni anno muoiano in Sardegna circa 4.800 pazienti per patologia oncologica (di questi il 90% necessiterà di cure palliative); se a questi si sommano i pazienti affetti da malattie non oncologiche, ma che rientrano a pieno titolo nella rete, il numero di malati che necessitano di cure di fine vita è stimato in circa 8 mila. Sulla base delle considerazioni espresse, la Regione Sardegna ha ravvisato l’opportunità di rivedere e completare l’attuale organizzazione della rete regionale cure palliative nella logica di una maggiore capacità di intercettare gli assistiti che necessitano di cure palliative, assicurando così ai malati e alle loro famiglie una migliore qualità assistenziale.

Con la DGR n.3/19 del 15.01.2019 sono state adottate le linee di indirizzo per il rafforzamento della Rete di cure Palliative della Regione Sardegna. La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), come previsto dall’Accordo Stato Regioni del 2012 è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali. Le reti locali regionali sono tre e si articolano in altrettanti ambiti territoriali o zone che comprendono rispettivamente le seguenti aree socio-sanitarie locali:

- la Zona Nord, comprende le ASL di Sassari e Gallura;
- la Zona Centro, comprende le ASL di Nuoro, Oristano e Ogliastra;
- la Zona Sud, comprende le ASL del Medio Campidano, Sulcis-Iglesiente, Cagliari e Città metropolitana di Cagliari.

La rete di assistenza ai pazienti di fine vita è costituita da un’aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali, ospedalieri, sanitari e sociali, che assicuri un modello di intervento di cure palliative flessibile articolabile e trasversale.

La Rete assicura:

- appropriatezza, tempestività, coordinamento e continuità dell’assistenza socio sanitaria;
- facilitazione accesso alle cure;
- monitoraggio degli assistiti e delle prestazioni;
- miglioramento compliance del paziente;
- implementazione dell'alleanza terapeutica.

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

La Rete deve assicurare il passaggio da un setting assistenziale ad un altro, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale con procedure formalizzate che definiscono le modalità di transizione e gli strumenti, favorendo la logica della "presa in carico".

Le finalità della rete di cure palliative sono sostanzialmente le seguenti:

- intercettare tempestivamente i malati che necessitano di cure palliative con qualunque patologia;
- privilegiare l'accesso alle cure palliative domiciliari e in hospice, riducendo il ricorso all'ospedalizzazione;
- garantire la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali.

La governance della Rete Locale di Cure Palliative, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, ad un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore. La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente agisce, pertanto, sul territorio assicurando l'erogazione dell'assistenza:

- nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso un servizio specialistico di Medicina e Cure palliative che eroga consulenza al letto del paziente, attivazione dei percorsi di cure palliative, attività in ambito specialistico ambulatoriale e ricovero in regime diurno;
- a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale (Unità di Cure Palliative - UCP), a supporto del medico di medicina generale, ogni 100.000 abitanti, per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale équipe può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con le équipe dell'assistenza domiciliare integrata;
- all'interno di strutture di ricovero dedicate, l'Hospice, con almeno 10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

CHRONIC CARE MODEL

La Asl Gallura si trova oggi impegnata in un profondo processo di riorganizzazione dei *Processi di Presa in Carico dei pazienti, in particolar modo di quelli con malattie croniche*. L'obiettivo fondamentale che si intende raggiungere è quello di riportare il Paziente e il Cittadino al centro dei processi assistenziali, di cura e prevenzione, nel pieno rispetto della sostenibilità finanziaria del sistema. Il Piano Nazionale Cronicità (PNC 15/9/2016) promuove interventi sanitari basati su un approccio centrato sul paziente, propone una migliore organizzazione dei servizi sanitari e spinge per una forte integrazione tra le cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, sin dalle fasi iniziali della presa in carico del paziente stesso.

Nella Regione Sardegna, alcuni provvedimenti legislativi tra cui *l'Area tematica n.5 del Piano di rientro-Anni 2016-2018 (Delib. G.R. n 63/24 del 15.12.2015)* e *le Linee d'indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie (Delib. G.R. n. 60/2 del 02.12.2015)* evidenziano come l'attuale organizzazione dell'assistenza territoriale non riesca ad affrontare in maniera organica la complessità delle cure e, perciò, non rappresenti a tutt'oggi una valida e appropriata alternativa all'assistenza ospedaliera.

L'ASL GALLURA intende perseguire la presa in carico globale della persona con malattia cronica nelle fasi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, attraverso l'uso equo, rispettoso e giusto delle risorse necessarie sia umane, sia strumentali, sia economiche.

Inoltre, considerata l'importanza di un approccio integrato sociosanitario, si cerca di garantire il corretto coordinamento delle attività distrettuali e ospedaliere, dell'integrazione territorio-ospedale, dei distretti, della rete regionale dell'emergenza e ospedaliera, in una visione coordinata del sistema delle strutture pubbliche e private accreditate.

I modelli per la gestione della malattia cronica di riferimento sono quelli riconosciuti e citati in tutti i documenti di pianificazione sanitaria e originano dal *Chronic Care Model* nato negli anni '90, si evolvono con i programmi di *Disease Management* finalizzati al controllo della domanda attraverso il governo clinico della malattia, per giungere alle più recenti visioni di *Population Health Management* (PHM), che spostano il focus dell'organizzazione dall'individuo alla popolazione e introducono nuovi metodi per l'analisi della domanda generale.

La strategia riorganizzativa Aziendale, come già attuato in regioni come il Veneto, si fonda pertanto sull'uso di *strumenti di gestione, misura, analisi, equivalenti ai DRG ospedalieri, per valutare le attività assistenziali partendo dal paziente, dalle sue comorbidità, piuttosto che dalle mere prestazioni e dai costi.*

Il Piano per la Cronicità intende infatti valutare l'efficacia (effectiveness), il costo-efficacia (cost-effectiveness) e la sostenibilità dell'assistenza confrontando i propri percorsi assistenziali (PA) con quelli per cui sono disponibili linee guida e buone prassi cliniche validate. Per il raggiungimento di tali obiettivi l'innovazione digitale e la gestione accentrata delle reti informatiche, delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione rappresentano una leva strategica per l'ASL GALLURA che sta affrontando in questi anni una profonda trasformazione dei processi di erogazione dei propri servizi sanitari.

Infine, a completamento di tale processo di trasformazione e di riorganizzazione, l'ASL GALLURA pone un particolare *focus sul Servizio di Continuità Assistenziale*, i cui operatori dovranno realizzare sinergie importanti con i MMG e i PLS nel governo non solo della cronicità, ma anche dei bisogni a bassa e media complessità, evitando che l'utente si rivolga all'Ospedale per patologie non urgenti e differibili.

La *riorganizzazione del servizio* è finalizzata a garantire tempestività delle risposte ed equità nell'accesso a tutti i cittadini, in modo da assicurare un'effettiva continuità dell'assistenza rispetto ai medici di assistenza primaria ed anche al Sistema di Emergenza Territoriale 118 (SET 118). Attualmente il Servizio di Continuità Assistenziale presenta delle *importanti criticità* tra cui l'insufficiente appropriatezza delle prestazioni erogate e la mancanza di meccanismi di filtro (o triage) delle richieste degli assistiti che espongono il medico dei "punti guardia" alla possibilità di richiesta inappropriata. Inoltre, il livello di qualità percepita dalla utenza non è soddisfacente in relazione alle aspettative per cui si crea il fenomeno del ricorso inappropriato al Pronto Soccorso e al SET 118. Infine, l'attuale assenza di utilizzo delle forme associative tra i medici di assistenza primaria, le Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) nell'erogazione delle attività, limita l'effettiva continuità della presa in carico globale degli assistiti. Pertanto, il processo di riorganizzazione che s'intende attuare sul territorio tiene conto sia di tali criticità sia dell'ottimizzazione nell'utilizzo

delle risorse, ponendo, in un sistema di rete e circolarità, gli operatori del servizio di continuità assistenziale in modo da realizzare le necessarie e opportune sinergie con i MMG/PLS e la rete dell'emergenza- urgenza. La riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale, in fase di definizione, terrà conto dei volumi di attività sanitaria giornalieri e annui, della rete viaria e della percorribilità delle strade, della dislocazione territoriale delle postazioni del 118, della presenza sul territorio delle istituende Case della Salute e degli Ospedali di Comunità ma soprattutto dell'attivazione del Numero Unico Europeo armonizzato a valenza sociale 116117. I modelli di applicazione del Chronic Care Model assistenziali hanno in comune molti elementi, tra i quali:

1. Il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva".
2. Un'assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale.
3. Il riconoscimento che le cure primarie devono essere il punto centrale (Hub) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema.
4. L'erogazione di un'assistenza focalizzata sui bisogni individuali della persona, nel suo specifico contesto sociale.
5. La presenza di sistemi informativi evoluti.
6. Poter far leva sulla partecipazione comunitaria.
7. Investire sull'auto-gestione dei pazienti e dei caregivers.
8. Disporre di linee guida in grado di tener conto della co-morbilità.
9. Basarsi su team multi-professionali che puntano al miglioramento continuo.

Obiettivo perseguito nell'area di riferimento è la presa in carico globale della persona con malattia cronica nelle fasi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, attraverso l'uso equo, rispettoso e giusto delle risorse necessarie sia umane, sia strumentali, sia economiche. Inoltre, considerata l'importanza di un approccio integrato sociosanitario, l'obiettivo è di garantire il corretto coordinamento delle attività distrettuali e ospedaliere, dell'integrazione territorio-ospedale, dei distretti, della rete regionale dell'emergenza e ospedaliera, in una visione coordinata del sistema delle strutture pubbliche e private accreditate.

La Gallura ha un indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, che risulta pari a 188,1%, valore inferiore rispetto a quello regionale (231,5%), ma superiore a quello nazionale (182,6). La conseguenza diretta è che la popolazione ultra 65 enne porta con sé le patologie croniche. Lo standard nazionale riferisce una percentuale sulla popolazione generale del 20%. In Gallura la percentuale di ultra65 enni è pari al 23 % e nel distretto di La Maddalena al 26%.

La struttura demografica della popolazione del distretto di La Maddalena comporta la presenza nel territorio di un numero relativamente elevato di malati affetti da patologie croniche, in particolare per quelle malattie nelle quali la prevalenza cresce con l'età quali il diabete, lo scompenso cardiaco cronico, la BPCO, l'ipertensione, e un numero elevato di soggetti portatori di invalidità.

Nella tabella successiva è riportato il numero di soggetti affetti dalle principali malattie croniche nel territorio di La Maddalena estrapolato dalla rilevazione delle esenzioni per patologia.

PATOLOGIA CRONICA	N° PAZIENTI	% POPOLAZIONE
Diabete Mellito	694	6,54
Ipertensione arteriosa	1.382	13,02
Scompenso cardiaco YHA classe III e IV	35	0,33
Cardiopatìa ischemica cronica	90	0,85
Altre patologie cardiovascolari	253	2,38
Insufficienza respiratoria cronica	16	0,15
Altre patologie respiratorie croniche	256	2,41
Patologie neoplastiche maligne oncologici	410	3,86
Malattie reumatologiche	129	1,22
Malattie endocrinologiche	796	7,5
Insufficienza renale cronica	56	0,53
Altre patologie renali croniche	38	0,36
Epatopatie croniche	175	1,65
Patologia cronica apparato gastroenterico	52	0,49
Patologia oculare cronica	134	1,26
Patologia psichiatrica e dipendenze	49	0,46
Dislipidemie	302	2,84
Malattie rare	20	0,19
Malattie ematologiche	20	0,19
Patologia neurologica	116	1,09
Altre patologie croniche	18	0,17

La patologia cronica in Sardegna risente anche di fattori specifici come l'alta prevalenza del diabete e patologie del sangue come la microcitemia e la talassemia.

Nel contesto attuale i pazienti cronici hanno difficoltà ad ottenere una corretta presa in carico e si muovono costantemente tra i MMG per ottenere le prescrizioni diagnostico-terapeutiche e i medici specialisti o le strutture di Diagnosi e Cura. Non esiste un vero e proprio monitoraggio codificato e programmato. Spesso sono i care giver a doversi fare carico di percorsi spesso complessi, lunghi e di difficile accesso. Per questo motivo il legislatore ha deciso di dare una svolta con il DM 77/2022, che ha rivoluzionato l'organizzazione territoriale fissando come punto di riferimento la Sanità di Iniziativa e le Case di Comunità.

Ma ha anche impostato le basi per una revisione significativa di tutta l'attività sanitaria di Bassa Complessità Assistenziale che vede proprio i malati cronici come principali fruitori. È su questo livello che si realizza il vero collegamento funzionale tra ospedale e territorio, dove i malati vengono presi in carico e costantemente seguiti in tutto il loro percorso clinico assistenziale.

Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile

I servizi per la salute mentale, per le dipendenze patologiche e per la neuropsichiatria infantile e l'adolescenza costituiscono la declinazione a livello distrettuale dei servizi afferenti alla rete integrata per la salute mentale presenti in azienda con tre dipartimenti DSMD.

La Salute Mentale è una delle aree sanitarie più complesse poiché il suo perseguimento richiede una stretta integrazione del sistema sanitario con i servizi sociali, la rete relazionale dell'individuo e la società, nonché un notevole coordinamento tra la rete dei servizi sanitari stessi afferenti e non alla rete integrata per la salute mentale.

In tale contesto risulta fondamentale intercettare precocemente il bisogno di Salute Mentale, creando una rete di prossimità che coinvolga i diversi professionisti del settore (Psichiatri,

Infermieri, Terapisti, Neuropsichiatri, Psicologi, Educatori, ecc.), le Case di Comunità (MMG, PLS, Infermieri di Comunità e altre professioni, MCA, Consultori Familiari, ecc.) e la rete territoriale (Scuole, Servizi Sociali, Terzo Settore) e che diffonda la cultura di Salute Mentale di Comunità proattiva e volta all'intervento precoce al verificarsi del bisogno evitando la sua insorgenza o promuovendo il concetto di recupero. Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale evidenzia la necessità di lavorare per progetti di intervento specifici e differenziati sulla base della valutazione dei bisogni delle persone e dell'implementazione di percorsi di cura che sappiano intercettare la domanda di salute e contribuiscano a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipe, i programmi clinici aggiornati offerti agli utenti.

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate alla:

- o **Intercettazione del bisogno di Salute Mentale in stretta collaborazione con MMG, PLS, MCA;**
- o **Gestione integrata tra i professionisti avvalendosi anche di strumenti di telemedicina;**
- o **Accessibilità, presa in carico, continuità delle cure e personalizzazione del percorso di cura;**
- o **Percorsi a differente intensità assistenziale in rapporto ai bisogni di cura;**
- o **Servizi flessibili, orientati sui bisogni delle persone.**

Servizi per la salute della donna e del bambino

Il Consultorio Familiare è la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla prevenzione, consulenza e cura rivolte alla donna, al minore, alla famiglia in senso ampio, in linea con le evoluzioni sociali correnti e al contesto comunitario di riferimento dei predetti.

Il Consultorio Familiare offre servizi per la gestione, fisiologica e problematica, della gravidanza, della genitorialità, del puerperio; risponde alle richieste di interruzione volontaria della gravidanza (IVG) e alle richieste di aiuto nella gestione delle relazionali affettive, sessuali e intra familiari del singolo, della coppia o dell'intero nucleo familiare.

Tre sono i pilastri dell'attività consultoriale:

- salute della donna;
- adolescenti/giovani;
- famiglia/coppia e adozioni.

L'assistenza ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie è spesso integrata da interventi sociali e dalla collaborazione con la rete dei servizi socio-sanitari e sanitari, in relazione al bisogno socio-assistenziale emerso dalla valutazione multi professionale e multidisciplinare effettuata dall'équipe consultoriale. Dal punto di vista logistico, i consultori possono avere sede presso le Case della Comunità, preferibilmente con accesso separato, che deve essere sempre garantito per i servizi dedicati ad accogliere la domanda di disagio giovanile e di aiuto in casi di maltrattamenti e violenza, ai quali deve essere garantita una sede che assicuri la privacy e favorisca l'avvicinamento dell'utenza, soprattutto nelle zone rurali.

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate al:

- o **potenziamento delle politiche di sostegno all'individuo, alla coppia, alla famiglia e genitorialità.**

La Telemedicina

La Telemedicina è una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località

La Telemedicina, quindi, come modalità di erogazione di una prestazione sanitaria a distanza, comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.

L'attivazione degli strumenti di telemedicina, quali la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, la teleassistenza, la telerefertazione o la teleriabilitazione, costituiscono, quindi, una reale opportunità di strutturazione di modelli di gestione integrati, in grado di rispondere sia alle necessità di sistema sia, in un'ottica di medicina d'iniziativa, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021", con particolare riferimento alla gestione della cronicità.

Il Piano Nazionale della Cronicità, afferma l'importanza dell'uso delle tecnologie della sanità digitale, e in particolare la telemedicina e la teleassistenza, per favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona.

Inoltre, al fine di garantire le disposizioni previste dal DPCM del 12 Gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del DL 502/1992", che, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale, afferma la necessità di privilegiare gli interventi che favoriscano la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, si rende necessario coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente, tramite l'utilizzo di modelli innovativi quali la teleassistenza domiciliare, il teleconsulto specialistico, il telemonitoraggio medicale, la telesorveglianza e il telecontrollo.

Affinché possa essere attivato il servizio di telemedicina è necessaria una preventiva adesione da parte dell'assistito, che si rende disponibile al contatto telematico, all'interazione documentale e informativa con il sanitario e ad accedere al sistema di comunicazione remota secondo le normative vigenti in tema di privacy e sicurezza.

Così come indicato dall'Accordo Stato-Regioni, del 17 dicembre 2020, riportante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", per realizzare un servizio in grado di offrire prestazioni sanitarie a distanza, devono essere verificati i seguenti requisiti minimi:

- Presenza di una rete di collegamento sempre disponibile tra medici e pazienti;
- Possibilità di accesso ad un portale web dedicato, a cui i medici fanno riferimento per gestire i pazienti loro assegnati;
- Creazione di un'interfaccia per i pazienti semplice e intuitiva, che permetta un login con verifica dell'identità;
- Compatibilità con il Garante della privacy (GDPR) per il trattamento dei dati personali sensibili;

- Possibilità per operatori e pazienti di potersi connettere al sistema con qualsiasi dispositivo o strumento digitale a disposizione;
- Certificazione dell'hardware e del software, come dispositivi medici, idonei alla tipologia di prestazioni che si intendono effettuare in telemedicina.

Le attività di telemedicina sono gestite dalla COT, quale centro di coordinamento tecnico.

La Regione Sardegna presenta caratteristiche peculiari, sia dal punto di vista della domanda che del territorio, che accrescono il potenziale impatto della diffusione di servizi di telemedicina per rispondere alle esigenze della popolazione. Tra gli aspetti più peculiari si evidenziano innanzitutto le caratteristiche della domanda di salute in considerazione che la Sardegna è tra le prime 5 Regioni in Italia con la più alta prevalenza di individui con patologie croniche (oltre il 40%) e incidenza di malattie croniche e invalidanti quali il:

- Diabete mellito di tipo 1 (50 nuovi casi ogni 100.000 abitanti per anno, incidenza più alta a livello mondiale insieme alla Finlandia)
- Sclerosi Multipla (circa 1 caso ogni 250 abitanti, dato doppio rispetto al dato nazionale)
- Altre patologie croniche (BPCO, scompenso cardiaco, etc.)

Il percorso di attuazione della telemedicina nell'ASL GALLURA non può prescindere dall'utilizzo di strumenti di stratificazione della popolazione con l'analisi dei dati dei flussi informativi sanitari, l'Health Population Management e dal consolidamento e attuazione dei progetti del piano di sperimentazioni «*quick-win*» sulle tre principali patologie (BPCO, Scompenso Cardiaco, Diabetologia) come di seguito evidenziato:

Progetto Medtronic – CareLink: CareLink è un servizio (APP) che consente la valutazione di sistemi integrati di telemonitoraggio dei parametri del paziente diabetico (glicemia, glucosio e carboidrati) e sia la lettura dei dispositivi cardiaci impiantati sui pazienti e l'invio dei dati alla Rete Medtronic CareLink per il telemonitoraggio cardiologico attraverso la piattaforma CareLink System, già in uso per la parte di diabetologia. Area sperimentazione: Centro Diabetologico di Olbia e Cardiologia di Olbia;

Progetto BIOTRONIK - Home Monitoring: Home Monitoring utilizza moderne tecnologie di telemedicina per controllare le condizioni cardiache dei pazienti portatori di pacemaker, monitor cardiaco e ICD. Inoltre, fornisce informazioni terapeutiche e diagnostiche sui pazienti negli intervalli tra una visita di follow-up programmata e l'altra. Area sperimentazione: Cardiologia di Olbia;

Progetto BOSTON SCIENTIFIC – Latitude: Latitude è un sistema di Gestione del Paziente che prevede l'utilizzo a casa del Paziente di un Comunicatore che riceve i dati trasmessi da un dispositivo cardiaco impiantato Boston Scientific (defibrillatore). Le informazioni raccolte vengono crittografate ed inviate, attraverso la linea telefonica analogica/GSM/ Ethernet ad un server protetto. Area sperimentazione: Inizialmente Cardiologia di Olbia;

Progetto ABBOTT: utilizza moderne tecnologie per il controllo da remoto dei dispositivi impiantabili per il trattamento della bradicardia, della tachicardia, dell'insufficienza cardiaca (HF)

nonché per il monitoraggio delle aritmie e includono pacemaker cardiaci (PM), defibrillatori impiantabili (ICD), dispositivi per la terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT) e loop recorder impiantabili (ILR). Area sperimentazione: Cardiologia di Olbia;

Progetto BPCO: Telemonitoraggio pazienti tramite piattaforma cloud BPCO. Integra la sperimentazione NUE 116117 con il sistema di telemedicina per pazienti BPCO già in uso ASL GALLURA;

POPULATION HEALTH MANAGEMENT (PHM)

Il PHM può essere definito come una metodologia per la prevenzione delle malattie, il prolungamento della vita e la promozione della salute attraverso sforzi organizzati e scelte informate della società, delle organizzazioni, delle comunità pubbliche e private e degli individui. Il fine del PHM è il miglioramento degli esiti di salute di gruppi di pazienti, monitorando e identificando i singoli pazienti all'interno di quel gruppo.

Il PHM è dunque una modalità di programmazione territoriale che si avvale delle moderne tecnologie dell'informazione e della comunicazione e di strumenti di gestione e analisi di Big Data per analizzare e aggregare i dati e fornire un quadro clinico completo di ciascun paziente. Utilizzando tali dati si possono tracciare e migliorare i risultati clinici, ottenendo come effetto collaterale positivo anche una riduzione dei costi, derivante da una migliore appropriatezza delle cure.

La reale implementazione di tecniche di Population Health Management con la definizione del rischio sanitario dei diversi strati di popolazione, permette di valutare quali soggetti si rivolgono ai servizi sanitari e di spostare l'attenzione dalla singola patologia al grado di assorbimento di servizi e di risorse che essa comporta, dal singolo percorso assistenziale per patologia cronica alla gestione della poli patologia con comorbilità e necessità di Piani Assistenziali Individuali (PAI) e servizi territoriali che permettano la presa in carico globale di questo sub set di popolazione ad alto consumo di risorse.

Questo modello organizzativo è in corso di implementazione e sperimentazione nelle diverse regioni italiane.

La presa in carico del paziente con bisogno semplice: PDTA

Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, assicurando al cittadino affetto da patologie croniche, un'assistenza sanitaria personalizzata e un più facile accesso alle cure.

L'azienda sanitaria ha predisposto diversi percorsi assistenziali, come ad esempio: percorsi per BPCO, per Doppia Diagnosi, per Frattura Femore, Percorso Nascita, per Piede Diabetico, per Scompenso cardiaco, Tumore Mammella, Tumore prostata e Tumori cerebrali in collaborazione con il MATER.

La presa in carico del paziente con bisogno complesso: PAI.

Ai sensi dell'art. 21 del DPCM dei LEA il progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato".

Il Progetto di Assistenza Individuale (PAI) deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi di assistenza;
- il livello di assistenza;
- la data di avvio e la durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale;
- la continuità delle cure;
- la tipologia di servizi sociali e sanitari da erogare;
- il consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 196/2003);
- il consenso informato relativo al percorso di cura personalizzato individuato.

La UVT è tenuta a verificare l'attuazione e il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PAI. Copia del PAI viene consegnata all'interessato e inviata al servizio che effettua la presa in carico del paziente. Nel caso in cui la proposta dell'UVT di inserimento non sia attuabile per ragioni di natura organizzativa, il PAI viene inviato alla centrale operativa territoriale (COT) per le valutazioni di competenza finalizzate all'invio presso altro servizio disponibile.

Obiettivo:

- implementazione della gestione integrata del paziente attraverso il potenziamento dell'integrazione ospedale territorio e l'attivazione dei percorsi assistenziali.

Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN

Nel ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), la Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

- **Componente 1: Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;**
- **Componente 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.**

La Componente 1 ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie all'attivazione e al potenziamento di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari.

La Componente 2 comprende, invece, misure volte al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al potenziamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da realizzare anche attraverso il potenziamento dei flussi informativi sanitari.

Inoltre, rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a rafforzare le competenze e il capitale umano del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Le misure infatti sono finalizzate al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del fascicolo sanitario elettronico, a migliorare la capacità erogazione e monitoraggio dei Livelli essenziali di Assistenza attraverso efficaci sistemi informativi.

PROGETTO PNRR	DESCRIZIONE
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_BERCHIDDA A	CUP:I72C22000240006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA', COMUNE DI BERCHIDDA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_OLBIA	CUP:I92C22000270006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI OLBIA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_S.TERESA	CUP:I32C22000260006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI SANTA TERESA DI GALLURA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_TEMPIO	CUP:I52C22000310006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI TEMPIO PAUSANIA
PNRR_M6C1_A2_1.2.2_COT_OLBIA	CUP:I92C22000260008 - M6C1 Int. 1.2.2-PNRR - CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE- COMUNE DI OLBIA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_MADDALENA A	CUP:I62C22000190006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI LA MADDALENA
PNRR_M6C1_A2_1.2.2_COT_TEMPIO	CUP:I52C22000300008 - M6C1 Int. 1.2.2-PNRR - CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE- COMUNE DI TEMPIO PAUSANIA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_BUDDUSO	CUP:I62C22000180006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI BUDDUSO'
PNRR_M6C1_A2_1.3_OSP_TEMPIO	CUP:I52C22000290006 - M6C1 Int. 1.3-PNRR OSPEDALE DI COMUNITA', PAOLO DETTORI, COMUNE DI TEMPIO PAUSANIA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_S.TEODORO	CUP:I92C22000280006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI SAN TEODORO
PNRR_M6C2_A2_1.2_OSP_MADDALENA	CUP:I62C22000170006 - M6C1 Int. 1.3-PNRR OSPEDALE DI COMUNITA', PAOLO MERLO, COMUNE DI LA MADDALENA
PNRR_M6C2_A2_1.2_OSP_TEMPIO	CUP:I52C22000280006 - M6C2 Int. 1.2-INTERVENTO ADEGUAMENTO SISMICO - OSPEDALE PAOLO DETTORI, TEMPIO
PNRR_M6C1_A2_1.3_OSP_MADDALENA	CUP:I62C22000170006 - M6C1 Int. 1.3-PNRR OSPEDALE DI COMUNITA', PAOLO MERLO, COMUNE DI LA MADDALENA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_ARZACHEN A	CUP:I42C22000170006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI ARZACHENA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_TRINITA	CUP:I92C22000290006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA', COMUNE DI TRINITA' D'AGULTU E VIGNOLA

A.3 Area dell'Assistenza Ospedaliera

1. Indirizzi Nazionali e Regionali in materia

Il presente documento di programmazione tiene conto del mutare dinamico della normativa nazionale e regionale. Di seguito si rappresenta i principali indirizzi normativi regionali e nazionali in materia:

- d.lgs n°502 del 30.12.1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della l. n°421 del 23.10.1992"; e successive modificazioni ed integrazioni;
- legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna;
- la l.r. n° 23 del 17.11.2014, "Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle Leggi Regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012";
- Legge Regionale 11 settembre 2020, n. 24 Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore.

- Patto per la salute 2014-2016;
- Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024. Legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, art. 32. DELIBERAZIONE N. 9/22 DEL 24.03.2022
- Tutte le delibere RAS recanti indirizzi regionali in materia.

2. Offerta di prestazioni e servizi sul territorio

Nei dodici mesi dell'anno 2021 si osserva una leggera diminuzione del volume di attività erogata dai presidi ospedalieri dell'Assl di Olbia rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente: il numero complessivo di dimissioni per acuti, e il corrispondente volume complessivo di giornate si riducono, le dimissioni in regime di ricovero ordinario di 201 casi così come le giornate di degenza che passano da 61.660 dei dodici mesi del 2020 a 60.550 del 2021.

Con riferimento all'attività di ricovero in regime ordinario dei DRG CH il biennio 2021-2020 si conferma stabile e si rileva invece una riduzione dei DRG MD del 4%. Il confronto dei dati di attività in regime ordinario per il triennio 2021-2019 evidenzia invece una riduzione dei DRG CH del 25% e del 35% per i DRG MD.

ASSL Olbia Regime Ordinario	2021	2020	2019	△ 2021-2020	△ 2021-2019
GG di Degenza	60.550	61.660	78.796	-1,8%	-23,2%
Totale Casi (Ord.)	7.312	7.513	10.640	-2,7%	-31,3%
DRG Medici	4.725	4.924	7.287	-4,0%	-35,2%
DRG Chirurgici	2.510	2.508	3.348	0,1%	-25,0%
% DRG Chirurgici	34,33%	33,38%	31,47%	-	-

86

ASSL Olbia Regime Diurno	2021	2020	2019	△ 2021-2020	△ 2021-2019
Totale Casi (DH)	2.073	1.849	2.673	12,1%	-22,4%
Numero Accessi	6.550	5.969	7.351	9,7%	-10,9%
DRG Medici	1.262	1.021	1.479	23,6%	-14,7%
DRG Chirurgici	811	826	1.194	-1,82%	-32,08%

Gli accessi in Day Hospital registrano un aumento passando da 5.969 del 2020 a 6.550 del 2021; aumentano anche i casi dai 1.849 del 2020 ai 2.073 del 2021 (pari a + 12%). In relazione all'attività di ricovero in regime diurno per il biennio 2021-2020 si osserva una riduzione dei DRG CH quasi del 2% e si registra un significativo aumento dei DRG MD del 24%. Confrontando gli stessi dati per il periodo 2021-2019 i DRG CH hanno una riduzione pari al 32% e del 15% per i DRG MD.

ASSL Olbia Totale attività di ricovero				
Regime di Ricovero	Indicatore	2021	2020	2019
Ricovero Ordinario	Totale Casi	7.312	7.513	10.640
Ricovero Ordinario	Posti Letto	304	304	302
Ricovero Ordinario	DRG Medici	4.725	4.924	7.287

ASSL Olbia Totale attività di ricovero				
Regime di Ricovero	Indicatore	2021	2020	2019
Ricovero Ordinario	DRG Chirurgici	2.510	2.508	3.348
Ricovero Ordinario	% DRG Ch.	34,33%	33,38%	31,47%
Ricovero Ordinario	Perc. Attrattività Pazienti Extra Regione	7,85%	5,78%	9,07%
Ricovero Ordinario	Perc. Attrattività Pazienti Intra Regione	12,86%	12,29%	11,70%
Ricovero Ordinario	Numero Pazienti Extra Regione	551	422	946
Ricovero Ordinario	Numero Pazienti Intra Regione	835	841	1.138
Ricovero Ordinario	GG di Degenza	60.550	61.660	78.796
Ricovero Ordinario	Tasso Occupazione Posti Letto	54,57%	55,42%	71,48%
Ricovero Ordinario	Degenza Media (gg)	8,3	8,2	7,4
Ricovero Ordinario	Dimessi stesso giorno ric. (dim.vivi)	732	780	1.197
Ricovero Ordinario	Dimessi 0_2 giorno (dim.vivi)	1.394	1.426	2.117
Ricovero Ordinario	Dimissioni Protette	2,27%	2,37%	2,82%
Ricovero Ordinario	Numero Dimissioni Protette	166	178	300
Ricovero Ordinario	Dimessi Morti	395	368	482
Ricovero Ordinario	% DRG a rischio inappropriata in DO (DGR 29 del 29-12-2015 all. 2)	8,46%	9,37%	11,37%
Ricovero Ordinario	% Ric. Med. Dur. > 12 gg in pz. età > 65 aa	11,1%	10,7%	9,4%
Ricovero Ordinario	Punti DRG (Peso Complessivo Ric.)	8.378	8.409	13.833
Ricovero Ordinario	Peso Medio DRG	1,15	1,12	1,30
Ricovero Ordinario	Totale Valore (€)	24.651.743	24.680.661	31.804.234
Ricovero Ordinario	Parti totali	870	852	933
Ricovero Ordinario	Parti Cesarei	319	304	325
Ricovero Ordinario	% Parti Cesarei	36,7%	35,7%	34,8%
Assistenza Neonatale	Neonati Sani (DRG 391)	798	786	879
Ricovero Day Hospital	Posti Letto	32	32	32
Ricovero Day Hospital	Totale Casi	2.073	1.849	2.673
Ricovero Day Hospital	DRG Medici	1.262	1.021	1.479
Ricovero Day Hospital	DRG Chirurgici	811	826	1.194
Ricovero Day Hospital	Num.accessi medi	3,2	3,2	4,0
Ricovero Day Hospital	Numero Accessi	6.550	5.969	7.351
Ricovero Day Hospital	Perc. Attrattività Pazienti Extra Regione	3,04%	1,84%	2,47%
Ricovero Day Hospital	Perc. Attrattività Pazienti Intra Regione	13,41%	12,87%	12,72%
Ricovero Day Hospital	Numero Pazienti Extra Regione	63	34	66
Ricovero Day Hospital	Numero Pazienti Intra Regione	278	238	340
Ricovero Day Hospital	% Ric. DH Med. Final. Diagnostiche (T9)	16,24%	13,22%	20,37%
Ricovero Day Hospital	Punti DRG (Peso Complessivo Ric.)	1553	1408	2214
Ricovero Day Hospital	Peso Medio DRG	0,75	0,76	0,83
Ricovero Day Hospital	Totale Valore (€)	1.394.298	2.895.558	3.774.519
Ord. + Dh	Totale DRG Chirurgici	3.321	3.334	4.542

87

Le tabelle seguenti rappresentano per l'anno 2021 e 2020 il numero di ricoveri e il tasso di ospedalizzazione per regime di ricovero relativo alla popolazione dell'ASL GALLURA.

		Anno	2021			Popolazione	157.321
ASL Residenza	Distretto Geog. Residenza	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale	Tasso di Ospedalizzazione Ricoveri Ordinari (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione Ricoveri Diurni (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.)
ASL Gallura	Olbia*	11.431	2.926	14.357	72,66	18,60	91,26

ASL Gallura	Tempio Pausania	2.450	918	3.368	15,57	5,84	21,41
-------------	-----------------	-------	-----	-------	-------	------	-------

Totale ASL GALLURA		13.881	3.844	17.725	88,23	24,43	112,67
--------------------	--	--------	-------	--------	-------	-------	--------

* Il dato del Distretto Soc. San di Olbia è comprensivo delle prestazioni erogate per i residenti del Distretto di La Maddalena

** Fonte Abaco: assenza di codifica per il Distretto Soc. San. della Maddalena, pertanto il dato è cumulato sul Distretto di Olbia

Anno		2020		Popolazione		161.468	
ASL Residenza	Distretto Geog. Residenza	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale	Tasso di Ospedalizzazione Ricoveri Ordinari (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione Ricoveri Diurni (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.)
ASL Gallura	Olbia	10.175	2.658	12.833	63,02	16,46	79,48
ASL Gallura	Tempio Pausania	2.316	826	3.142	14,34	5,12	19,46
Totale ASL GALLURA		12.491	3.484	15.975	77,36	21,58	98,94

* Il dato del Distretto Soc. San di Olbia è comprensivo delle prestazioni erogate per i residenti del Distretto di La Maddalena

** Fonte Abaco: assenza di codifica per il Distretto Soc. San. della Maddalena, pertanto il dato è cumulato sul Distretto di Olbia

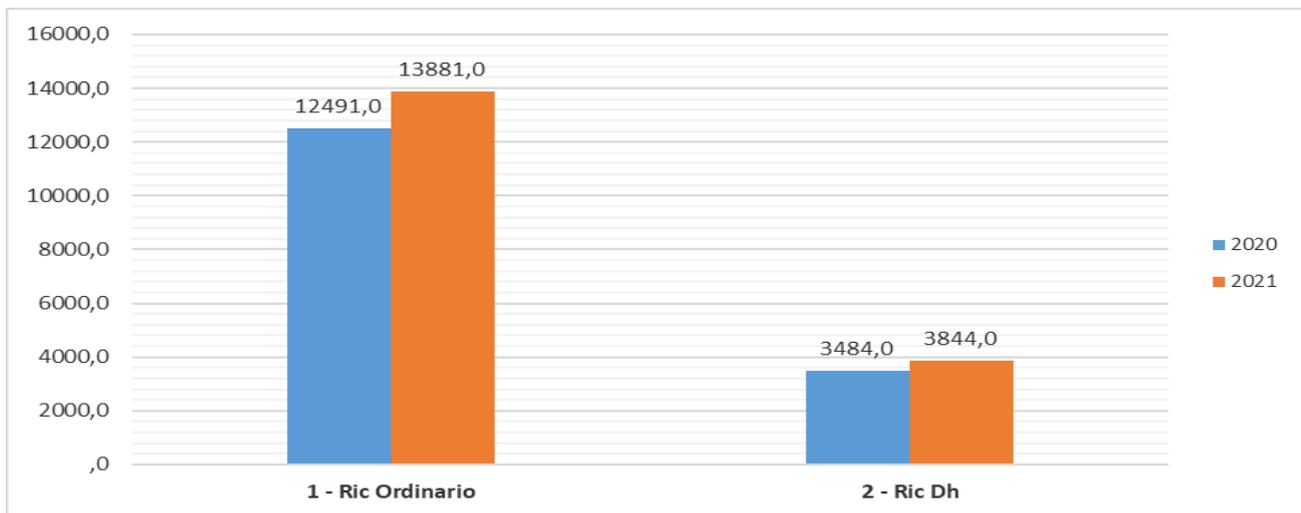
ASR Residenza	Distretto Geog. Residenza	Delta Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.) 2021-2020 Ricoveri Ordinari	Delta Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.) 2020-2021 Ricoveri Diurni	Delta Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.) 2021-2020
ASL Gallura	Olbia	9,64	2,14	11,78
ASL Gallura	Tempio Pausania	1,23	0,72	1,95

Totale ASL GALLURA		10,87	2,86	13,73
--------------------	--	-------	------	-------

88

Le tabelle sovraesposte rappresentano il confronto tra i ricoveri per regime di ricovero nel biennio 2020/2021, con un dettaglio sia generale che per Distretto Socio Sanitario di residenza degli assistiti e la variazione del tasso di ospedalizzazione grezzo per mille abitanti. Il tasso di ospedalizzazione per l'anno 2021 si attesta al 112,67 rispetto al 98,94 registrato nell'anno 2020, quindi confermandosi in crescita. L'anno 2021 di conseguenza vede i tassi di ospedalizzazione in incremento: per i ricoveri ordinari la variazione è del 10,87 e per i ricoveri in DH è pari a 2,86. La crescita totale per la Asl Gallura nel biennio in esame è di 13,73.

Il grafico sottostante rappresenta il confronto dei dimessi per regime di ricovero per le annualità 2020/2021.



Analisi dei primi 30 DRG prodotti in Asl Gallura negli anni 2020/2021

La tabella che segue riporta i primi 30 drg delle strutture pubbliche Asl Gallura ordinati per numerosità decrescente, con il valore di degenza media grezza (calcolata solo per i ricoveri in regime ordinario), e il raffronto con il valore numerico degli stessi DRG nel corso dell'anno precedente. Viene riportata la differenza in valore assoluto e percentuale rispetto all'anno precedente. Dall'analisi dei primi 30 DRG prodotti possiamo evidenziare che i DRG collegati alla sfera materno infantile hanno un grande impatto sui volumi di attività.

Primi 30 DRG ordinati per numerosità decrescente	2021					2020					Delta	Delta %
	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+DH)	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+DH)		
DRG	Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi		Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi		Dimessi	
Totale Complessivo	7.545	58.463	7,75	1.815	9.360	7.188	56.281	7,83	2.065	9.253	107	1,16%
391 [M] - Neonato normale	774	2453	3,17	0	774	775	2309	2,98	0	775	-1	-0,13%
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	508	1743	3,43	0	508	497	1621	3,26	0	497	11	2,21%
410 [M] - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	0	0	-	471	471	1	5	5,00	509	510	-39	-7,65%
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	153	682	4,46	196	349	162	715	4,41	152	314	35	11,15%
576 [M] - Setticemia senza ventilazione meccanica 96 ore, età > 17 anni	309	5045	16,33	0	309	302	4882	16,17	0	302	7	2,32%
381 [C] - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	54	108	2,00	252	306	83	164	1,98	182	265	41	15,47%
371 [C] - Parto cesareo senza CC	280	1411	5,04	0	280	286	1383	4,84	0	286	-6	-2,10%
127 [M] - Insufficienza cardiaca e shock	220	2271	10,32	0	220	258	2773	10,75	0	258	-38	-14,73%
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	131	1636	12,49	54	185	108	1305	12,08	47	155	30	19,35%
087 [M] - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	181	2366	13,07	0	181	189	2222	11,76	0	189	-8	-4,23%
211 [C] - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	163	1889	11,59	0	163	173	2131	12,32	0	173	-10	-5,78%
557 [C] - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	156	1013	6,49	0	156	105	638	6,08	0	105	51	48,57%
219 [C] - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	134	907	6,77	1	135	159	1163	7,31	0	159	-24	-15,09%

Primi 30 DRG ordinati per numerosità decrescente	2021					2020					Delta	Delta %
	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+DH)	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+DH)		
	Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi		Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi			
Totale Complessivo	7.545	58.463	7,75	1.815	9.360	7.188	56.281	7,83	2.065	9.253	107	1,16%
544 [C] - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	119	1517	12,75	0	119	107	1475	13,79	0	107	12	11,21%
082 [M] - Neoplasie dell'apparato respiratorio	75	1103	14,71	39	114	65	872	13,42	45	110	4	3,64%
124 [M] - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	105	436	4,15	1	106	104	488	4,69	1	105	1	0,95%
369 [M] - Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	29	93	3,21	76	105	33	79	2,39	85	118	-13	-11,02%
089 [M] - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	101	1262	12,50	1	102	106	1468	13,85	1	107	-5	-4,67%
379 [M] - Minaccia di aborto	94	533	5,67	0	94	100	563	5,63	0	100	-6	-6,00%
203 [M] - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	78	755	9,68	14	92	59	710	12,03	9	68	24	35,29%
014 [M] - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	86	1229	14,29	0	86	65	1066	16,40	0	65	21	32,31%
229 [C] - Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	46	68	1,48	40	86	49	94	1,92	62	111	-25	-22,52%
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	76	105	1,38	8	84	34	50	1,47	10	44	40	90,91%
380 [M] - Aborto senza dilatazione e raschiamento	53	72	1,36	25	78	32	44	1,38	65	97	-19	-19,59%
316 [M] - Insufficienza renale	76	951	12,51	1	77	76	1092	14,37	0	76	1	1,32%
552 [C] - Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	76	265	3,49	1	77	80	275	3,44	0	80	-3	-3,75%
139 [M] - Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	50	199	3,98	26	76	39	127	3,26	47	86	-10	-11,63%
122 [M] - Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	74	408	5,51	0	74	56	289	5,16	0	56	18	32,14%
224 [C] - Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	61	212	3,48	7	68	56	147	2,63	5	61	7	11,48%
174 [M] - Emorragia gastrointestinale con CC	65	640	9,85	0	65	40	474	11,85	0	40	25	62,50%

Fonte dati: ABACO

Nella tabella seguente sono rappresentati i dati relativi ai 3 DRG per i quali l'incremento per il 2021 in valore assoluto rispetto al 2020 è maggiore.

DRG con maggiore incremento in valore assoluto	2021					2020					Delta	Delta %
	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+DH)	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+DH)		
	Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi		Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi			
557 [C] - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	156	1013	6,49	0	156	105	638	6,08	0	105	51	48,57%
381 [C] - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	54	108	2,00	252	306	83	164	1,98	182	265	41	15,47%
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	76	105	1,38	8	84	34	50	1,47	10	44	40	90,91%

Nella tabella seguente si riportano le diagnosi relative ai 3 DRG notevolmente incrementati per numerosità.

	DRG principale	2021	2020
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	550.00 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Con Gangrena	1	
	550.10 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Con Ostruzione, Senza Menzione Di Gangrena	6	2
	550.11 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Ricorrente, Con Ostruzione, Senza Menzione Di Gangrena	5	1
	550.13 - Ernia Inguinale Bilaterale, Ricorrente, Con Ostruzione, Senza Menzione Di Gangrena	2	
	550.90 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	59	33
	550.91 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Ricorrente, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	2	4
	550.92 - Ernia Inguinale Bilaterale, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	2	2
	550.93 - Ernia Inguinale Bilaterale, Ricorrente, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	4	
	552.00 - Ernia Femorale Monolaterale O Non Specificata, Con Ostruzione	1	1
	552.01 - Ernia Femorale Monolaterale O Non Specificata, Ricorrente, Con Ostruzione	1	
	553.00 - Ernia Femorale Monolaterale O Non Specificata, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	1	
	553.01 - Ernia Femorale Monolaterale O Non Specificata, Ricorrente, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena		1
	TOTALE DRG 162	84	44
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	218.0 - Leiomioma Sottomucoso Dell'Utero	16	12
	218.1 - Leiomioma Intramurale Dell'Utero	34	43
	218.2 - Leiomioma Sottosieroso Dell'Utero	6	16
	218.9 - Leiomioma Dell'Utero,Non Specificato	1	
	219.1 - Altri Tumori Benigni Del Corpo Dell'Utero	3	
	220 - Tumori Benigni Dell'Ovaio	8	12
	614.0 - Salpingite E Ovarite Acuta	1	
	614.1 - Salpingite E Ovarite Cronica	2	
	614.2 - Salpingite E Ovarite Non Specificata Come Acuta,Subacuta O Cronica	1	2
	614.6 - Aderenze Pelviche Peritoneali Femminili (Postchirurgiche,Postinfettive)		1
	614.9 - Malattia Infiammatoria Non Specificata Degli Organi E Dei Tessuti Pelvici Femminili	1	
	617.0 - Endometriosi Dell'Utero		1
	617.1 - Endometriosi Dell'Ovaio	6	6
	617.4 - Endometriosi Del Setto Retto-Vaginale E Della Vagina	1	
	618.09 - Altro Prolasso Delle Pareti Vaginali Senza Menzione Di Prolasso Uterino	1	
	618.1 - Prolasso Uterino Senza Menzione Di Prolasso Delle Pareti Vaginali		2
	618.2 - Prolasso Utero-Vaginale,Incompleto		1
	618.3 - Prolasso Utero-Vaginale,Completo	2	4
	620.0 - Cisti Follicolare Dell'Ovaio	1	1
	620.1 - Cisti Luteinica O Ematoma		2
	620.2 - Altra Ciste Ovarica Non Specificata	49	37
	620.5 - Torsione Dell'Ovaio,Del Peduncolo Ovarico O Della Salpinge	2	5
	620.8 - Altre Patologie Non Infiammatorie Dell'Ovaio,Della Salpinge E Del Legamento Largo		2
	620.9 - Patologia Non Infiammatoria Non Specificata Dell'Ovaio,Della Salpinge E Del Legamento Largo	1	
	621.0 - Polipo Del Corpo Dell'Utero	157	122
	621.30 - Iperplasia Endometriale Non Specificata	3	
	621.31 - Iperplasia Endometriale Semplice Senza Atipia	1	1
	621.32 - Iperplasia Endometriale Complessa Senza Atipia		1
	621.33 - Iperplasia Endometriale Con Atipia	2	1
	621.4 - Ematometra	1	
	621.5 - Sinechie Intrauterine	1	1
	621.8 - Altre Patologie Specificate Dell'Utero,Non Classificate Altrove	1	1
	622.10 - Displasia Della Cervice Non Specificata	1	
	622.12 - Displasia Cervicale Moderata		1
	622.7 - Polipo Mucoso Della Cervice	29	27
	624.8 - Altre Patologie Specificate Non Infiammatorie Della Vulva E Del Perineo		1
	626.2 - Mestruazioni Abbondanti O Frequenti	1	
	626.6 - Metrorragia	10	7
	627.1 - Sanguinamento Postmenopausale	1	1
	752.3 - Altre Anomalie Dell'Utero	2	
	V25.2 - Sterilizzazione	2	1
V50.42 - Rimozione Profilattica Dell'Ovaio	1	2	
TOTALE DRG 359	349	314	

	DRG principale	2021	2020
381 [C] - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	632 - Aborto Ritenuto	134	147
	634.10 - Aborto Spontaneo Complicato Da Emorragia Tardiva O Eccessiva,Non Specificato Se Completo O Incompleto		1
	634.11 - Aborto Spontaneo Complicato Da Emorragia Tardiva O Eccessiva,Incompleto		5
	634.71 - Aborto Spontaneo Con Altre Complicazioni Specificate,Incompleto	1	
	634.91 - Aborto Spontaneo Senza Complicazione Riferita,Incompleto	6	4
	635.71 - Aborto Indotto Legalmente Con Altre Complicazioni Specificate,Incompleto		1
	635.90 - Aborto Indotto Legalmente Senza Complicazione Riferita,Non Specificato Se Completo O Incompleto	2	6
	635.91 - Aborto Indotto Legalmente Senza Complicazione Riferita,Incompleto	11	8
	635.92 - Aborto Indotto Legalmente Senza Complicazione Riferita,Completo	150	91
	637.90 - Aborto Non Specificato Senza Complicazione Riferita,Non Specificato Se Completo O Incompleto	1	
	637.91 - Aborto Non Specificato Senza Complicazione Riferita,Incompleto	1	2
	TOTALE DRG 381	306	265

La **mobilità passiva**: esprime l'indice di fuga, identificando le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della ASL e della Regione di residenza. I flussi relativi alla mobilità per ricovero ordinario e in day-hospital possono essere "fisiologici" o "patologici".

I primi conseguono alla configurazione della rete ospedaliera e in particolare alla variabilità dell'offerta regionale delle varie specializzazioni. I flussi "patologici", invece, derivano dalla scarsa accessibilità (lunghezza delle liste di attesa) e/o della qualità delle cure (dati del Programma Nazionale Esiti) nelle Regioni di residenza. La Mobilità passiva rappresenta una voce di debito.

La Tabella raccoglie i dati dei primi 30 DGR erogati ai cittadini al fuori della rete ospedaliera regionale: in termini di performance esprime il cosiddetto indice di fuga.

I primi 30 Drg mobilità passiva anno 2019 Extra Regione

DRG	Mobilità Passiva	Tasso di Fuga
544 [C] - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	116	28,16%
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	103	16,75%
256 [M] - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	93	52,54%
503 [C] - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	74	30,33%
288 [C] - Interventi per obesità	62	82,67%
410 [M] - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	59	10,97%
224 [C] - Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	53	44,92%
365 [C] - Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	52	98,11%
500 [C] - Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	50	51,02%
225 [C] - Interventi sul piede	40	25,48%
518 [C] - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	34	43,59%
266 [C] - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	32	23,53%
538 [C] - Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	32	32,65%
498 [C] - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	31	22,79%
311 [C] - Interventi per via transuretrale senza CC	30	25,21%
467 [M] - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	30	18,40%
149 [C] - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	28	43,08%
012 [M] - Malattie degenerative del sistema nervoso	27	28,72%
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	24	4,23%
461 [C] - Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	24	42,11%
008 [C] - Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	23	69,70%

DRG	Mobilità Passiva	Tasso di Fuga
075 [C] - Interventi maggiori sul torace	23	53,49%
104 [C] - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	23	63,89%
125 [M] - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	23	31,94%
260 [C] - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	23	25,56%
391 [M] - Neonato normale	23	2,67%
203 [M] - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	22	13,41%
227 [C] - Interventi sui tessuti molli senza CC	22	20,75%
234 [C] - Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	22	39,29%
009 [M] - Malattie e traumatismi del midollo spinale	21	75,00%

La tabella successiva elenca i primi DRG per tasso di fuga. I DRG 462, 496 e 465 non permettono possibilità di ricovero presso le strutture pubbliche della ASL Gallura determinando un tasso di fuga del 100%.

Tasso di fuga primi drg anno 2019 Extra Regione

DRG	Tasso di Fuga
462 [M] - Riabilitazione	100,00 %
496 [C] - Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	100,00 %
465 [M] - Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	100,00 %
499 [C] - Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	100,00 %
546 [C] - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	100,00 %
061 [C] - Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	100,00 %
103 [C] - Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	100,00 %
276 [M] - Patologie non maligne della mammella	100,00 %
424 [C] - Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	100,00 %
577 [C] - Inserzione di stent carotideo	100,00 %
365 [C] - Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	98,11%
155 [C] - Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	83,33%
288 [C] - Interventi per obesità	82,67%
062 [C] - Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	80,00%
009 [M] - Malattie e traumatismi del midollo spinale	75,00%
048 [M] - Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	72,73%
008 [C] - Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	69,70%
257 [C] - Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	66,67%
108 [C] - Altri interventi cardiotoracici	66,67%
153 [C] - Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	66,67%
406 [C] - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	66,67%
412 [M] - Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	66,67%
471 [C] - Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	66,67%
333 [M] - Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	64,29%

DRG	Tasso di Fuga
104 [C] - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	63,89%
261 [C] - Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	62,96%
074 [M] - Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	62,50%
216 [C] - Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	61,90%
491 [C] - Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	61,54%
268 [C] - Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	61,11%

L'analisi della mobilità non può ridursi all'analisi degli sconfinamenti tra regioni perché questa non permette di conoscere in modo articolato le componenti strutturali del fenomeno. L'analisi degli sconfinamenti potrebbe essere utile solo se le aree di riferimento fossero aree piccole e tra di loro sufficientemente omogenee, e questo non è applicabile alla ASL Gallura così come per le altre Asl Sarde, vista l'insularità che determina assenza di mobilità di confine e/o di prossimità. Nella sua accezione più generale, la mobilità interregionale esprime in forma evidente la mancanza di uniformità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che, teoricamente, dovrebbero essere assicurati in maniera indifferenziata sul territorio nazionale.

Le tabelle mostrano i primi 30 DRG riscontrati sul territorio regionale includendo le strutture pubbliche e private contrattualizzate per gli anni 2021/2020.

I primi 30 DRG intra Reg confronto 2020/2021

DRG	Infra Regione 2021
042 [C] - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	600
410 [M] - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	140
266 [C] - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	123
404 [M] - Linfoma e leucemia non acuta senza CC	118
079 [M] - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	115
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	104
310 [C] - Interventi per via transuretrale con CC	101
544 [C] - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	100
391 [M] - Neonato normale	91
080 [M] - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	86
087 [M] - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	84
467 [M] - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	78
014 [M] - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	71
256 [M] - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	70
503 [C] - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	66
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	64
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	64
039 [C] - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	59
371 [C] - Parto cesareo senza CC	59
311 [C] - Interventi per via transuretrale senza CC	54
013 [M] - Sclerosi multipla e atassia cerebellare	53
431 [M] - Disturbi mentali dell'infanzia	51
316 [M] - Insufficienza renale	49
040 [C] - Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	47

DRG	Infra Regione 2021
421 [M] - Malattie di origine virale, età > 17 anni	45
089 [M] - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	44
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	37
498 [C] - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	37
319 [M] - Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	36
518 [C] - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	36

DRG	Infra Regione 2020
042 [C] - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	601
410 [M] - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	134
404 [M] - Linfoma e leucemia non acuta senza CC	117
036 [C] - Interventi sulla retina	88
266 [C] - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	83
310 [C] - Interventi per via transuretrale con CC	82
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	82
391 [M] - Neonato normale	74
087 [M] - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	73
503 [C] - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	72
014 [M] - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	69
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	61
544 [C] - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	59
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	58
311 [C] - Interventi per via transuretrale senza CC	55
467 [M] - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	53
080 [M] - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	52
316 [M] - Insufficienza renale	50
035 [M] - Altre malattie del sistema nervoso senza CC	45
371 [C] - Parto cesareo senza CC	45
040 [C] - Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	43
013 [M] - Sclerosi multipla e atassia cerebellare	41
089 [M] - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	38
319 [M] - Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	38
339 [C] - Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	34
347 [M] - Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	33
323 [M] - Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	32
498 [C] - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	32
565 [M] - Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita 96 ore	32
082 [M] - Neoplasie dell'apparato respiratorio	31

Le prime venti diagnosi maggiormente rappresentate nella casistica degli ospedali che appartengono alla Asl Gallura sono riportate nelle seguenti tabelle sottostanti per gli anni 2021 e 2020.

Prime 20 diagnosi Infra Regione 2021

DIAGNOSI	Dimessi 2021
	Infra Regione
362.16 - Neovascolarizzazione Della Retina Non Altrimenti Specificata	347
362.07 - Edema Maculare Diabetico	145
480.41 - Polmonite in COVID-19, virus identificato	124
V58.11 - Chemioterapia Antineoplastica	122
188.9 - Tumori Maligni Di Parte Non Specificata Della Vescica	97
518.81 - Insufficienza Respiratoria	82
628.9 - Infertilità Femminile, di Origine Non Specificata	81
484.8 - Polmonite In Altre Malattie Infettive Classificate Altrove	64
173.3 - Altri Tumori Maligni Della Cute Di Altre E Non Specificate Parti Della Faccia	52
V30.00 - Nato Singolo, Nato In Ospedale Senza Menzione Di Taglio Cesareo	52
592.1 - Calcolosi Ureterale	51
V43.65 - Sostituzione Di Articolazione Del Ginocchio	45
340 - Sclerosi Multipla	44
185 - Tumori Maligni Della Prostata	40
V30.01 - Nato Singolo, Nato In Ospedale Con Taglio Cesareo	40
434.01 - Trombosi Cerebrale Con Infarto Cerebrale	39
722.10 - Ernia Del Disco Intervertebrale Lombare Senza Mielopatia	39
715.16 - Artrosi Localizzata Primaria, Ginocchio	38
592.0 - Calcolosi Renale	36
550.90 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	35

DIAGNOSI	Dimessi 2020
	Infra Regione
362.16 - Neovascolarizzazione della Retina Non Altrimenti Specificata	337
362.07 - Edema Maculare Diabetico	155
V58.11 - Chemioterapia Antineoplastica	119
518.81 - Insufficienza Respiratoria	97
188.9 - Tumori Maligni Di Parte Non Specificata Della Vescica	90
592.1 - Calcolosi Ureterale	76
484.8 - Polmonite In Altre Malattie Infettive Classificate Altrove	66
362.52 - Degenerazione Maculare Senile Essudativa Della Retina	65
185 - Tumori Maligni Della Prostata	49
628.9 - Infertilità Femminile, Di Origine Non Specificata	49
434.01 - Trombosi Cerebrale Con Infarto Cerebrale	47
173.3 - Altri Tumori Maligni Della Cute Di Altre E Non Specificate Parti Della Faccia	46
V30.00 - Nato Singolo, Nato In Ospedale Senza Menzione Di Taglio Cesareo	45
592.0 - Calcolosi Renale	37
550.90 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	36
340 - Sclerosi Multipla	35
203.00 - Mieloma Multiplo, Senza Menzione Di Remissione	34
585.6 - Malattia Renale Cronica, Stadio Finale	34
V30.01 - Nato Singolo, Nato In Ospedale Con Taglio Cesareo	34
605 - Prepuzio Esuberante E Fimosi	31

La tabella sottostante rappresenta il ricorso le prestazioni erogate per i residenti della ASL Gallura intra ed extra regione. La mobilità passiva extra-regionale risulta indirizzata verso centri di riferimento nazionali e per lo più per servizi caratterizzati da elevati livelli di complessità non presenti nell'ASL di residenza.

ASL Residenza	Ricoveri per residenti - extra Regione	Mobilità Intra	TOTALE	Popolazione 01/01/2019 ISTAT*	Tasso di Ospedalizzazione Extra Regione (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione Intra Regione (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione Complessivo (per 1000 ab)
Asl Gallura	2.913	7.361	10.274	161.360	18,05	45,62	63,67

La tabella successiva rappresenta il numero di ricoveri extra-regione e infra-regione (produzione ASL Gallura + Altre ASL Sardegna + Aziende Ospedaliere) con i relativi tassi di ospedalizzazione per mille abitanti.

ASL Residenza	Ricoveri per residenti - extra Regione	Produzione Asl Gallura + infra regione	TOTALE	Popolazione 01/01/2019 ISTAT*	Tasso di Ospedalizzazione Extra Regione (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione Infra Regione (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione Complessivo (per 1000 ab)
Asl Gallura	2.913	19.302	22.215	161.360	18,05	119,62	137,67

Prestazioni Ambulatoriali

Produzione da Strutture Pubbliche ASL GALLURA	2021		2020		Δ % Prestazioni 2021-2020	Δ % Importo 2021-2020	
	Branca	Prestazioni	Importo	Prestazioni			Importo
01 - Anestesia		3.273	174.577	2.183	111.204	49,93%	56,99%
02 - Cardiologia		20.947	608.431	14.403	348.072	45,43%	74,80%
03 - Chirurgia Generale		1.024	45.183	572	26.679	79,02%	69,36%
04 - Chirurgia Plastica		63	1.790	53	1.506	18,87%	18,87%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia		73	2.409	28	897	160,71%	168,66%
06 - Dermosifilopatia		253	5.601	158	3.345	60,13%	67,45%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica		68.840	4.162.750	44.722	2.538.192	53,93%	64,00%
09 - Endocrinologia		1.883	53.735	447	19.860	321,25%	170,56%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva		5.000	336.289	1.746	114.563	186,37%	193,54%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trasm.		533.382	2.295.156	472.606	2.001.677	12,86%	14,66%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi		41.539	337.920	27.449	214.423	51,33%	57,60%
13 - Nefrologia		10.852	1.551.649	6.827	914.338	58,96%	69,70%
14 - Neurochirurgia		-	-	36	363	-100,00%	-100,00%
15 - Neurologia		6.650	199.812	5.027	107.644	32,29%	85,62%
16 - Oculistica		5.966	115.735	5.919	113.132	0,79%	2,30%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale		6	96	684	13.770	-99,12%	-99,31%
18 - Oncologia		5.170	72.136	3.616	44.315	42,98%	62,78%
19 - Ortopedia E Traumatologia		2.819	64.524	2.673	41.420	5,46%	55,78%
20 - Ostetricia E Ginecologia		7.816	227.634	6.494	178.873	20,36%	27,26%

Produzione da Strutture Pubbliche ASL GALLURA		2021		2020			
Branca	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	Δ % Prestazioni 2021-2020	Δ % Importo 2021-2020	
21 - Otorinolaringoiatria	1.841	25.998	1.964	27.801	-6,26%	-6,48%	
22 - Pneumologia	242	6.045	217	5.237	11,52%	15,43%	
23 - Psichiatria	8.083	160.378	6.992	118.536	15,60%	35,30%	
25 - Urologia	642	15.207	569	11.276	12,83%	34,86%	
26 - Altre Prestazioni*	152.680	2.970.106	128.038	2.421.918	19,25%	22,63%	
	879.044	13.433.161	733.423	9.379.040	19,85%	43,23%	

Produzione da Strutture Private per ASL GALLURA		2021		2020		Δ % Prestazioni 2021-2020	Δ % Importo 2021-2020
Branca	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo			
01 - Anestesia	33.311	171.139	19.725	103.498	68,88%	65,35%	
02 - Cardiologia	2.351	61.290	2.152	53.130	9,25%	15,36%	
03 - Chirurgia Generale	2.621	76.112	1.827	51.629	43,46%	47,42%	
04 - Chirurgia Plastica	536	10.640	350	6.882	53,14%	54,60%	
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	1.029	46.037	655	28.680	57,10%	60,52%	
06 - Dermosifilopatia	2.108	32.561	424	8.398	397,17%	287,72%	
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	30.544	2.806.137	18.739	1.771.442	63,00%	58,41%	
09 - Endocrinologia	2.169	50.368	2.358	51.545	-8,02%	-2,28%	
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	5.853	361.659	3.979	240.536	47,10%	50,36%	
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trasn.	296.676	1.725.357	167.663	972.389	76,95%	77,43%	
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	6.277	81.033	1.844	38.280	240,40%	111,68%	
13 - Nefrologia	16	642	8	353	100,00%	81,85%	
14 - Neurochirurgia	2.887	53.779	2.826	52.914	2,16%	1,63%	
15 - Neurologia	6.709	87.175	4.110	57.632	63,24%	51,26%	
16 - Oculistica	-	-	-	-	0,00%	0,00%	
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	2	29	8	119	-75,00%	-75,41%	
18 - Oncologia	939	16.013	369	6.789	154,47%	135,87%	
19 - Ortopedia E Traumatologia	6.486	301.314	3.804	113.422	70,50%	165,66%	
20 - Ostetricia E Ginecologia	2.700	55.626	1.991	41.273	35,61%	34,78%	
21 - Otorinolaringoiatria	1.729	30.727	1.773	31.168	-2,48%	-1,42%	
22 - Pneumologia	644	12.387	519	10.052	24,08%	23,23%	
23 - Psichiatria	3.412	63.289	2.232	40.610	52,87%	55,85%	
25 - Urologia	1.050	19.632	588	10.762	78,57%	82,42%	
26 - Altre Prestazioni*	1.670	32.826	500	9.640	234,00%	240,51%	
	411.719	6.095.771	238.444	3.701.145	72,67%	64,70%	

Produzione Strutture Pubbliche Asl Gallura

Produzione da Strutture Pubbliche ASL GALLURA	2021		2020		Ripartizione % sul totale		
	Branca	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	2021	
						% Prestazioni 2021	% Importo 2021
01 - Anestesia	3.273	174.577	2.183	111.204		0,37%	1,30%
02 - Cardiologia	20.947	608.431	14.403	348.072		2,38%	4,53%
03 - Chirurgia Generale	1.024	45.183	572	26.679		0,12%	0,34%
04 - Chirurgia Plastica	63	1.790	53	1.506		0,01%	0,01%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	73	2.409	28	897		0,01%	0,02%
06 - Dermosifilopatia	253	5.601	158	3.345		0,03%	0,04%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	68.840	4.162.750	44.722	2.538.192		7,83%	30,99%
09 - Endocrinologia	1.883	53.735	447	19.860		0,21%	0,40%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	5.000	336.289	1.746	114.563		0,57%	2,50%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trasn.	533.382	2.295.156	472.606	2.001.677		60,68%	17,09%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	41.539	337.920	27.449	214.423		4,73%	2,52%
13 - Nefrologia	10.852	1.551.649	6.827	914.338		1,23%	11,55%
14 - Neurochirurgia	-	-	36	363		0,00%	0,00%
15 - Neurologia	6.650	199.812	5.027	107.644		0,76%	1,49%
16 - Oculistica	5.966	115.735	5.919	113.132		0,68%	0,86%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	6	96	684	13.770		0,00%	0,00%
18 - Oncologia	5.170	72.136	3.616	44.315		0,59%	0,54%
19 - Ortopedia E Traumatologia	2.819	64.524	2.673	41.420		0,32%	0,48%
20 - Ostetricia E Ginecologia	7.816	227.634	6.494	178.873		0,89%	1,69%
21 - Otorinolaringoiatria	1.841	25.998	1.964	27.801		0,21%	0,19%
22 - Pneumologia	242	6.045	217	5.237		0,03%	0,04%
23 - Psichiatria	8.083	160.378	6.992	118.536		0,92%	1,19%
25 - Urologia	642	15.207	569	11.276		0,07%	0,11%
26 - Altre Prestazioni*	152.680	2.970.106	128.038	2.421.918		17,37%	22,11%
	879.044	13.433.161	733.423	9.379.040		100,00%	100,00%

Produzione Strutture Private per Assisiti Asl Gallura

Produzione da Strutture Private per ASL GALLURA	2021		2020		Ripartizione % sul totale		
	Branca	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	2021	
						% Prestazioni 2021	% Importo 2021
01 - Anestesia	33.311	171.139	19.725	103.498		8,09%	2,81%

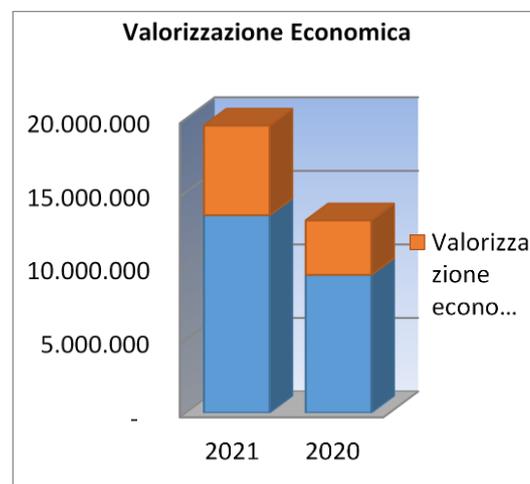
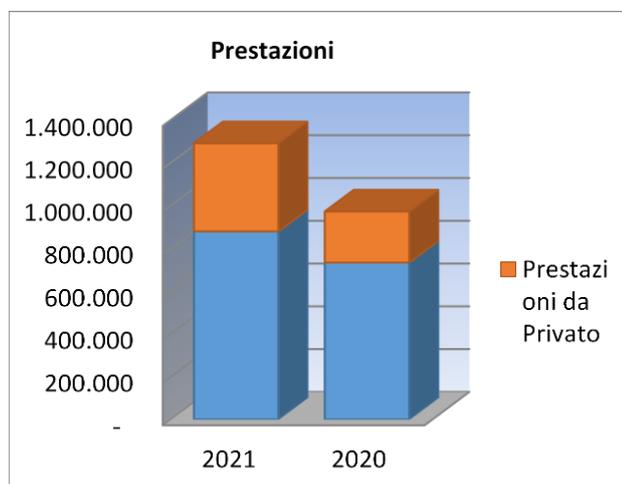
02 - Cardiologia	2.351	61.290	2.152	53.130	0,57%	1,01%
03 - Chirurgia Generale	2.621	76.112	1.827	51.629	0,64%	1,25%
04 - Chirurgia Plastica	536	10.640	350	6.882	0,13%	0,17%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	1.029	46.037	655	28.680	0,25%	0,76%
06 - Dermosifilopatia	2.108	32.561	424	8.398	0,51%	0,53%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	30.544	2.806.137	18.739	1.771.442	7,42%	46,03%
09 - Endocrinologia	2.169	50.368	2.358	51.545	0,53%	0,83%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	5.853	361.659	3.979	240.536	1,42%	5,93%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trasn.	296.676	1.725.357	167.663	972.389	72,06%	28,30%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	6.277	81.033	1.844	38.280	1,52%	1,33%
13 - Nefrologia	16	642	8	353	0,00%	0,01%
14 - Neurochirurgia	2.887	53.779	2.826	52.914	0,70%	0,88%
15 - Neurologia	6.709	87.175	4.110	57.632	1,63%	1,43%
16 - Oculistica	-	-	-	-	0,00%	0,00%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	2	29	8	119	0,00%	0,00%
18 - Oncologia	939	16.013	369	6.789	0,23%	0,26%
19 - Ortopedia E Traumatologia	6.486	301.314	3.804	113.422	1,58%	4,94%
20 - Ostetricia E Ginecologia	2.700	55.626	1.991	41.273	0,66%	0,91%
21 - Otorinolaringoiatria	1.729	30.727	1.773	31.168	0,42%	0,50%
22 - Pneumologia	644	12.387	519	10.052	0,16%	0,20%
23 - Psichiatria	3.412	63.289	2.232	40.610	0,83%	1,04%
25 - Urologia	1.050	19.632	588	10.762	0,26%	0,32%
26 - Altre Prestazioni*	1.670	32.826	500	9.640	0,41%	0,54%

411.719	6.095.771	238.444	3.701.145	100,00 %	100,00 %
----------------	------------------	----------------	------------------	-----------------	-----------------

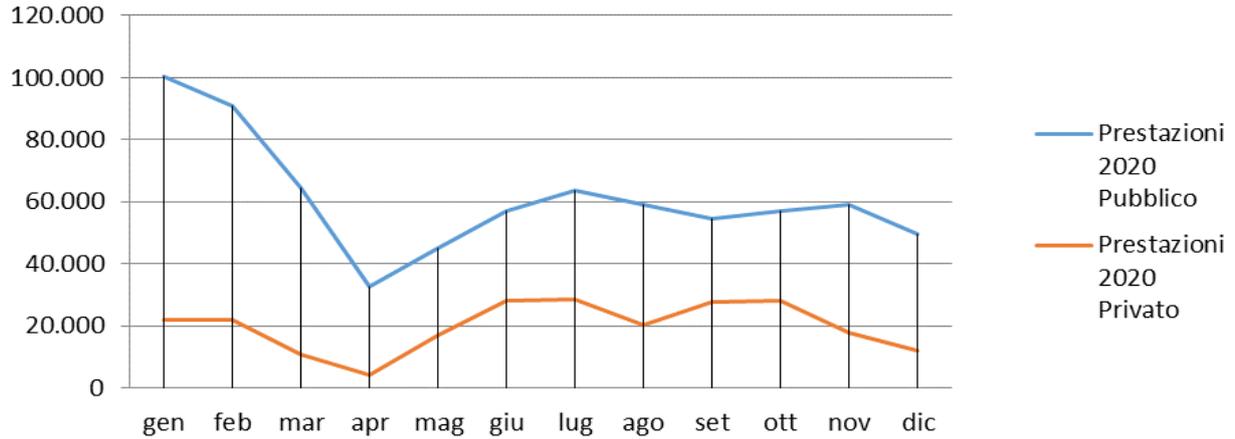
Il grafico 1 mostra il rapporto tra le prestazioni erogate da strutture private contrattualizzate per gli anni 2020 e 2021. Il grafico 2 mostra il rapporto circa la valorizzazione economica dell'erogazione delle prestazioni da pubblico e da privato per gli anni 2021 e 2020.

Grafico (1)

Grafico (2)

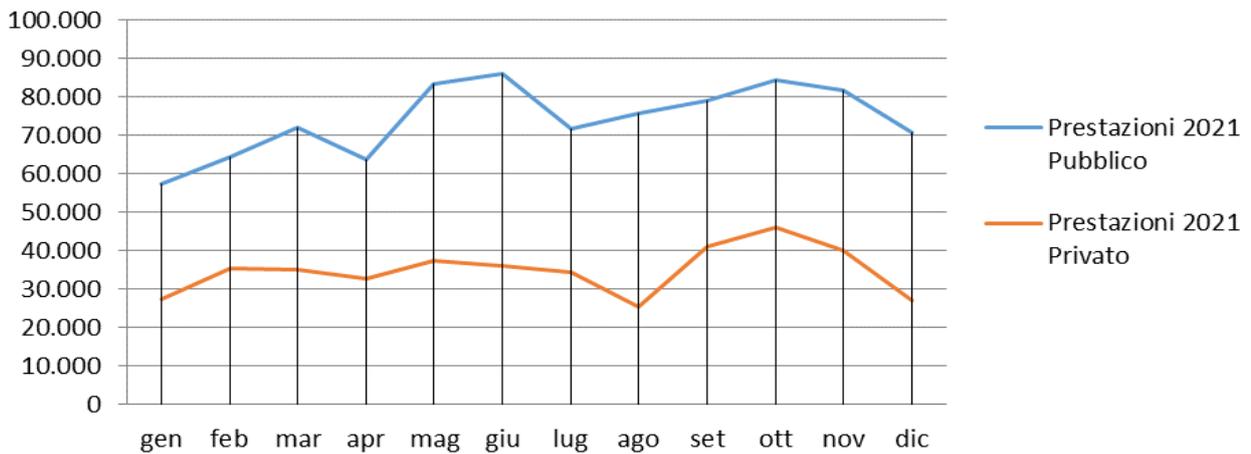


Produzione Pubblico - Privato anno 2020

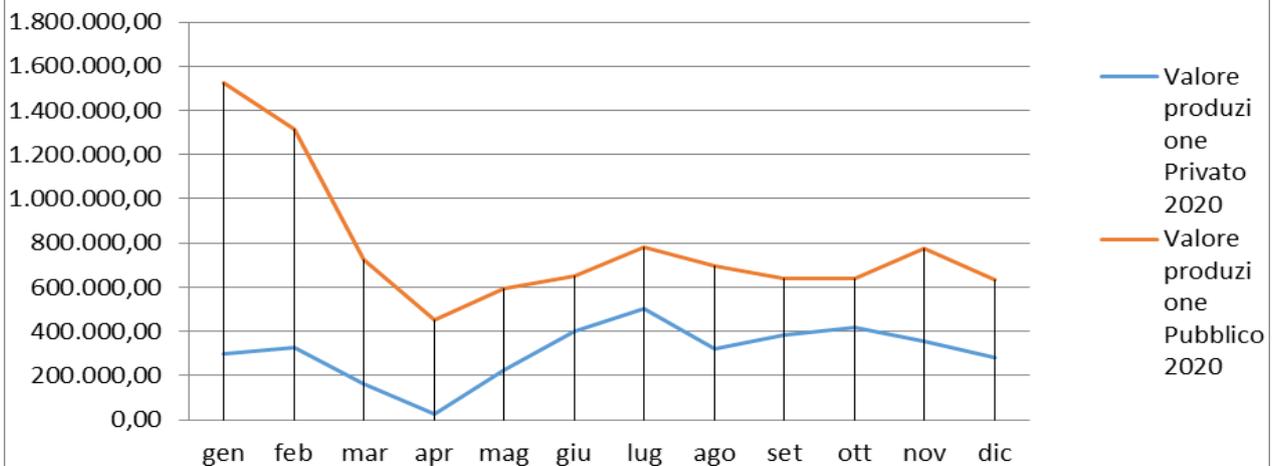


Elaborazione Area Programmazione e Controllo

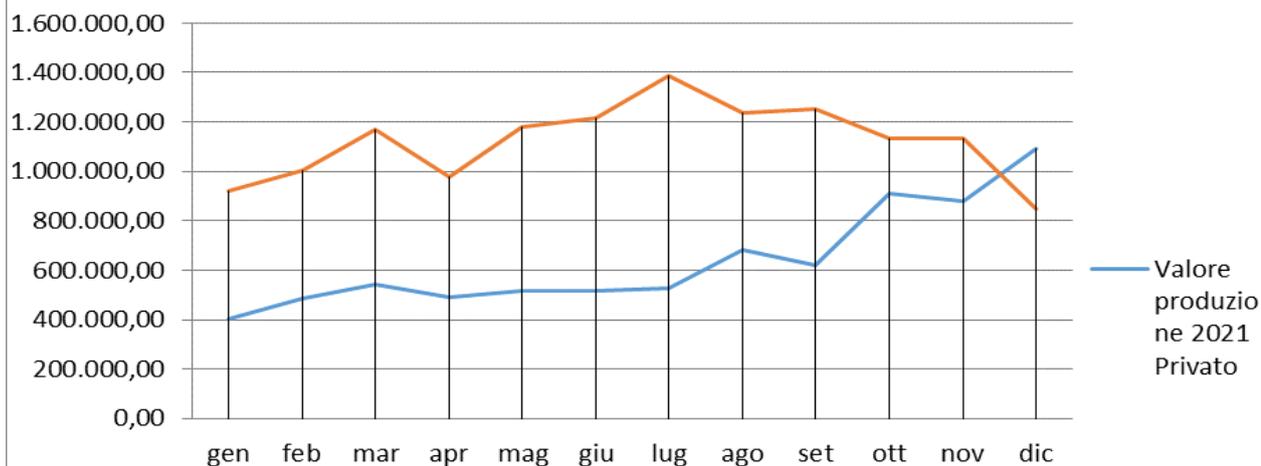
Produzione Pubblico - Privato anno 2021



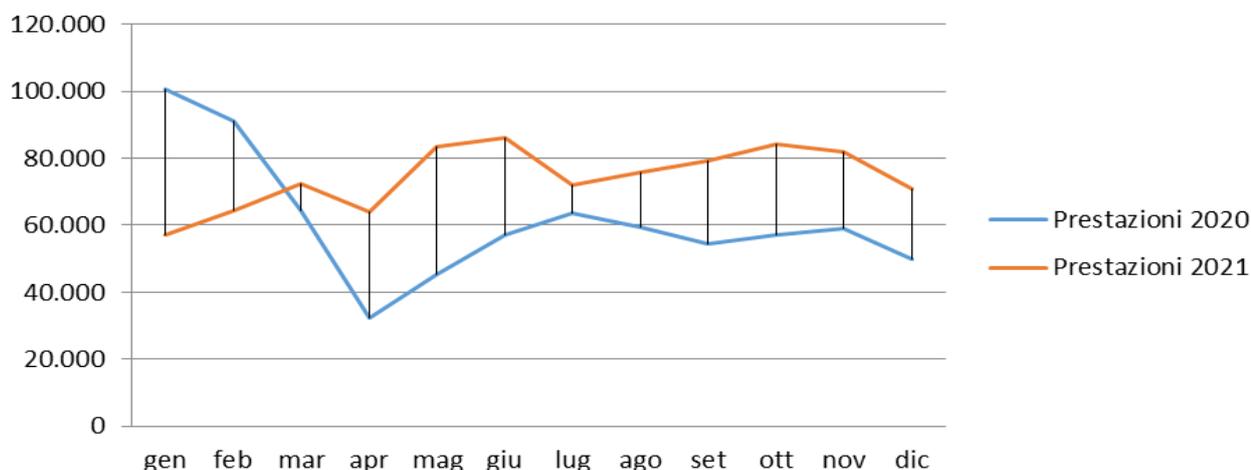
Valore Produzione Pubblico - Privato anno 2020



Valore Produzione Pubblico - Privato anno 2021

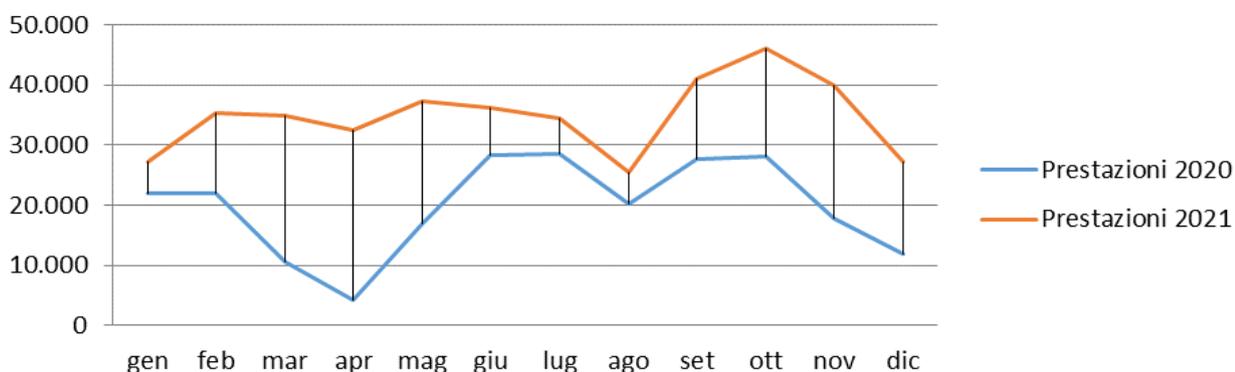


Prestazioni Ambulatoriali Pubblico 2020-2021



Elaborazione Area Programmazione e Controllo

Prestazioni Ambulatoriali da Privato 2020-2021



Prestazioni erogate residenti ASL Gallura per abitante

Anno	Totale complessivo prestazioni	Popolazione	Prestazioni per abitante
2019	1.447.758	161.360	8,97

2020	911.368	161.468	5,64
2021	1.190.636	157.321	7,57

Prestazioni Ambulatoriali Intra Regione

AZIENDA	Anno	Anno	Anno
	2019	2020	2021
ASL SASSARI	9.011	5.894	8.064
ASL GALLURA	1.344.722	835.747	1.106.093
ASL NUORO	57.356	47.130	42.217
ASL OGLIASTRA	825	592	749
ASL ORISTANO	1.542	1.316	1.965
ASL MEDIO CAMPIDANO	863	403	648
ASL SULCIS	479	296	379
ASL CAGLIARI	6.213	3.929	5.435
AOU CAGLIARI	3.704	1.805	2.836
AOU SASSARI	2.507	1.279	2.896
AO BROTZU	20.536	12.977	19.354
TOTALE	1.447.758	911.368	1.190.636

Valorizzazione Economica Prestazioni Ambulatoriali Intra Regione triennio 2019/2021

AZIENDA	Anno	Anno	Anno
	2019	2020	2021
ASL SASSARI	242.149 €	263.729 €	492.674 €
ASL GALLURA	16.461.732 €	10.943.101 €	16.883.380 €
ASL NUORO	1.859.167 €	1.742.969 €	1.611.546 €
ASL OGLIASTRA	12.639 €	18.660 €	24.053 €
ASL ORISTANO	35.251 €	74.155 €	96.649 €
ASL MEDIO CAMPIDANO	11.099 €	6.069 €	12.009 €
ASL SULCIS	8.234 €	3.305 €	6.647 €
ASL CAGLIARI	433.850 €	271.862 €	354.887 €
AOU CAGLIARI	91.699 €	41.516 €	65.163 €
AOU SASSARI	108.593 €	26.280 €	37.415 €
AO BROTZU	483.779 €	366.824 €	555.395 €
TOTALE	19.748.192 €	13.758.470 €	20.139.817 €

103

Percentuale prestazioni effettuate nell'ASL Gallura 2020/2021

ASL GALLURA	Percentuale prestazioni effettuate nell'ASL Gallura 2020		
	Prestazioni in ASL Residenza	Prestazioni in altre ASL	% Prestazioni in ASL Residenza
	835.747	75.621	91,70%

ASL GALLURA	Percentuale prestazioni effettuate nell'ASL Gallura 2021		
	Prestazioni in ASL Residenza	Prestazioni in altre ASL	% Prestazioni in ASL Residenza
	1.106.093	84.543	92,90%

3. Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire

L'organizzazione ospedaliera in Sardegna sconta una carenza di programmazione e governo complessiva che ha comportato un ricorso all'ospedale per acuti, in alcuni casi, come risposta ad un bisogno che avrebbe dovuto trovare risposte più appropriate in altri setting assistenziali o in altri livelli assistenziali.

Da ciò ne è derivato che, mediamente, la casistica trattata negli ospedali è di bassa complessità, ma comporta degenze medie di durata anomala in eccesso, e nel contempo, patologie complesse sono trattate in centri con casistica di ridotta numerosità; inoltre, il collegamento tra centri coinvolti nel percorso di un paziente con patologia complessa (es. oncologica) è, in buona parte, lasciato alle azioni estemporanee dei singoli professionisti; il che ha ovvie ripercussioni sulla qualità e sicurezza delle cure e sulla sostenibilità del sistema. Infatti, come emerge dall'analisi dei dati in nostro possesso, il ricorso agli ospedali che dovrebbe essere prerogativa di patologie acute ed importanti, è purtroppo vastamente esteso a casi che potrebbero, anzi dovrebbero essere gestiti in altri livelli assistenziali.

Tutto ciò esita in un deterioramento dell'appropriatezza dei ricoveri, che si configurano a bassa complessità assistenziale, e con durata di degenza anomala in eccesso; ovviamente un tale quadro comporta uno spreco delle risorse umane, economiche, tecnologiche, ma anche un'insoddisfazione degli utenti pazienti, in quanto per supplire ad un eccesso di domanda di prestazioni inappropriate, restano insoddisfatti i bisogni di salute realmente necessitanti di servizi sociosanitari di tipo ospedaliero.

Tuttavia l'esame del trend della attività di ricovero, in particolare dei tassi di ospedalizzazione, negli ultimi 10 anni rivela una considerevole riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri e delle giornate di degenza, in coerenza con l'andamento nazionale con un calo di circa il 3% annuo dei ricoveri ospedalieri.

Per il triennio 2023-2025 è necessario operare prioritariamente al fine di promuovere l'uso appropriato dell'ospedale, migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera, definire e governare le reti di cura, migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio e migliorare la qualità e sicurezza delle cure.

Promuovere l'uso appropriato dell'ospedale

La Sardegna presenta una posizione critica nel governo della domanda (tasso di ospedalizzazione, posti letto pro-capite, % ricoveri ordinari chirurgici e ICM) e nella performance in area chirurgica, mentre si inizia ad avere dei risultati più accettabili, pur se con margini di miglioramento, nella qualità del processo (% di fratture di femore operate entro due giorni dall'ammissione, % di prostatectomie transuretrali) e nell'appropriatezza in area medica. Si hanno prestazioni migliori nella appropriatezza dell'attività in area chirurgica e nella performance in area medica.

Le azioni da porre in essere dovrebbero essere, quindi, funzionali al perseguimento dei specifici obiettivi di riqualificazione dell'assistenza sanitaria, finalizzati al miglioramento del governo dei posti letto per acuti, mediante riduzione dei ricoveri non appropriati; trasferimento delle attività di ricovero in piattaforme di degenza post-acuti con un incremento dei posti letto per post-acuti;

miglioramento dei valori degli indici di complessità della casistica ospedaliera (ICM); trasferimento di specifiche attività di ricovero programmato, in particolare chirurgiche in Day Surgery, verso percorsi ambulatoriali organizzati.

Le azioni da porre in essere a livello ospedaliero debbono comunque essere associate ad altre azioni derivanti da riflessioni sul fatto che vi è spesso un utilizzo improprio dei letti di rianimazione, per gestione post-operatoria e a seguito di interventi complessi, per una insufficienza di servizi di sub intensiva; il tasso di ospedalizzazione, come anche gli indici di performance, sono fortemente condizionati dall'operatività del Pronto Soccorso in rapporto sia alla disponibilità di posti di osservazione breve intensiva nonché dalla possibilità di dimettere il paziente in condizioni di sicurezza verso altri livelli assistenziali quali riabilitazione intensiva e lungodegenza. Al fine di riqualificare l'assistenza sanitaria sono necessari interventi sul governo dei posti letto per acuti, mediante riduzione dei ricoveri non appropriati, nonché il trasferimento delle attività di ricovero in piattaforme di degenza post-acuti con relativo incremento dei posti letto. È altresì importante il trasferimento di specifiche attività di ricovero programmato, in particolare chirurgiche in Day Surgery, verso percorsi ambulatoriali organizzati.

Tutto ciò va associato a coraggiose azioni sul governo dell'accesso dei Pronto Soccorso sia in rapporto alla disponibilità di posti di osservazione breve intensiva sia alla stabilizzazione del paziente per l'invio ad altri livelli assistenziali quali riabilitazione intensiva e lungodegenza; infatti un ricorso eccessivo ed improprio del Pronto Soccorso è da ritenersi conseguente anche ad un livello inadeguato di assistenza territoriale che deve essere potenziata al fine di assicurare la continuità delle cure nelle 24 ore e l'integrazione ed il raccordo funzionale fra i diversi servizi (Case della Salute, Ospedali di Comunità), in un'ottica d'integrazione Ospedale-Territorio.

È determinante inoltre il potenziamento delle dimissioni protette, secondo protocolli condivisi tra l'ospedale e i servizi territoriali organizzati a livello di distretto, in quanto è un'efficace misura per migliorare l'efficienza dell'assistenza ospedaliera, consentendo di ridurre il numero di giornate di ricovero inappropriate. Le direzioni dei Presidi Unici assicureranno la realizzazione di programmi di controllo dell'attività ospedaliera erogata nei differenti livelli organizzativi (ricovero ordinario, DH/DS) secondo criteri e modalità operative in grado di assicurare una effettiva rappresentatività delle attività svolte al fine di rilevare eventuali criticità.

I presidi pubblici attualmente sono ancora individuati come **Presidio ospedaliero unico di area omogenea** inteso come un unico ospedale, eventualmente ripartito in più stabilimenti, che garantisce l'erogazione delle attività sanitarie di ricovero ai cittadini per i quali rappresenta il riferimento per il soddisfacimento dei bisogni di salute e nel cui ambito è organizzata una rotazione dei professionisti al fine di garantire il mantenimento delle competenze specialistiche e l'efficacia nella prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e follow-up del cittadino.

In relazione alla riorganizzazione del SSR prevista dalla LR 24/2020, la rete ospedaliera potrà subire un processo di completa ridefinizione che porterà al superamento dei presidi ospedalieri unici di area omogenea, anche se allo stato attuale ogni struttura ospedaliera mantiene il proprio codice ministeriale come presidio ospedaliero.

Gli stabilimenti afferenti al presidio ospedaliero è previsto possano ospitare funzioni ospedaliere di base, dell'acuzie e della post-acuzie, di riabilitazione, funzioni territoriali di emergenza e primo

soccorso, cure intermedie, di comunità, cure primarie e specialistiche. Tra le funzioni di ricovero per acuti, oltre alla disciplina di Medicina Generale, possono essere previsti processi di erogazione di prestazioni chirurgiche di chirurgia generale polispecialistica, individuate secondo modelli di intensità di cura coerente con il livello dello stabilimento considerato, nella logica sia della ottimizzazione dell'uso delle risorse e dello sviluppo delle competenze cliniche assistenziali, sia dello smaltimento delle liste d'attesa, secondo un modello di erogazione in Day e/o Week Surgery organizzate di norma in un'unica area assistenziale di degenza multidisciplinare. Nell'ottica della piena integrazione tra livelli di complessità differente, i professionisti garantiscono la continuità delle cure anche in altri contesti quali gli ambulatori territoriali, le case della salute, gli ospedali di comunità e, laddove indicato, al domicilio del cittadino. I presidi unici di area omogenea, classificati DEA di I livello e articolati su più stabilimenti, devono assicurare un punto unico di accesso per le patologie tempo dipendenti, mentre le altre specialità possono essere allocate anche nello stabilimento di completamento del DEA, garantendo in ogni modo l'integrazione dei percorsi di presa in carico della popolazione di riferimento al fine di assicurare la sicurezza, la tempestività e la qualità delle cure con la condivisione delle equipe dei professionisti.

Nei presidi ospedalieri è prevista una riorganizzazione funzionale alla costituzione di piattaforme di erogazione in regime di ricovero che facciano riferimento all'area di afferenza (medica o chirurgica), anche attraverso la sperimentazione di modelli organizzativi per intensità di cura; tali piattaforme di erogazione devono garantire la flessibilità nella gestione dei posti letto di area, finalizzata ad una presa in carico specialistica del cittadino maggiormente adeguata alla patologia emergente; DS e DH multispecialistici, con la sola esclusione delle discipline di oncologia ed oncoematologia; piattaforme assistenziali di area nelle quali ruotino gli specialisti che condividono la cura dei pazienti ricoverati, in stretta relazione professionale e tecnico-scientifica con gli altri nodi della rete e con operatori e strutture extra-ospedaliere presenti nel territorio; si devono prevedere, inoltre, modalità organizzative che garantiscano la presenza giornaliera nei giorni feriali di professionisti/specialisti di riferimento (ematologia, pneumologia, gastroenterologia, nefrologia) e la pronta disponibilità per la gestione di eventuali urgenze non differibili nelle giornate (festivi e, eventualmente, pre-festivi) e orari (notturni) in cui lo specialista non è in servizio attivo con unificazione dei servizi di guardia medica attiva in un'unica piattaforma di erogazione.

Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera

Un miglioramento della efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera è il risultato atteso come conseguenza della riconversione e riqualificazione di alcuni stabilimenti ospedalieri con accorpamento delle strutture che attualmente non garantiscono i volumi minimi di attività necessari per assicurare l'erogazione delle cure in condizioni di sicurezza, qualità ed efficacia per il cittadino nonché di appropriatezza per il buon funzionamento del Sistema Sanitario.

Ridefinizione dei ruoli degli stabilimenti ospedalieri da realizzarsi con il contestuale sviluppo di una "organizzazione a rete", intesa come un insieme di strutture legate fra loro da connessioni continue con una riconfigurazione dell'offerta in termini di tipologia di prestazioni, di volumi e di case-mix produttivi dei servizi ospedalieri coinvolti, oltre che di coordinamento tecnico-scientifico, ossia di condivisione di linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, definizione di

possibili percorsi di sviluppo professionale dei clinici, tra gli ospedali che ne fanno parte piuttosto che come "organizzazione in rete", che implica una relazione solo funzionale tra i servizi ospedalieri inclusi nella rete e si limita, quindi, ad un coordinamento tecnico-scientifico.

Al raggiungimento di tale obiettivo concorre la riorganizzazione dell'assistenza sulla base di modelli dipartimentali e di piattaforme omogenee di erogazione dell'assistenza, in particolare, secondo il modello di ospedale organizzato per livelli di assistenza e di intensità di cura.

Punto focale di questo modello è il bisogno di cura del paziente al quale il sistema sanitario deve necessariamente rispondere nonostante le criticità o le esigenze legate alla delicata situazione finanziaria che caratterizza l'attuale momento del Sistema Sanitario Sardo.

L'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura propone un ripensamento della presa in carico del paziente, rendendola personalizzata, univoca e condivisa in tutte le fasi del processo di cura, e nuovi ruoli e strumenti professionali. Occorre passare dall'idea di curare la malattia a quella di farsi carico del malato, dall'*hosting al case management*.

Questo modello richiede uno stile di lavoro multidisciplinare per percorsi e obiettivi, da svolgere in team e impiegando strumenti di normazione e standardizzazione delle attività (linee guida, procedure e istruzioni condivise). Con tale approccio, medici e infermieri sono chiamati a sviluppare e migliorare tutte le attività che compongono il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale del paziente orientandosi non per posti letto gestiti, ma per competenze clinico-assistenziali, tecnologiche e relazionali.

Il modello di organizzazione dei ricoveri per intensità di cura prevede tre setting assistenziali:

- livello di intensive care che comprende le terapie intensive e sub intensive (rianimazione, UTIC, Stroke unit), deve essere centralizzato, polivalente e curare la reale instabilità clinica; l'accesso a questo livello è caratterizzato dalla instabilità del paziente e deve avvenire in una logica di appropriatezza;
- livello di high care costituito dalle degenze con alto grado di assistenza di breve durata per aree funzionali (area medica, area chirurgica, materno infantile), nel quale confluisce gran parte della casistica; questo livello è caratterizzato dalla complessità e da una elevata variabilità della complessità medica ed infermieristica;
- livello di low-care dedicato alla cura dei casi di minore complessità; fanno parte di questo livello le degenze a basso grado di assistenza e corrisponde ad un'area in cui vengono accolti pazienti con pluri-patologie, che necessitano di assistenza sanitaria, ma non ad alto contenuto tecnologico e ad alta intensità.

Si è cercato di rimodellare gli attuali sistemi gestionali basandosi principalmente sullo studio di modelli gestionali ispirati a quelli del mondo industriale, con le ovvie limitazioni sostenute dalla natura stessa del mercato sanitario e sul coinvolgimento del paziente attraverso il riconoscimento della sua globale fragilità di fronte alla malattia.

Gli attuali indirizzi a livello internazionale orientano verso una progettazione organizzativa ospedaliera che disciplini l'allocazione dei pazienti sulla base del grado di complessità dei loro bisogni clinico-assistenziali e non della patologia prevalente; anche in Italia si è andata affermando la logica delle cure progressive che ha condotto all'ideazione dell'"**Ospedale per Intensità di**

Cura",(OIC) al fine di perseguire due precisi obiettivi:

- accentrare l'assistenza ospedaliera attorno al bisogno del paziente
- condividere risorse umane e tecnologiche limitando gli sprechi

In linea generale non è identificabile un unico modello di OIC, dal momento che diverse regioni hanno adottato criteri diversi , fornendo ognuna connotati diversi, ma sempre sotto la veste di un processo di sperimentazione; tuttavia esistono aspetti comuni in particolare in riferimento alla gestione condivisa di risorse critiche come i posti letto, le tecnologie e le competenze professionali; ma anche l'introduzione di protocolli assistenziali volti a contenere la variabilità dei processi e la riallocazione delle responsabilità in senso orizzontale. Il momento di transizione dal modello dipartimentale a quello OIC si è concretizzato in taluni casi ridefinendo lo scheletro organizzativo e trasformandolo in una logica per processi; in tal altri si è proceduto invece con una reale ristrutturazione fisica della componente edilizia; in questo caso le risorse critiche vengono condivise tra le Unità Operative concorrendo alla realizzazione di *piattaforme assistenziali*, distinte per macroaree, quella medica e quella chirurgica, che richiedono due differenti approcci pratici per la loro riorganizzazione. Per comprendere le implicazioni della riorganizzazione per intensità di cura è necessario adottare una prospettiva di analisi ampia, tenendo conto le prospettive di almeno 5 attori fondamentali del sistema:

1. la direzione ospedaliera per l'assetto organizzativo e strutturale;
2. i clinici per i modelli di presa in carico e meccanismi operativi;
3. la direzione delle Professioni sanitarie per i modelli assistenziali;
4. la direzione dell'azienda sanitaria per l'integrazione ospedale territorio;
5. il paziente con i suoi bisogni e percezioni.

La definizione del livello di cura richiesto avviene sulla base della valutazione di instabilità clinica e di complessità assistenziale, con l'allocazione del paziente in uno dei livelli d'intensità di cura assegnati alle degenze.

Definire e governare le reti di cura

Contribuire alla creazione e sviluppo di reti assistenziali, in particolare per le patologie complesse e le patologie tempo dipendenti, rappresenta anche per un obiettivo organizzativo prioritario così da poter assicurare ai cittadini una risposta appropriata e che consenta il superamento delle disuguaglianze nell'accesso e fruizione delle cure.

Per il raggiungimento dell'obiettivo si prevede di attivare dei dipartimenti funzionali aziendali ed interaziendali che realizzino una programmazione funzionale alla realizzazione dei cambiamenti necessari al fine di superare la logica della erogazione della singola prestazione per una logica di processo.

Migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio

L'ASL GALLURA ritiene che rivesta fondamentale importanza l'individuazione di percorsi del paziente che favoriscano la continuità dei processi di cura come espressione della presa in carico globale della persona con modalità che assicurino equità dell'accesso ai servizi, appropriatezza e tempestività degli interventi così da assicurare al cittadino risposte idonee in tempi rapidi.

Una valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni di bisogno sociosanitario complesso e la conseguente formulazione del Piano di Assistenza Individuale, prima della dimissione dall'ospedale, deve essere garantita a tutti i pazienti "fragili" così da assicurare le cure più appropriate a soddisfare i bisogni assistenziali, nel setting assistenziale più appropriato, sia esso il domicilio (Cure Domiciliari Integrate), sia strutture di riabilitazione a ciclo continuo o a ciclo diurno o RSA, nonché le strutture socio assistenziali per la non autosufficienza come le Comunità Integrate per Anziani.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale al fine di assicurare la continuità delle cure nelle 24 ore e l'integrazione ed il raccordo funzionale fra i diversi servizi consentirebbe una risposta appropriata in luogo del ricorso eccessivo ed improprio del Pronto Soccorso.

Potenziamento connesso sia con l'attivazione delle Case della Comunità sia con l'attivazione degli Ospedali di Comunità intesi come strutture territoriali di "Cure Intermedie" come meglio specificate negli atti di indirizzo regionali.

Migliorare la qualità e sicurezza delle cure

Il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure nei Presidi Ospedalieri si ritiene debba passare anche per l'adempimento normativo dell'accreditamento istituzionale posto dalla normativa a garanzia della qualità delle prestazioni erogate, ma diffusamente e, per vari motivi, sinora disatteso. L'accreditamento istituzionale "è strumento di garanzia della qualità che mira a promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza e dell'organizzazione" "per il perseguimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini individuati con i livelli essenziali di assistenza" (Intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le provincie autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'art.7, comma 1, del patto per la salute per gli anni 2012-2012).

L'ASL Gallura prevede l'attuazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio in sinergia e stretta interdipendenza rispetto alle attività di gestione della qualità, al fine di realizzare un sistema aziendale integrato di gestione della qualità e del rischio. L'Azienda riconduce l'attività di risk management ad una specifica struttura aziendale di Qualità e risk management. Tale struttura attraverso il conferimento di idonee risorse al fine di poter garantire un adeguato svolgimento della funzione stessa, si avvarrà, per gli aspetti clinici e tecnico-operativi, di professionisti, appositamente formati e da essa coordinati, operanti nell'ambito delle Strutture/funzioni della Direzione e delle articolazioni aziendali.

Le attività tipiche del Risk Manager sono rappresentate da:

- la definizione degli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio;
- l'individuazione delle criticità;
- l'individuazione di strumenti e azioni per la riduzione dei danni all'utente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale;
- la definizione di politiche e procedure finalizzate a sostenere l'attività professionale degli operatori.

Piano straordinario di ristrutturazione e manutenzione dei presidi ospedalieri

L'azienda sanitaria ha già intrapreso un percorso finalizzato all'ammodernamento delle strutture esistenti, infatti, l'art.42 della Legge Regionale 24/2020 stabilisce che la giunta regionale predispone un piano di investimenti straordinari per il rinnovo e la sostituzione delle strutture ospedaliere esistenti mediante la realizzazione dei nuovi presidi ospedalieri, di moderna concezione architettonica e funzionale, in grado di realizzare una migliore efficienza ed efficacia delle prestazioni sanitarie, e l'art.43 che approva un piano straordinario di ristrutturazione e manutenzione dei presidi ospedalieri.

Il percorso finalizzato all'ammodernamento delle strutture esistenti rappresenta opportunità per la futura transizione verso modelli di ospedale sostenibile.

La sostenibilità è un concetto ampio che oggi risulta applicato in settori molto diversi: prevalentemente in ambito sociale, economico ed ambientale ma ormai anche sulla sanità in quanto le strutture sanitarie, svolgono un ruolo fondamentale nei confronti dell'ambiente che le ospita soprattutto in relazione alla loro principale funzione di cura e assistenza, agli utilizzi di materie prime e fonti naturali, alle emissioni in atmosfera ed alle esigenze di mobilità connesse ad una loro determinata funzionalità. Gli ospedali sono tra i consumatori più importanti di energia per: illuminazione, riscaldamento e climatizzazione, apparecchiature per la diagnostica e per la terapia, inoltre sono anche importanti produttori di rifiuti speciali.

Attraverso la realizzazione dei nuovi ospedali e la riconversione delle strutture ospedaliere esistenti, le linee programmatiche per il prossimo triennio individuano specifici accorgimenti attenti alle esigenze ambientali con l'obiettivo prioritario di consolidare:

- l'efficienza energetica;
- prevedere sistemi per il riciclaggio dei rifiuti;
- implementare impianti per il recupero dell'acqua piovana;
- migliorare le strutture con soluzioni tecniche e innovative che puntano all'utilizzo di sistemi all'avanguardia e materiali green.

Parte III - La Programmazione Economico Patrimoniale

A. Il Bilancio Preventivo Economico Annuale e Pluriennale

Il Bilancio Economico Preventivo per gli anni 2023-2025 è stato redatto ai sensi dell'art.25 del DLGS 118/2011, nonché in ottemperanza a quanto previsto dalle comunicazioni pervenute dalla Direzione Generale della Sanità.

In particolare il BEP 2023-2025 è influenzato da due fattori esogeni che incidono nella gestione economico-finanziaria e sull'assetto organizzativo-istituzionale dell'ASL GALLURA, individuabili:

- nell'assegnazione provvisoria dei contributi in conto esercizio per quota Fondo sanitario regionale che alla macro- voce AA0010 A.1) contributi in c/esercizio presenta un decremento pari a -10.017250,44 rispetto all'anno 2022;

- nella riorganizzazione relativa alla riforma del sistema sanitario regionale prevista dalla L.R. 24/2020.

Il BEP 2023-2025 sarà oggetto di revisione e/o integrazione alla luce dell'adeguamento dell'assegnazione provvisoria dei contributi in conto esercizio per quota Fondo sanitario regionale al fine di poter superare il decremento rispetto all'anno 2022 che allo stato attuale presenta la macro- voce AA0010 A.1) contributi in c/esercizio (-10.017.250,44) e in relazione alle mutate esigenze derivanti dal nuovo assetto organizzativo alla luce dell'adozione dell'atto aziendale.

Si rimanda alla Nota Illustrativa del BEP 2023-2025 per il dettaglio della programmazione economico-finanziaria e delle stime delle voci di costo.

In estrema sintesi, la programmazione economica rappresentata considera uno scenario di coerenza con le indicazioni regionali che richiedono la predisposizione del pareggio di bilancio nell'anno 2023 ed il consolidamento di tale risultato nell'arco del triennio prossimo futuro, seppur con la possibilità di future variazioni in applicazione della riforma del SSR.

BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE

BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE	ANNO 2023	ANNO 2022	VARIAZIONE 2023-2022		ANNUALE PLURIENNALE	
			IMPORTO	%	ANNO 2024	ANNO 2025
A) VALORE DELLA PRODUZIONE						
1) Contributi in c/esercizio	322.960.290,59	333.331.043,33	10.370.752,74	97%	322.933.386,03	322.933.386,03
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	273.436.204,33	280.167.748,47	6.731.544,14	98%	273.436.204,33	273.436.204,33
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo -	49.524.086,26	53.163.294,86	3.639.208,60	93%	49.497.181,70	49.497.181,70
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	4.224.175,49	4.201.459,70	22.715,79	101%	4.197.270,93	4.197.270,93
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA -	40.473.261,41	44.133.222,22	3.659.960,81	92%	40.473.261,41	40.473.261,41
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA -	1.914.310,64	1.915.671,68	1.361,04	100%	1.914.310,64	1.914.310,64
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro -	2.666.501,13	2.666.501,13	0,00	100%	2.666.501,13	2.666.501,13
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo) -	-	-	-		-	-
6) Contributi da altri soggetti pubblici -	245.837,59	246.440,13	602,54	100%	245.837,59	245.837,59
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca -	-	-	-		-	-
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente -	-	-	-		-	-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata -	-	-	-		-	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici -	-	-	-		-	-
4) da privati -	-	-	-		-	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati -	-	-	-		-	-
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti -	1.000.000,00	1.000.000,00	-	100%	900.000,00	900.000,00
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti -	364.832,73	364.832,73	-	100%	364.832,73	364.832,73
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria -	25.784.633,22	26.031.213,02	246.579,80	99%	26.084.633,22	26.254.633,22
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche -	23.953.043,01	24.355.762,37	402.719,36	98%	23.953.043,01	23.953.043,01
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia -	850.000,00	650.000,00	200.000,00	131%	950.000,00	950.000,00
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro -	981.590,21	1.025.450,64	43.860,43	96%	1.181.590,21	1.351.590,21
5) Concorsi, recuperi e rimborsi -	2.495.664,72	2.515.682,66	20.017,94	99%	2.504.350,72	2.514.350,72
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) -	3.088.000,00	2.587.417,10	500.582,90	119%	3.210.000,00	3.210.000,00
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio -	3.027.759,89	2.834.519,67	193.240,22	107%	3.027.759,89	3.027.759,89
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni -	-	-	-	0%	-	-
9) Altri ricavi e proventi -	98.342,67	98.342,67	-	100%	98.342,67	98.342,67
TOTALE A)	356.819.523,82	366.763.051,18	9.943.527,36	97%	357.323.305,26	357.503.305,26
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				0%		
1) Acquisti di beni - - -	39.595.409,21	43.809.520,24	4.214.111,03	90%	39.868.616,31	39.867.253,31
a) Acquisti di beni sanitari - -	39.003.291,28	43.268.786,33	4.265.495,05	90%	39.277.253,31	39.278.253,31
b) Acquisti di beni non sanitari - -	592.117,93	540.733,91	51.384,02	110%	591.363,00	589.000,00
2) Acquisti di servizi sanitari - - -	171.116.316,92	181.978.782,11	10.862.465,19	94%	167.894.097,91	166.597.781,34

a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base --	18.358.086,87	18.575.908,73	- 217.821,86	99%	18.358.086,87	18.358.086,87
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica --	58.337.367,57	60.927.651,13	- 2.590.283,56	96%	58.337.367,57	58.337.367,57
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale --	13.943.265,66	16.374.359,97	- 2.431.094,31	85%	13.943.265,66	13.943.265,66
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa --	3.400.000,00	3.839.188,17	- 439.188,17	89%	3.400.000,00	3.400.000,00
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa --	3.505.901,95	3.505.901,95	-	100%	3.505.901,95	3.505.901,95
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica --	800.000,00	1.000.000,00	- 200.000,00	80%	800.000,00	800.000,00
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera --	51.712.482,70	39.085.738,21	- 12.626.744,49	132%	48.502.040,48	47.239.223,91
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale --	760.000,00	2.346.212,92	- 1.586.212,92	32%	760.000,00	760.000,00
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F --	9.253.467,29	9.362.692,40	- 109.225,11	99%	9.253.467,29	9.253.467,29
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione --	158.541,82	159.700,04	- 1.158,22	99%	158.541,82	158.541,82
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario --	3.378.073,83	3.381.474,09	- 3.400,26	100%	3.378.073,83	3.378.073,83
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria --	4.200.000,00	17.669.024,82	- 13.469.024,82	24%	4.200.000,00	4.200.000,00
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia) --	345.981,61	345.981,61	-	100%	345.981,61	345.981,61
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari --	1.264.529,52	1.254.598,60	- 9.930,92	101%	1.264.529,52	1.264.529,52
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie --	1.195.776,79	2.082.786,11	- 887.009,32	57%	1.184.000,00	1.150.500,00
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria --	502.841,31	2.067.563,36	- 1.564.722,05	24%	502.841,31	502.841,31
q) Costi per differenziale Tariffe TUC --	-	-	-	0%	-	-
3) Acquisti di servizi non sanitari - - - -	33.193.402,92	31.478.817,12	1.714.585,80	105%	33.072.862,46	33.089.410,22
a) Servizi non sanitari --	32.192.192,67	30.637.595,74	- 1.554.596,93	105%	32.101.652,26	32.088.199,97
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	701.210,25	585.610,25	- 115.600,00	120%	671.210,20	701.210,25
c) Formazione --	300.000,00	255.611,13	- 44.388,87	117%	300.000,00	300.000,00
4) Manutenzione e riparazione --	6.897.954,07	6.897.954,07	-	100%	6.897.954,07	6.897.954,07
5) Godimento di beni di terzi --	947.798,77	947.798,77	-	100%	947.798,77	947.798,77
6) Costi del personale - - - -	85.670.254,08	82.251.791,02	3.418.463,06	104%	89.595.987,84	91.057.119,63
a) Personale dirigente medico --	40.702.836,15	39.374.838,56	- 1.327.997,59	103%	41.895.936,11	42.367.563,54
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico --	1.799.022,54	1.615.764,55	- 183.257,99	111%	2.066.066,17	2.193.102,02
c) Personale comparto ruolo sanitario --	30.437.071,87	29.959.591,87	- 477.480,00	102%	32.018.917,71	33.102.006,93
d) Personale dirigente altri ruoli --	756.809,48	494.665,81	- 262.143,67	153%	1.069.554,27	1.135.351,77
e) Personale comparto altri ruoli --	11.974.514,04	10.806.930,24	- 1.167.583,80	111%	12.545.513,58	12.259.095,37
7) Oneri diversi di gestione --	1.747.708,46	1.747.708,46	-	100%	1.747.708,46	1.747.708,46
8) Ammortamenti - - - -	7.491.067,87	7.491.067,87	-	100%	7.491.067,87	7.491.067,87
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali --	344.380,91	344.380,91	-	100%	344.380,91	344.380,91
b) Ammortamenti dei Fabbricati --	3.456.311,42	3.456.311,42	-	100%	3.456.311,42	3.456.311,42
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali --	3.690.375,54	3.690.375,54	-	100%	3.690.375,54	3.690.375,54
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti --	-	-	-	0%	-	-
10) Variazione delle rimanenze - - - -	320.161,35	320.161,35	-	100%	320.161,35	320.161,35

a) Variazione delle rimanenze sanitarie - -	-	-	-	100%	-	-
	319.647,13	319.647,13	-		319.647,13	319.647,13
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie - -	-	-	-	100%	-	-
	514,22	514,22	-		514,22	514,22
11) Accantonamenti - - - -	4.350.866,66	4.350.866,66	-	100%	3.998.466,77	3.998.466,77
a) Accantonamenti per rischi - -	1.363.902,84	1.363.902,84	-	100%	1.011.502,95	1.011.502,95
b) Accantonamenti per premio operosità - -	264.050,54	264.050,54	-	100%	264.050,54	264.050,54
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati - -	1.162.945,80	1.162.945,80	-	100%	1.162.945,80	1.162.945,80
d) Altri accantonamenti	1.559.967,48	1.559.967,48	-	100%	1.559.967,48	1.559.967,48
TOTALE B)	350.690.617,61	360.634.144,97	9.943.527,36	97%	351.194.399,11	351.374.399,09
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	6.128.906,21	6.128.906,21	0,00	100%	6.128.906,15	6.128.906,17
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			-	0%		
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari - -	-	-	-	0%	-	-
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	-	-	-	0%	-	-
TOTALE C)	-	-	-	0%	-	-
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE			-	0%		
1) Rivalutazioni - -	-	-	-	0%	-	-
2) Svalutazioni	-	-	-	0%	-	-
TOTALE D)	-	-	-	0%	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI			-	0%		
1) Proventi straordinari - - - -	-	-	-	0%	-	-
a) Plusvalenze - -	-	-	-	0%	-	-
b) Altri proventi straordinari - -	-	-	-	0%	-	-
2) Oneri straordinari - - - -	-	-	-	0%	-	-
a) Minusvalenze - -	-	-	-	0%	-	-
b) Altri oneri straordinari -	-	-	-	0%	-	-
TOTALE E)	-	-	-	0%	-	-
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	6.128.906,21	6.128.906,21	0,00	100%	6.128.906,15	6.128.906,17
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO			-	0%		
1) IRAP - - - -	6.090.616,85	6.090.616,85	-	100%	6.090.616,85	6.090.616,85
a) IRAP relativa a personale dipendente - -	5.469.201,95	5.469.201,95	-	100%	5.469.201,95	5.469.201,95
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente - -	591.087,49	591.087,49	-	100%	591.087,49	591.087,49
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intraoena) - -	30.306,24	30.306,24	-	100%	30.306,24	30.306,24
d) IRAP relativa ad attività commerciali - -	21,17	21,17	-	100%	21,17	21,17
2) IRES - -	38.289,36	38.289,36	-	100%	38.289,30	38.289,32
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	0%	-	-
TOTALE Y)	6.128.906,21	6.128.906,21	-	100%	6.128.906,15	6.128.906,17
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	0,00	0,00	0,00	0%	0,00	0,00