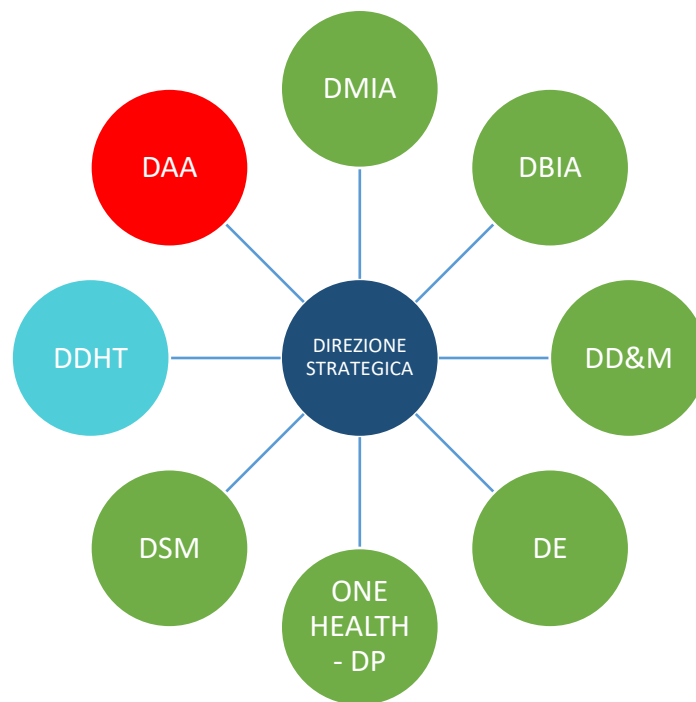


ASL Gallura

Azienda socio-sanitaria locale

ATTO AZIENDALE



INDICE

PREMESSA.....	1
1. AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE DELLA GALLURA	1
1.1. CONTESTO TERRITORIALE	3
1.1.1. LA POPOLAZIONE STRANIERA.....	13
1.1.2. IL TURISMO.....	18
2.	21
2.1. MISSION	21
2.2. VISION	21
2.3. VALORI	22
3. GLI ORGANI AZIENDALI	23
3.1. IL DIRETTORE GENERALE	23
3.2. IL COLLEGIO SINDACALE	24
3.3. IL COLLEGIO DI DIREZIONE	26
4. LA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE.....	28
4.1. IL DIRETTORE GENERALE	28
4.2. IL DIRETTORE SANITARIO	29
4.3. IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	30
4.4. IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI	30
4.4.1. IL PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI ALLA PERSONA	31
4.5. IL BILANCIO DI ESERCIZIO.....	32
5. L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	34
5.1. L'ORGANIGRAMMA.....	34
5.2. LE STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE.....	35
5.3. IL TERRITORIO	38
5.3.1. LA SANITÀ DI INIZIATIVA	38
5.3.2. I DISTRETTI.....	40
5.3.2.1. UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI	41
5.3.2.2. IL COMITATO DI DISTRETTO.....	42
5.3.2.3. IL DIRETTORE DEL DISTRETTO.....	43
5.3.3. DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI OLBIA	43
5.3.4. DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI TEMPIO PAUSANIA	44
5.3.5. DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI LA MADDALENA.....	45
5.3.6. CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	46
5.3.7. CASA DELLA COMUNITÀ	46
5.3.8. OSPEDALE DI COMUNITÀ	50
5.3.9. INFERMIERE DI FAMIGLIA O DI COMUNITÀ	50
5.3.10. UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	50
5.3.11. SSD PUA-UVT, ASSISTENZA DOMICILIARE E AI DISABILI E FRAGILI	51
5.3.11.1. PUA E UVT	51
5.3.11.2. CURE PALLIATIVE	52
5.3.11.3. RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE.....	52
5.3.11.4. DISABILI E FRAGILI.....	53
5.3.12. SSD CONSULTORIO FAMILIARE.....	54
5.3.13. SSD CURE PRIMARIE E SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	55
5.3.14. ASSISTENZA FARMACEUTICA	56
5.3.14.1. SC FARMACIA TERRITORIALE E PROTESICA.....	57
5.3.14.1.1. ASSISTENZA PROTESICA.....	57
5.3.14.2. SSD FARMACIA OSPEDALIERA.....	58
5.4. GLI OSPEDALI DELL'AZIENDA.....	60

5.4.1.	OSPEDALE SAN GIOVANNI PAOLO II DI OLBIA.....	60
5.4.2.	OSPEDALE PAOLO DETTORI DI TEMPIO PAUSANIA	62
5.4.3.	OSPEDALE PAOLO MERLO DI LA MADDALENA.....	64
5.5.	L'ORGANIZZAZIONE PER INTENSITÀ DI CURE	65
5.6.	DIPARTIMENTI CLINICI.....	66
5.6.1.	DIPARTIMENTO STRUTTURALE DIREZIONALE OSPEDALE TERRITORIO.....	67
5.6.2.	AREA PER LA PATOLOGIA ACUTA	70
5.6.2.1.	DIPARTIMENTO PER LA PATOLOGIA ACUTA DI MEDIA INTENSITÀ	70
5.6.2.2.	DIPARTIMENTO DONNE E MINORI.....	72
5.6.3.	AREA DELLA CRONICITÀ	74
5.6.3.1.	DIPARTIMENTO DI BASSA INTENSITÀ ASSISTENZIALE e CRONICITÀ	74
5.6.4.	AREA DELL'EMERGENZA	78
5.6.4.1.	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	78
5.6.4.2.	SSD PS LA MADDALENA, EMERGENZA TERRITORIALE E TURISTICA.....	80
5.6.5.	DIPARTIMENTI TERRITORIALI	82
5.6.5.1.	ONE HEALTH: AREA DELLA PREVENZIONE.....	82
5.6.5.1.1.	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA	84
5.6.5.1.2.	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA.....	86
5.6.5.2.	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE.....	88
5.6.5.2.1.	SC CENTRI DI SALUTE MENTALE	88
5.6.5.2.2.	SSD PSICHIATRIA PENITENZIARIA E FORENSE	90
5.6.5.2.3.	PSICHIATRIA RIABILITATIVA RESIDENZIALE E CENTRI DIURNI.....	90
5.6.5.2.4.	SSD SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA (SPDC).....	91
5.6.5.2.5.	SC NEUROSPICHIATRIA INFANTILE.....	91
5.6.5.2.6.	SC SERVIZIO DIPENDENZE (SERD).....	91
5.6.5.2.7.	SC PSCICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE.....	92
5.6.6.	DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI E RETI DI PATOLOGIA.....	93
5.6.6.1.	DIPARTIMENTO FUNZIONALE INTERAZIENDALE PER L'EMERGENZA DEL NORD SARDEGNA.....	93
5.6.7.	DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE.....	94
5.7.	LA TECNOSTRUTTURA AMMINISTRATIVA	96
5.8.	IL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO.....	97
5.8.1.	SC AREA ECONOMICO FINANZIARIA	98
5.8.1.1.	BILANCIO, CICLO ATTIVO E PASSIVO.....	98
5.8.1.2.	APPROVIGIONAMENTI	98
5.8.2.	SC AREA TECNICA	99
5.8.3.	SC TECNOLOGIA E TRANSIZIONE DIGITALE	99
5.8.4.	SC AFFARI GENERALI, LEGALI E CAPITALE UMANO	100
5.8.4.1.	ANTICURRUZIONE E TRASPARENZA	101
5.8.4.2.	DPO E POLITICHE PER LA PRIVACY.....	101
5.8.4.3.	COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)	102
5.8.4.4.	INTERNAL AUDIT.....	103
5.8.4.5.	CAPITALE UMANO.....	103
5.8.4.5.1.	RETE FORMATIVA	104
5.8.5.	SSD SUPPORTO AMMINISTRATIVO ALLE STRUTTURE AZIENDALI	104
5.9.	LE STRUTTURE DI STAFF	106
5.9.1.	SC AREA DATA MANAGEMENT.....	106
5.9.1.1.	FLUSSI INFORMATIVI E NOC	107
5.9.2.	SSD QUALITÀ E RISK MANAGEMENT	107
5.9.2.1.	IL RISK MANAGER	108
5.9.3.	SSD UNITÀ PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO (UPRI).....	108
5.9.4.	SSD OPERATIONS MANAGEMENT E LOGISTICA.....	109

5.9.5. FUNZIONI DI STAFF.....	109
6. ORGANISMI CONSULTIVI, ELETTIVI E GRUPPI DI LAVORO	112
6.1. CONSIGLIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE	112
6.2. COMITATO DI DIPARTIMENTO	113
6.3. ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)	113
6.4. COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG)	114
6.5. COMMISSIONE FARMACEUTICA	114
6.6. UFFICIO DI PUBBLICA TUTELA	115
6.7. CONFERENZA TERRITORIALE SANITARIA E SOCIO SANITARIA DELLA GALLURA	115
6.8. IL COMITATO CONSULTIVO MISTO	116
7. GLI STAKEHOLDER	117
8. STRUTTURE E SERVIZI DELL'AZIENDA.....	118
9. SVILUPPO FUTURO	122
10. MOTIVAZIONI AGGIUNTIVE A SOSTEGNO DELLE SCELTE SULLE STRUTTURE AZIENDALI	126

PREMESSA

Ai sensi del D.Lvo 502/92, della LR 24/2020, della Delibera della Giunta Regionale n. 12/15 del 7.4.2022 e all., del DCR dell'11.12.2017 e della DGR 50/73 del 30.09.2022, viene predisposto il seguente Atto Aziendale che disciplina l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda Socio-sanitaria Locale della Gallura (ASL della Gallura).

L'Atto Aziendale, così come previsto dal l'art.9 c2 e dall'art. 16 della LR 24/2020, descrive la Struttura Organizzativa dell'Azienda, individua le Strutture Operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale soggette a rendicontazione analitica, i Servizi, le competenze dei relativi responsabili e disciplina l'organizzazione dell'Azienda e i rapporti gerarchici tra le Strutture e i Servizi.

1. AZIENDA SOCIO-SANITARIA LOCALE DELLA GALLURA

Ai sensi della citata legge regionale n. 24/2020, l'Azienda Socio-sanitaria Locale della Gallura (ASL della Gallura), è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione.

L'ASL Gallura ha sede legale in Via Bazzoni Sircana 2-2A, 07026, Olbia (SS).

Il Logo aziendale, in uniformità nell'ambito regionale, è il seguente:



Il Logo è costituito apponendo al logo del Servizio Sanitario Regionale, unico per l'intero SSR, il nome dell'Azienda Socio-sanitaria Locale della Gallura. Il Logo dell'ASL Gallura può essere utilizzato sia a colori (rosso e nero) che in bianco e nero e ne costituisce il simbolo identificativo. L'ASL Gallura ne garantisce la diffusione esterna ed interna e ne regola l'uso e la concessione in patrocinio.

L'ASL Gallura svolge le funzioni di:

- programmazione aziendale e gestione complessiva dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, attraverso un'analisi sistematica dei bisogni locali, la promozione e

la valorizzazione delle reti di prossimità, il controllo dell'appropriatezza della domanda e dell'offerta assistenziale.

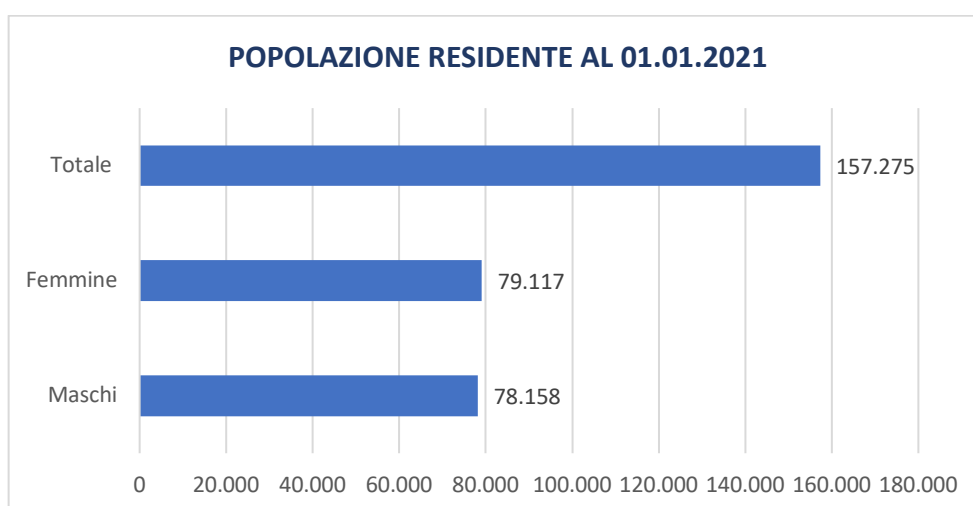
- omogeneizzazione e armonizzazione dei processi assistenziali nel territorio regionale in coordinamento con le attività delle altre Aziende;
- garanzia del perseguimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) per la propria popolazione mediante servizi/prestazioni prodotti direttamente e servizi/prestazioni prodotti da altri soggetti pubblici e privati, acquisiti direttamente (funzione di committenza, ferma restando la competenza di ARES) o indirettamente attraverso la regolazione regionale della mobilità.

1.1 CONTESTO TERRITORIALE

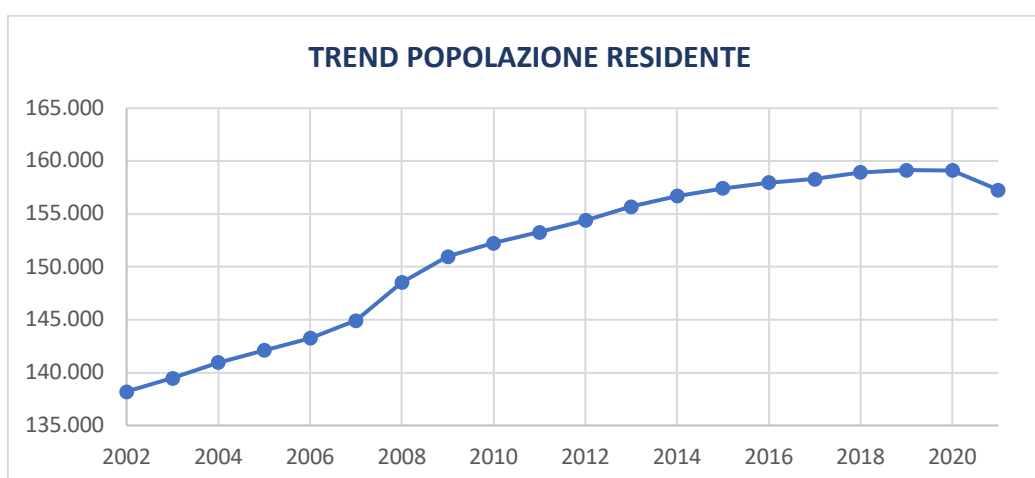
La Gallura occupa la parte Nord Orientale della Sardegna e si estende per 3.406 km². con una densità di popolazione pari a 46 abitanti per km². che corrisponde al 10% della popolazione regionale.

ASL	01.01.2020	01.01.2021	Δ nominale 2021-2020	Δ 2021-2020	%
ASL N.2 GALLURA	159.119	157.275	-1.844	-1,16%	
Totale SARDEGNA	1.611.621	1.590.044	-21.577	-1,34%	

La popolazione residente nel territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria n. 2 Gallura alla data dell'01.01.2021 è pari a 157.275 abitanti di cui 78.158 maschi e 79.117 femmine con un decremento nominale rispetto all'anno precedente di 1.844 residenti (-1.16%).



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)



Questa tendenza di riduzione della popolazione residente è confermata dai valori registrati negli ultimi anni anche a livello regionale: la Sardegna nell'arco di dieci anni ha visto diminuire la popolazione residente di 47.802 individui mentre la

differenza di residenti tra gli anni 2021 e 2020 è pari a -21.577; tale decremento che, a livello regionale è pari a -1,34%, ha interessato tutte le Aziende Sanitarie e, anche se in maniera minore rispetto al decremento percentuale regionale, anche l'Azienda Sanitaria N. 2 Gallura che ha registrato un decremento pari a -1,16%. Occorre evidenziare però che se negli anni dal 2002 al 2018 la popolazione gallurese è sempre cresciuta, negli ultimi tre anni è diminuita.

La pandemia da Covid-19 che ha colpito l'Italia nel corso del 2020 ha lasciato strascichi molto evidenti a livello demografico nelle aree, come la Sardegna, che avevano già a che fare con problemi gravi sul piano economico e sociale. In tal senso, l'Isola risulta la Regione col peggiore tasso di natalità, 5,1 nati per 1000 abitanti. Anche sul versante dei decessi, nel periodo ottobre-dicembre 2020, quando anche la Sardegna è stata interessata da forti ondate pandemiche, si è registrato nell'Isola un incremento di decessi pari al +34,9%. Ma la pandemia da Covid-19 con i diversi lockdown e limitazioni di spostamenti ha prodotto effetti non soltanto sulla mortalità ma anche sulla mobilità residenziale interna.

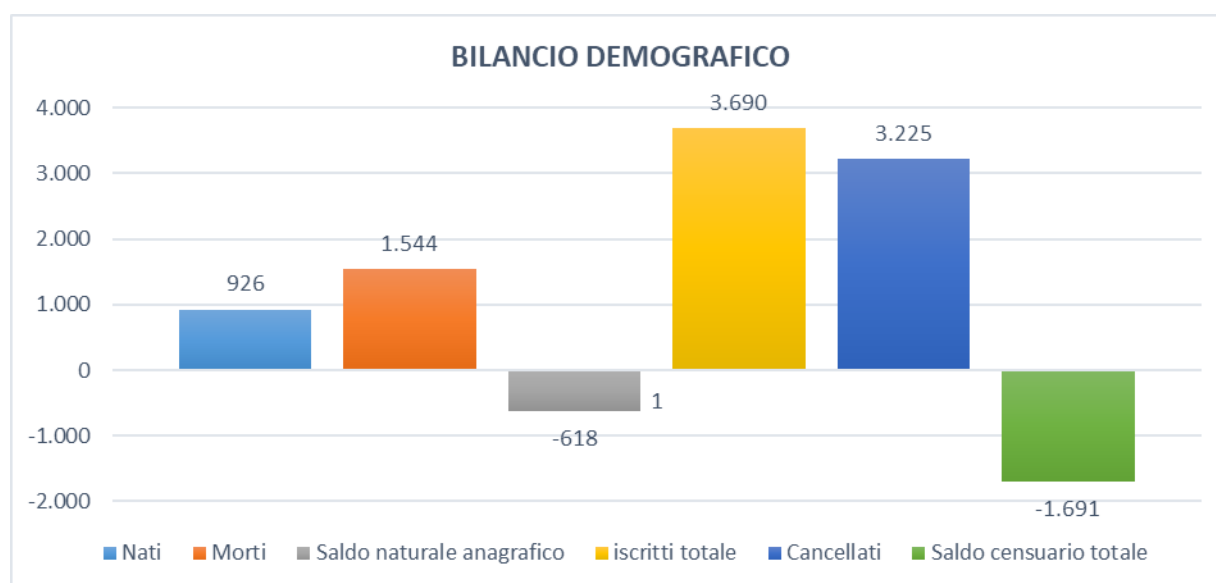
Nel corso del 2020, infatti, le migrazioni, ossia la componente demografica più dinamica negli ultimi anni, sono state limitate in quanto quasi tutti gli Stati, a causa della pandemia, hanno imposto barriere all'ingresso dei confini nazionali e limitazioni al movimento interno. Per tantissime persone è stato quindi impossibile spostarsi, indipendentemente dal fatto che si possedessero o meno validi motivi di lavoro, studio o familiari. Gli effetti del lockdown hanno poi determinato inevitabili ripercussioni sul versante dei trasferimenti di residenza. Il riflesso di tali andamenti ha comportato una riduzione della popolazione residente.

Passando ad analizzare più analiticamente i flussi di abitanti in entrata e uscita dall'Asl n.2 Gallura e in particolare il bilancio demografico aziendale si rileva un saldo naturale negativo pari a -618 dovuto ad un numero di nascite (926) inferiore rispetto a quello dei decessi (1.544) e ad un complessivo saldo censuario negativo pari a -1691. Volendo analizzare lo stesso bilancio demografico riferito ai 3 distretti socio-sanitari si rileva che il Distretto di Olbia è quello che presenta, in valori percentuali in rapporto alla popolazione distrettuale, un maggior numero di nati (0,6% contro lo 0,5% circa degli altri distretti) e un minor numero di decessi (0,91% rispetto a 1,21% del distretto di Tempio e 0,96% di quello di La Maddalena. In riferimento al decremento della popolazione residente rapportata alla popolazione distrettuale si rileva una riduzione percentuale maggiore nel distretto di Tempio (-1,56%) contro -1,04% del Distretto di Olbia e -1,40 del Distretto di La Maddalena.

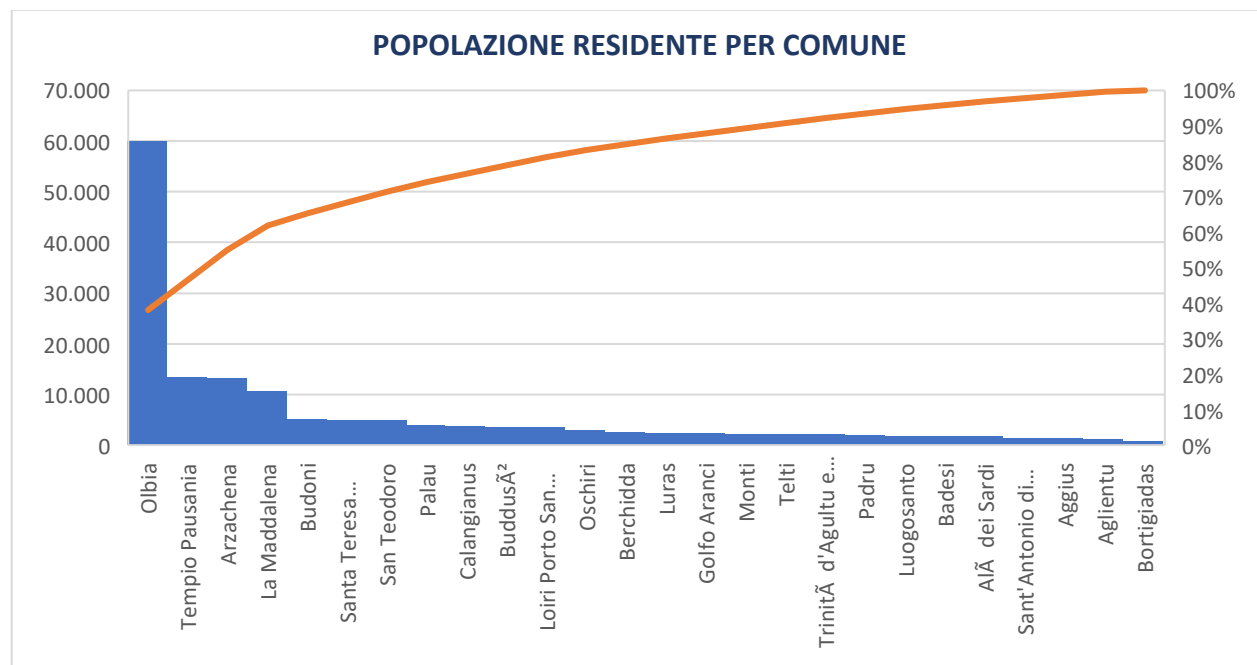
E' evidente che i dati del bilancio demografico riflettono anche il momento storico e la pandemia da Covid-19 che ha interessato la ASL e tutti i Paesi del mondo.

BILANCIO DEMOGRAFICO ANNO 2020 E POPOLAZIONE RESIDENTE AL 31.12.2020	ASL N. 2 GALLURA	Distretto di Olbia	Distretto di Tempio	Distretto di La Maddalena
Popolazione al 1° gennaio	159.119	118.841	29.404	10.874
Nati	926	735	139	52
Morti	1.544	1.084	356	104
Saldo naturale anagrafico	-618	-349	-217	-52
Iscritti da altri comuni	3.124	2.459	503	162
Iscritti dall'estero	541	435	77	29
Altri iscritti	25	22	3	0
Cancellati per altri comuni	2.625	2.008	462	155
Cancellati per l'estero	367	290	66	11
Altri cancellati	233	178	49	6
Saldo migratorio anagrafico estero	174	145	11	18
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0	0
Saldo censuario totale	-1.691	-1.323	-249	-119
Popolazione al 31 dicembre	157.275	117.609	28.944	10.722
Popolazione residente in famiglia al 31 dicembre	156.644	117.394	28.535	10.715
Popolazione residente in convivenza al 31 dicembre	631	215	409	7
Numero di convivenze al 31 dicembre da trattamento statistico dell'informazione di fonte anagrafica	64	37	24	3

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)



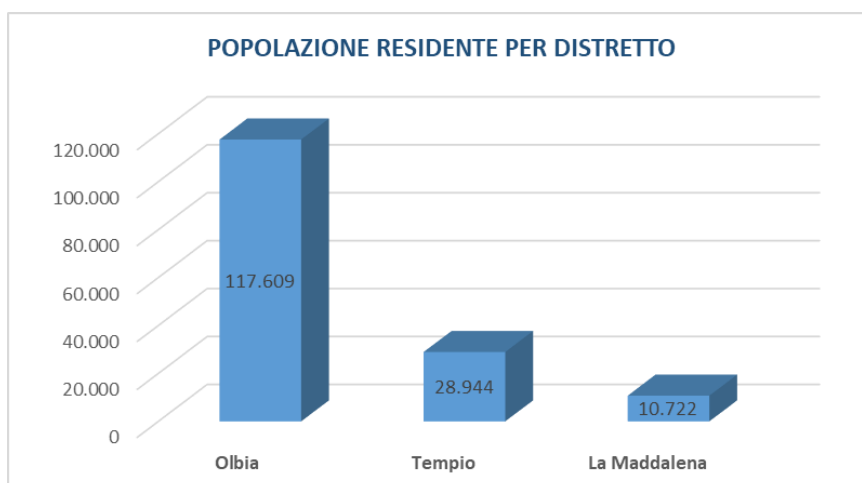
La maggior parte della popolazione risiede nei comuni più grandi quali Olbia, Tempio Pausania, Arzachena e La Maddalena e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale. La maggioranza dei comuni sono di piccole dimensioni ed altro elemento caratterizzante la Gallura sono i nuclei residenziali di matrice rurale che si manifestano con diversi gradi di densità abitativa.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

L'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria n. 2 Gallura è articolata in tre Distretti Socio-Sanitari: Distretto di Olbia, Distretto di Tempio Pausania e 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 ovvero 117.609 abitanti, segue il Distretto di Tempio con il 18% ossia 28.944 residenti e il Distretto della Maddalena con il 7% del totale della popolazione residente ovvero 10.722 abitanti.



Di seguito si riporta in analitico il numero degli abitanti residenti nei diversi Comuni appartenenti ai tre Distretti Socio-Sanitari suddivisi per genere.

Residenti nei Comuni del Distretto di Olbia

DISTRETTO DI OLBIA	Maschi	Femmine	TOTALE
Alà dei Sardi	887	900	1.787
Arzachena	6.712	6.625	13.337
Berchidda	1.306	1.330	2.636
Buddusò	1.842	1.824	3.666
Budoni	2.564	2.657	5.221
Golfo Aranci	1.163	1.243	2.406
Loiri Porto San Paolo	1.786	1.765	3.551
Monti	1.180	1.156	2.336
Olbia	29.574	30.374	59.948
Oschiri	1.548	1.526	3.074
Padru	1.026	998	2.024
Palau	2.064	2.013	4.077
San Teodoro	2.471	2.452	4.923
Santa Teresa Gallura	2.491	2.460	4.951
Sant'Antonio di Gallura	714	734	1.448
Telti	1.115	1.109	2.224
Totale complessivo	58.443	59.166	117.609

Residenti nei Comuni del Distretto di Tempio

DISTRETTO DI TEMPIO	Maschi	Femmine	TOTALE
Aggius	670	739	1.409
Aglientu	598	581	1.179
Badesi	895	924	1.819
Bortigiadas	363	374	737
Calangianus	1.930	1.924	3.854
Luogosanto	912	909	1.821
Luras	1.196	1.270	2.466
Tempio Pausania	6.727	6.716	13.443
Trinità d'Agultu e Vignola	1.101	1.115	2.216
Totale complessivo	14.392	14.552	28.944

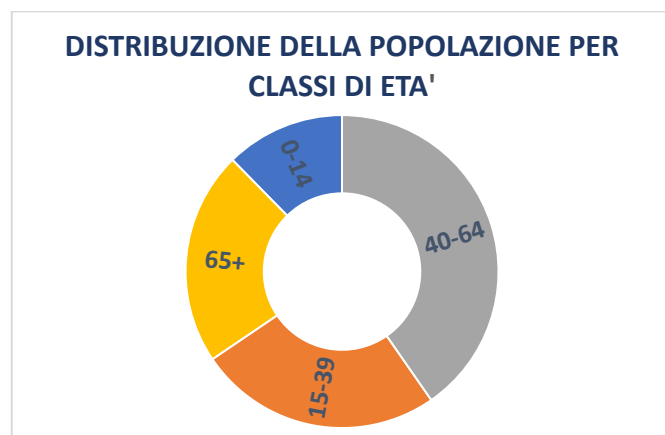
Residenti nel Distretto di La Maddalena

DISTRETTO DI LA MADDALENA	Maschi	Femmine	TOTALE
La Maddalena	5.323	5.399	10.722
Totale complessivo	5.323	5.399	10.722

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

In riferimento alla struttura della popolazione, l'Azienda n.2 Gallura rileva una classe di età 0-14 anni costituita da 19.427 residenti che rappresenta il 12,4% dell'intera popolazione, posizionandosi al di sopra delle percentuali delle altre Asl e della media

regionale (10,9%); nel contempo, si rileva la percentuale più bassa a livello regionale degli over 65 (22,1% contro il 25,3% a livello regionale).



Classi d'età	Totale	%
0-14	19.427	12,4%
15-39	39.628	25,2%
40-64	63.430	40,3%
65+	34.790	22,1%
TOTALE	157.275	100%

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

Classi d'età	0-14	15-64	65+
ASL N.2 GALLURA	12,4%	65,5%	22,1%
SARDEGNA	10,9%	63,8%	25,3%
Variazione %	1,5%	1,7%	-3,2%

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

INDICATORI DEMOGRAFICI	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza Strutturale	Indice di struttura della popolazione	Indice di dipendenza anziani
ASL N.2 GALLURA	179,1	52,6	160,1	33,8
SARDEGNA	231,5	56,7	161,1	39,6

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

L'analisi degli indicatori di struttura demografica mostra una popolazione caratterizzata da una numerosità statistica nelle fasce d'età giovanile e in età lavorativa, ma interessata, anche se in misura minore rispetto alle altre Aziende Socio-Sanitarie regionali, da un progressivo processo di invecchiamento della popolazione.

Più analiticamente l'indice di vecchiaia della popolazione, espresso come rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, è pari a 179,1%; tale valore nonostante sia cresciuto negli ultimi anni risulta sempre inferiore rispetto alla media regionale pari al 231,5%.

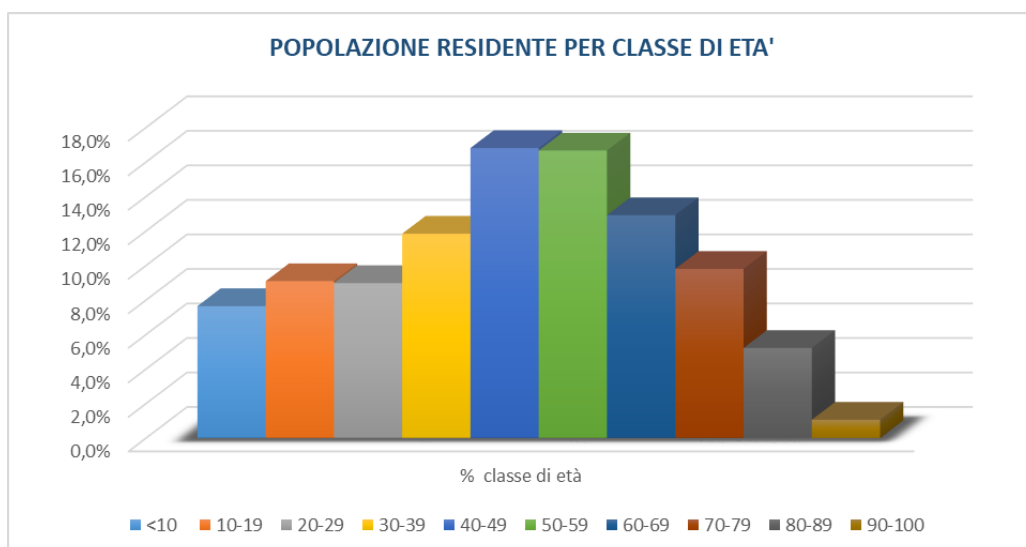
Anche l'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva su quella attiva ed è calcolato come il rapporto tra la popolazione inattiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella in età lavorativa (15-64 anni), e che è pari al 52,6%, risulta essere inferiore rispetto al valore regionale pari al 56,7%. Si rammenta però che 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 attiva, che indica il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa ed è calcolato quale rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni). si attesta al 160,1% contro una media regionale più elevata pari a 161,1%. Ciò significa che è la fascia lavorativa più "anziana" a prevalere su quella più giovane infatti per ogni 100 residenti di 15-39 anni ce ne sono circa 160 nella fascia di età 40-64 anni con indubbi svantaggi in termini di dinamismo e di adattamento al lavoro della popolazione.

Volendo analizzare più approfonditamente la struttura della popolazione e suddividendola in classi più piccole si rileva che le classi di età più rappresentative sono quelle centrali ossia quelle in età lavorativa e più analiticamente quella dei 40-49 anni con 26.428 residenti (16,8% della popolazione) di cui il 50,4% di genere maschile e quella dei 50-59 anni, che costituisce il 16,7% dell'intera popolazione e conta 26.202 residenti di cui il 50,3% di genere maschile; a queste classi di età segue quella dei 60-69 anni che rappresenta il 12,9% della popolazione e conta 20.309 residenti di cui il 50,3% di genere femminile e quella dei 30-39 anni (11,8% della popolazione) con 18.620 residenti in cui le percentuali dei due generi si equivalgono. Importante evidenziare la fascia di età 0-9 anni che conta 12.022 bambini, di cui il 51,5% di genere maschile, costituendo il 7,6% dell'intera popolazione residente.

POPOLAZIONE PER CLASSI DI ETÀ'			
CLASSE DI ETÀ'	Maschi	Femmine	TOTALE
<10	6.187	5.835	12.022
10-19	7.316	6.977	14.293
20-29	7.299	6.821	14.120
30-39	9.316	9.304	18.620
40-49	13.312	13.116	26.428
50-59	13.171	13.031	26.202
60-69	10.093	10.216	20.309
70-79	7.390	8.022	15.412
80-89	3.503	4.702	8.205
90-100	571	1.093	1.664
Totale	78.158	79.117	157.275

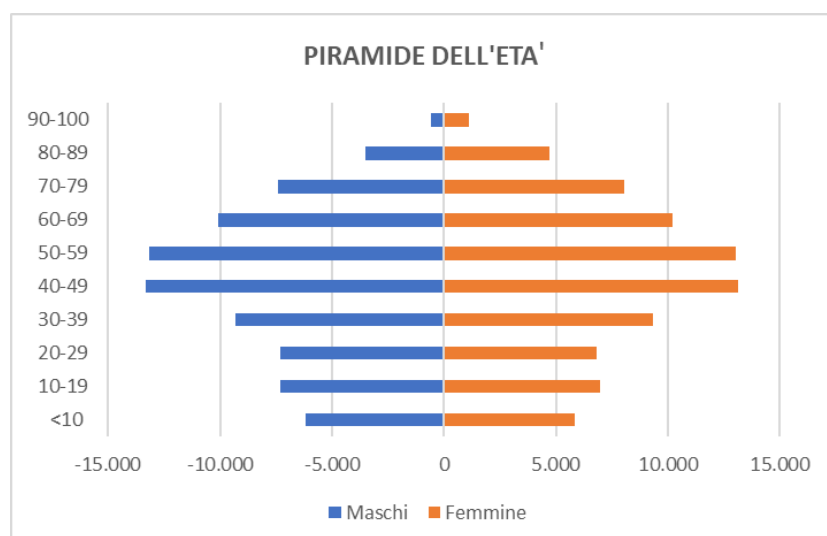
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)



POPOLAZIONE PER CLASSI DI ETA' %

CLASSE DI ETA'	Maschi	Femmine	% classe di età
<10	51,5%	48,5%	7,6%
10-19	51,2%	48,8%	9,1%
20-29	51,7%	48,3%	9,0%
30-39	50,0%	50,0%	11,8%
40-49	50,4%	49,6%	16,8%
50-59	50,3%	49,7%	16,7%
60-69	49,7%	50,3%	12,9%
70-79	47,9%	52,1%	9,8%
80-89	42,7%	57,3%	5,2%
90-100	34,3%	65,7%	1,1%
Totale	49,7%	50,3%	100%

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)



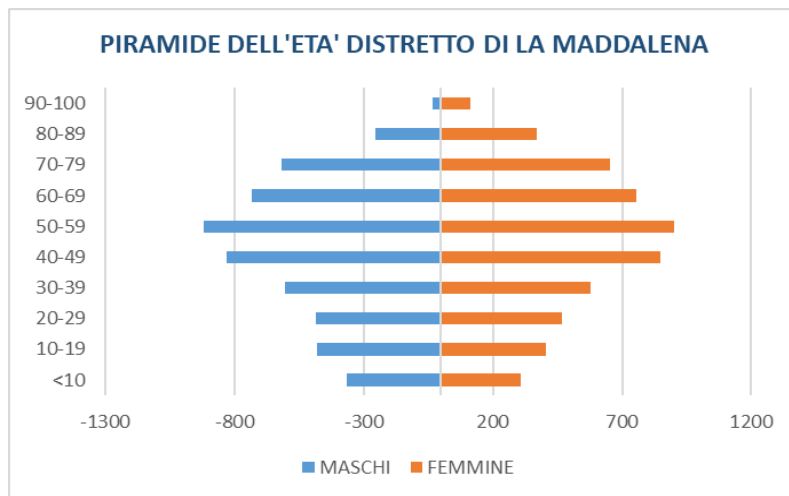
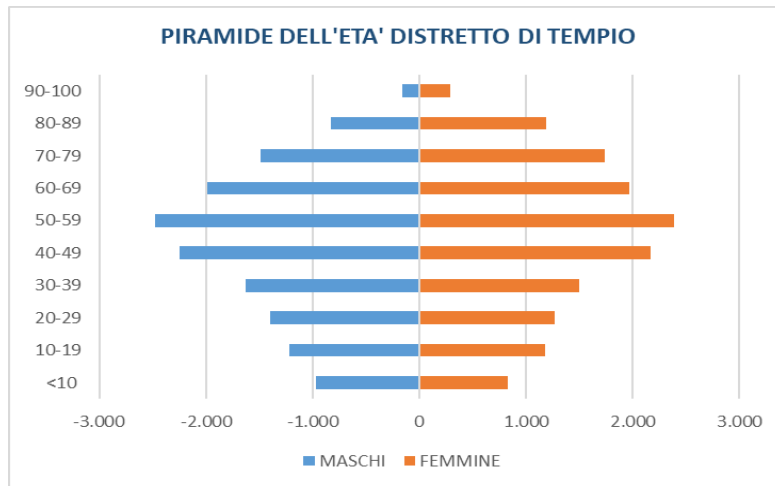
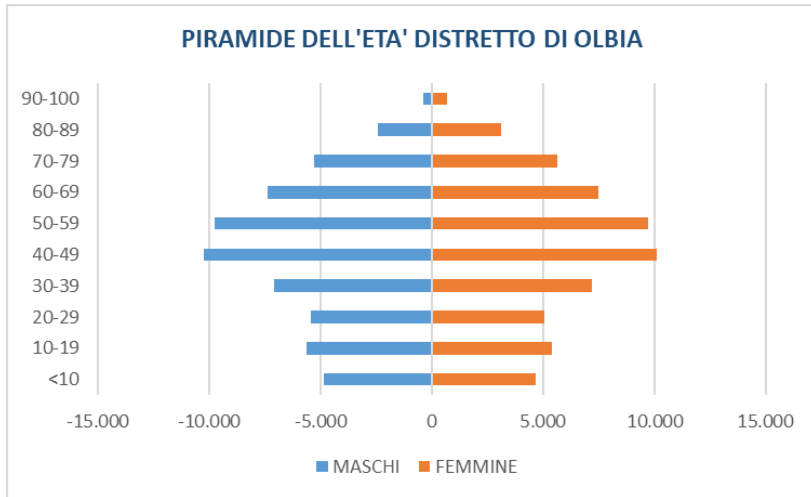
Se si analizza la distribuzione della popolazione residente nei diversi Distretti Socio-Sanitari afferenti all'Azienda si rilevano delle percentuali più alte delle classi di età più giovani, quali 0-14 e 15-39, nel Distretto di Olbia che raggiungono rispettivamente il 13% e il 26% contro il 10% e il 24% rilevati nei Distretti di Tempio Pausania e di La Maddalena. Inoltre, anche nelle classi di età più grandi, come quella over 65, il Distretto di Olbia rileva una percentuale migliore pari al 21% mentre il Distretto di Tempio e quello di La Maddalena registrano tassi più elevati pari rispettivamente al 26% e 25%. Ciò a dimostrazione di una popolazione più giovane residente nel Distretto di Olbia.

DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE PER CLASSI DI ETA' NEI DISTRETTI

DISTRETTI	0-14	15-39	40-64	65+	Totale
CLASSI DI ETA'					
OLBIA	15.320	30.036	47.784	24.469	117.609
% sul totale	13%	26%	41%	21%	100%
TEMPIO	3.004	6.999	11.353	7.588	28.944
% sul totale	10%	24%	39%	26%	100%
LA MADDALENA	1.103	2.593	4.293	2.733	10.722
% sul totale	10%	24%	40%	25%	100%

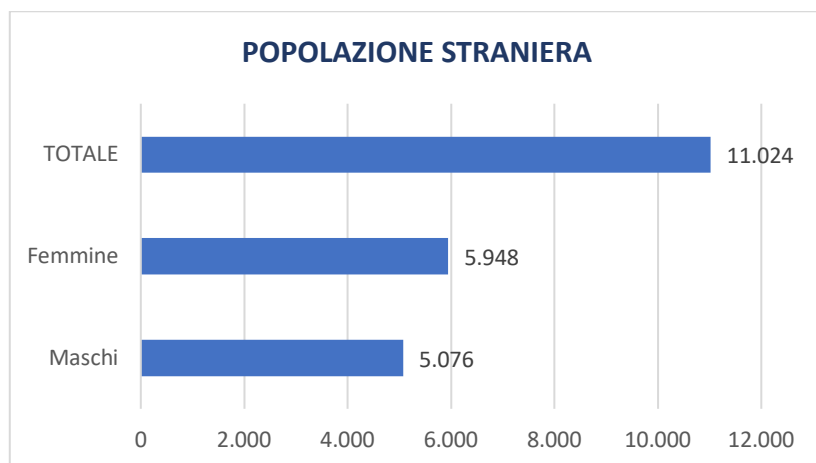
Tale analisi si evidenzia meglio, considerando anche il genere, attraverso le piramidi dell'età riferite ai singoli Distretti socio-sanitari.

L'aspetto piramidale della popolazione del Distretto di Olbia evidenzia, in generale rispetto agli altri due Distretti, una maggiore numerosità in termini percentuali delle classi più giovani e una minore numerosità di quelle più vecchie. Più analiticamente, nel Distretto di Olbia le classi di età più rappresentative sia in termini assoluti che percentuali sono quelle centrali ossia 40-49 anni e 50-59 anni che rappresentano entrambe il 17% dell'intera popolazione distrettuale con una lievissima maggioranza del genere maschile (50,2%). Nel Distretto di Tempio P. invece la classe di età più numerosa sia in termini assoluti che percentuali è quella dei 50-59 anni che rappresenta, come per il Distretto di Olbia e quello di La Maddalena, il 17% dell'intera popolazione distrettuale con una lievissima maggioranza del genere maschile. L'altra classe di età centrale ossia quella dei 40-49 anni è più bassa nel Distretto di Tempio dove raggiunge la percentuale del 15% mentre risale al 16% nel distretto di La Maddalena. E' inoltre interessante evidenziare che se le classi di età over 60 anni rappresentano nel Distretto di Olbia il 28% dei residenti, nel Distretto di Tempio e in quello di La Maddalena raggiungono la percentuale del 33% denotando una popolazione più vecchia. D'altra parte anche la classe di età minore di 10 anni rileva una percentuale maggiore solo nel Distretto di Olbia dove raggiunge l'8% circa mentre in entrambi gli altri Distretti è pari al 6%.



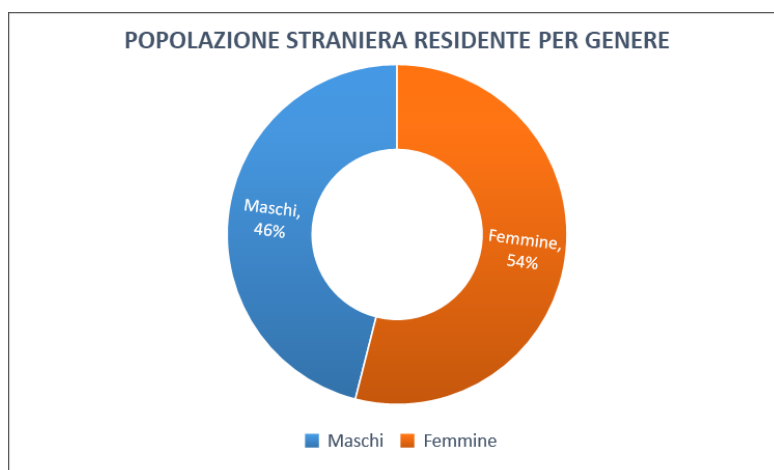
1.1.1 La popolazione straniera

La popolazione straniera residente nella ASL n.2 Gallura rappresenta il 7% dell'intera popolazione. In rapporto alla popolazione residente, l'Azienda Socio Sanitaria n.2 Gallura è quella che ospita la comunità straniera più numerosa rispetto alle altre Aziende socio sanitarie isolate.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

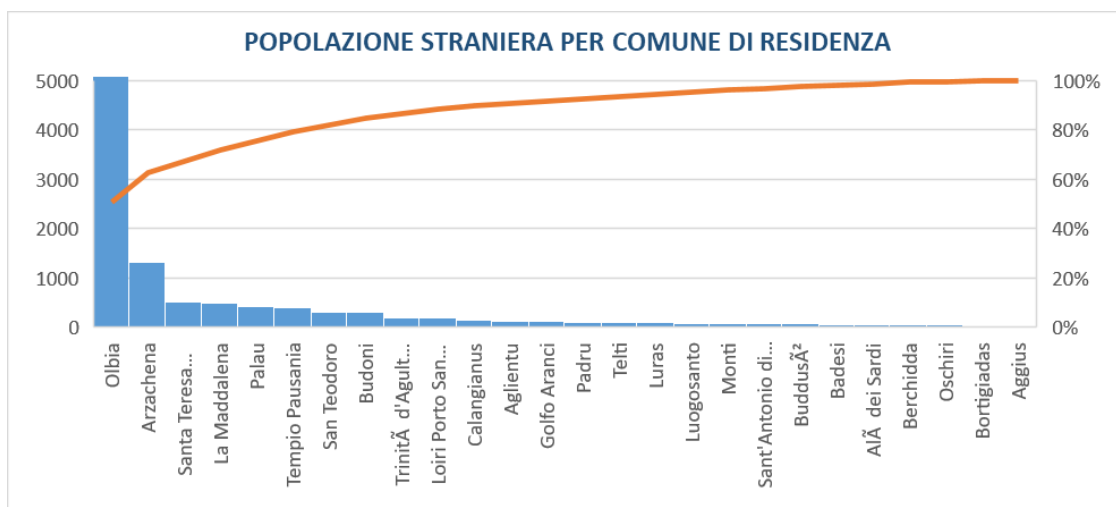
La componente straniera rilevata al 01.01.2021 è di 11.024 residenti di cui 5.076 maschi (46%) e 5.948 femmine (54%).



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

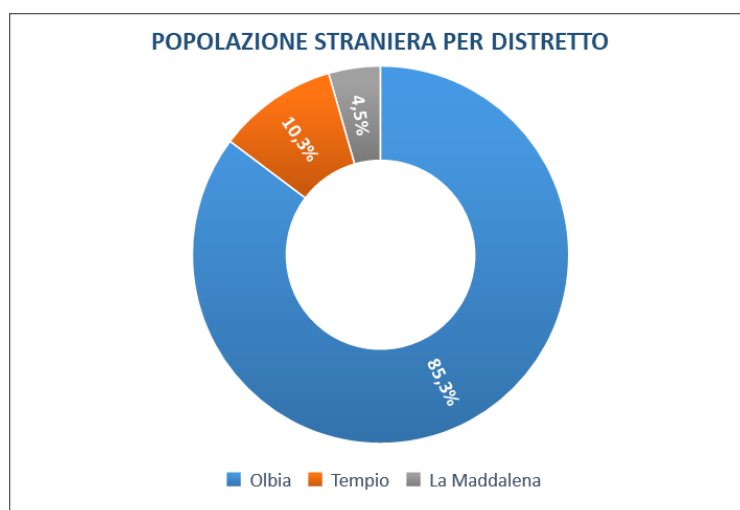
Passando ad analizzare la distribuzione della popolazione straniera sul territorio dell'Azienda Socio-sanitaria n. 2 Gallura si rileva che il Comune che ospita più stranieri è quello di Olbia nel quale alla data del 01.01.2021 ve ne risiedono 5.589 di cui 2.822 femmine e 2.767 maschi. Gli stranieri presenti in Sardegna vivono

soprattutto nei grandi centri e nelle zone costiere dove sono presenti porti e aeroporti.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

Si evidenzia inoltre che il Distretto nel quale risiede la maggioranza della popolazione straniera è quello di Olbia che ospita l'85,3% di tale popolazione con 9.398 residenti a cui segue il Distretto di Tempio con 1.136 residenti (10,3%) e quello di La Maddalena con 491 stranieri (4,4%).



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

Relativamente alla provenienza degli stranieri residenti si rileva che quasi la metà arriva da paesi europei. I primi per numero sono i rumeni, seguiti dai senegalesi. Dall'est Europa arrivano soprattutto donne, impiegate in particolare, nella cura degli anziani.

Per una lettura più approfondita di seguito si riporta il numero dei residenti stranieri aggiornato alla data del 01.01.2021 suddivisi per genere e comune di residenza aggregati per Distretto Socio-Sanitario.

DISTRETTO DI OLBIA

Codice Istat	Comune	Maschi	Femmine	Totale
90002	Alà dei Sardi	26	31	57
90006	Arzachena	593	735	1.328
90009	Berchidda	17	36	53
90017	Buddusò	38	46	84
90041	Monti	32	55	87
90047	Olbia	2.767	2.822	5.589
90049	Oschiri	21	24	45
90054	Palau	185	247	432
90063	Santa Teresa Gallura	235	271	506
90080	Telti	38	66	104
90083	Golfo Aranci	35	78	113
90084	Loiri Porto San Paolo	75	113	188
90085	Sant'Antonio di Gallura	32	53	85
90090	Padru	43	69	112
90091	Budoni	119	188	307
90092	San Teodoro	125	183	308
TOTALE		4.381	5.017	9.398

DISTRETTO DI TEMPIO P.

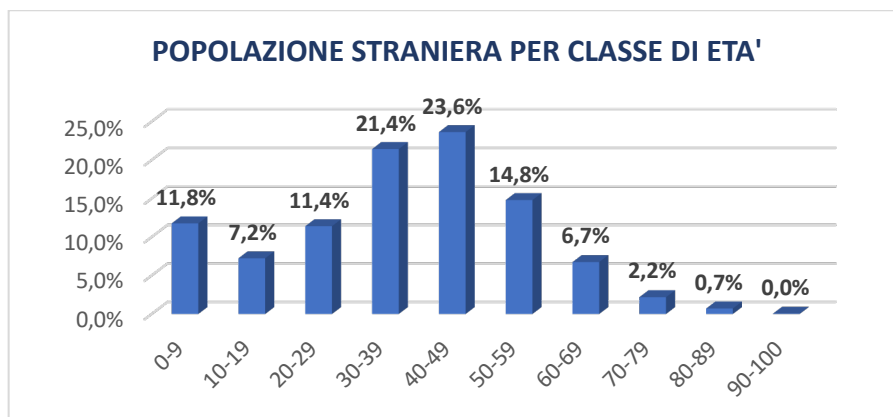
Codice Istat	Comune	Maschi	Femmine	Totale
90001	Aggius	5	8	13
90014	Bortigiadas	12	23	35
90021	Calangianus	52	84	136
90036	Luogosanto	47	41	88
90037	Luras	39	63	102
90062	Aglientu	59	55	114
90070	Tempio Pausania	154	240	394
90074	Trinità d'Agultu e Vignola	111	78	189
90081	Badesi	25	39	64
TOTALE		504	631	1.135

DISTRETTO DI LA MADDALENA

Codice Istat	Comune	Maschi	Femmine	Totale
90035	La Maddalena	191	300	491
TOTALE		191	300	491

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

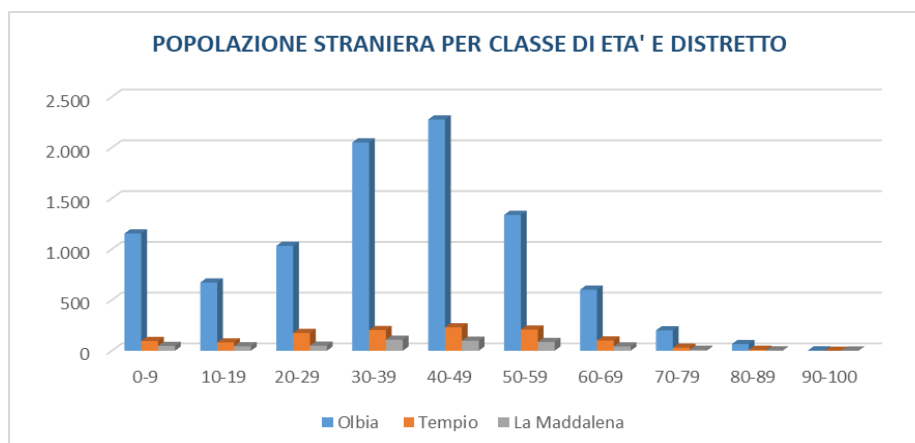
Se si analizza la popolazione straniera in riferimento all'età si rileva che le classi più rappresentative sono quelle centrali ossia quelle in età lavorativa e più analiticamente quella dei 40-49 anni con 2.606 residenti di cui il 54,6% di genere femminile a cui segue la fascia di età 30-39 anni con 2.363 residenti di cui il 57,1% di genere femminile e quella dei 20-29 anni con 1.258 residenti di cui il 52,4% di genere maschile. Importante evidenziare la fascia di età 0-9 anni con 1.298 bambini stranieri di cui il 51,4% di genere maschile.



Comparando l'intera popolazione con quella straniera suddivisa per classi di età si evidenzia l'incidenza della componente straniera sul totale della popolazione: in questo caso è interessante rilevare che nella classe di età 30-39 anni la popolazione straniera rappresenta il 12,7% mentre in quella 0-9 anni il 10,8%; ciò a dimostrazione dell'importanza della componente straniera nelle fasce di età più giovani. La popolazione straniera mostra un'età sensibilmente più giovane rispetto alla popolazione con cittadinanza italiana infatti circa il 75% della popolazione straniera residente nell'isola ha meno di 50 anni mentre gli over 70 rappresentano solo il 2,9% della popolazione straniera.

POPOLAZIONE TOTALE E POPOLAZIONE STRANIERA PER CLASSI DI ETÀ'				
CLASSE DI ETÀ'	POPOLAZIONE TOTALE	% POPOLAZIONE E TOTALE	POPOLAZIONE STRANIERA	% POPOLAZIONE STRANIERA
<10	12.022	7,6%	1.298	10,8%
10-19	14.293	9,1%	798	5,6%
20-29	14.120	9,0%	1.258	8,9%
30-39	18.620	11,8%	2.363	12,7%
40-49	26.428	16,8%	2.606	9,9%
50-59	26.202	16,7%	1.632	6,2%
60-69	20.309	12,9%	744	3,7%
70-79	15.412	9,8%	241	1,6%
80-89	8.205	5,2%	79	1,0%
90-100	1.664	1,1%	5	0,3%
TOTALE	157.275	100%	11.024	7%

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)



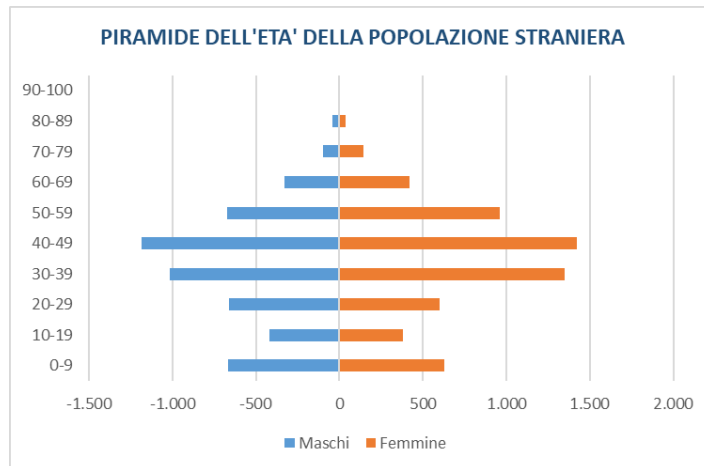
Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

POPOLAZIONE STRANIERA PER GENERE, CLASSE DI ETA' E DISTRETTO

STRANIERI PER CLASSI DI ETA'	DISTRETTI			Totale complessivo
	Olbia	Tempio	La Maddalena	
0-9	1.155	96	47	1.298
Maschi	601	46	20	667
Femmine	554	50	27	631
10-19	672	82	44	798
Maschi	358	41	18	417
Femmine	314	41	26	381
20-29	1.033	175	50	1.258
Maschi	523	111	25	659
Femmine	510	64	25	599
30-39	2.052	203	108	2.363
Maschi	885	79	49	1.013
Femmine	1.167	124	59	1.350
40-49	2.277	230	99	2.606
Maschi	1.063	86	34	1.183
Femmine	1.214	144	65	1.423
50-59	1.338	208	86	1.632
Maschi	564	80	27	671
Femmine	774	128	59	961
60-69	601	101	42	744
Maschi	270	41	15	326
Femmine	331	60	27	418
70-79	201	30	10	241
Maschi	79	14	3	96
Femmine	122	16	7	145
80-89	66	10	3	79
Maschi	36	6	0	42
Femmine	30	4	3	37
90-100	3	0	2	5
Maschi	2	0	0	2
Femmine	1	0	2	3
Maschi totale	4.381	504	191	5.076
Femmine totale	5.017	631	300	5.948
TOTALE	9.398	1.135	491	11.024

Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

La piramide dell'età, pur in un momento di pandemia come quello che stiamo vivendo, evidenzia un territorio ancora vivo capace di attrarre persone straniere.



Fonte Dati: GeoDemo ISTAT (dati 01.01.2021)

1.1.2 IL TURISMO

La Gallura, ed in particolare i territori costieri, rappresentano la principale attrazione dei flussi turistici estivi di tutta la Sardegna. Nei grafici che seguono sono riportati i dati delle presenze in Sardegna e in Gallura nei tre anni pre-pandemici - 2017, 2018 e 2019, pubblicati dall'Osservatorio del Turismo, Artigianato e Commercio della Regione Autonoma della Sardegna.

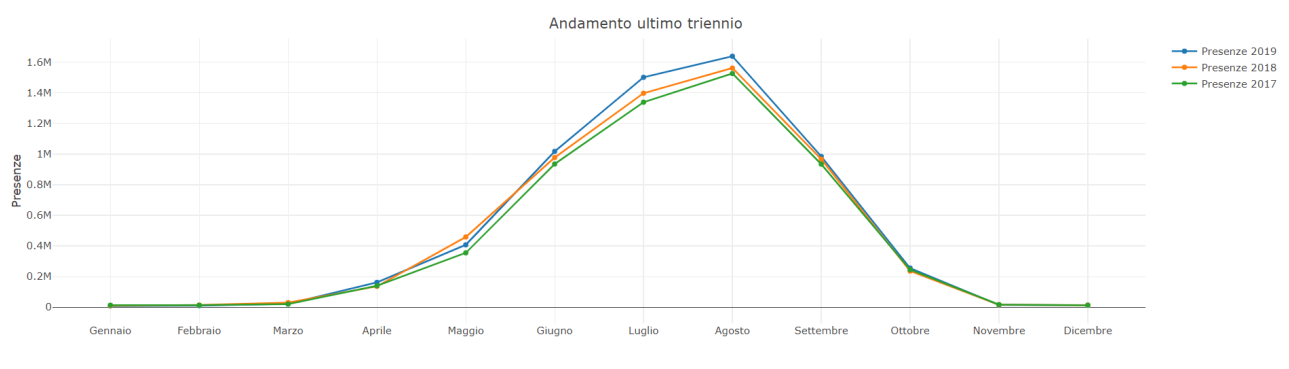


Tabella 1 Andamento delle presenze durante il 2019, 2018, 2017 in Gallura

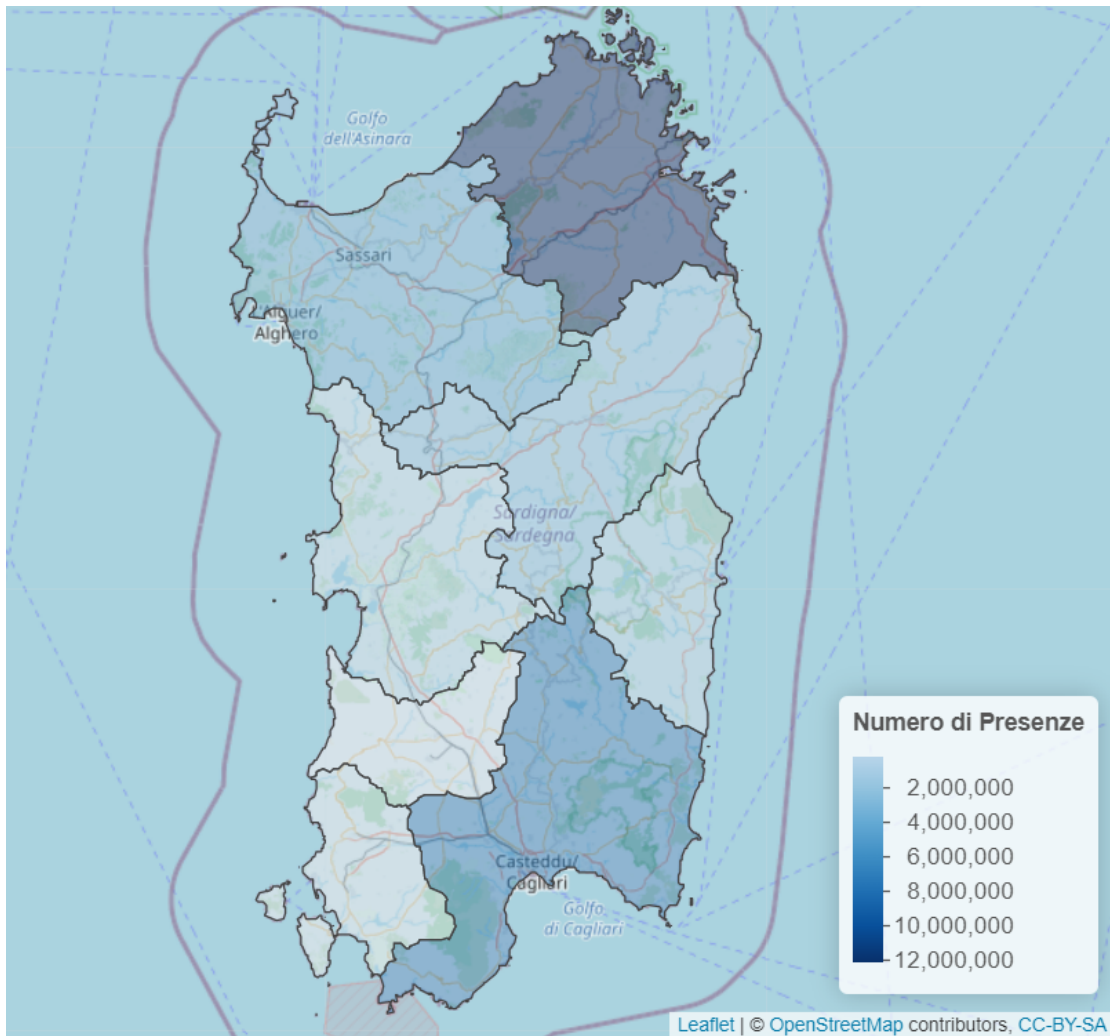


Figura 1 Mappa che mostra la distribuzione di tutte le presenze registrate nel 2019 nel territorio regionale per provincia

Come mostrato nelle tabelle i flussi turistici in Gallura si caratterizzano per le altissime presenze, concentrate prevalentemente nei mesi da maggio a settembre. Sebbene la gran parte della popolazione turistica sia di età inferiore ai 45 anni, data la dimensione di quest'ultima, la pressione negli ospedali e nei pronto soccorso locali cresce a dismisura, soprattutto nell'ambito dell'emergenza e del trauma.

Sempre mantenendo il 2019 come periodo di riferimento ante pandemia, il pronto soccorso ha avuto 43820 accessi annuali. Va sottolineato che nei mesi invernali si registrano 2000 accessi mensili nel Pronto Soccorso di Olbia sulla popolazione residente. Quindi possiamo stimare l'impatto della popolazione residente sugli accessi annuali per circa 24.000 pazienti. Per differenza l'impatto degli utenti non residenti è di circa 20.000 accessi, concentrati nei mesi estivi ed in particolar modo nel bimestre luglio-agosto. In pratica circa 10.000 accessi mensili circa 300 accessi giornalieri solo sul pronto Soccorso di Olbia. La patologia prevalente è data da infortunistica stradale di medio-alta criticità, ed un inevitabile incremento di prestazioni terapeutiche diagnostiche, anche di piccola entità, che hanno avuto come effetto, da una parte la dilatazione dei tempi medi di attesa soprattutto dei codici a

minor gravità, dall'altra un sovraffollamento dell'ospedale con la frequente necessità di trasferimento dei pazienti verso altri centri della Sardegna.

La Gallura è sottodimensionata per l'offerta sanitaria con 245 posti letto per acuti, con ulteriori 130 del Mater Olbia Hospital, rispetto ai 480 posti letto definiti dal DM 70/2015. Questo fatto determina costantemente l'intasamento e il sovraffollamento dei reparti che, durante il periodo estivo, porta al collasso delle Strutture. Ma è logicamente inverosimile pensare ad un "Ospedale estivo" da 1000 posti letto che funziona solo due mesi, anche e soprattutto per la contingente grave carenza di personale sanitario. Per questo è fondamentale la copertura del territorio che, intercettando il bisogno sanitario di bassa intensità, costituisca una valida barriera al sovraffollamento dei Pronti Soccorso.

2.1 LA MISSION

Parliamo della vera presa in carico del paziente, seguendolo nel suo percorso di cura, ponendo attenzione ai bisogni di salute che la popolazione rivolge al sistema sanitario. Un approccio completamente diverso rispetto al passato, dove la mera esecuzione di prestazioni viene trasformata in attenta valutazione dei bisogni e quindi in una modalità diversa di erogazione delle prestazioni: non più a carico del paziente ma dell'Azienda che, attraverso la Sanità di Iniziativa, organizza i percorsi clinico-diagnostici dei pazienti. Quindi Focus sulla domanda di salute della popolazione che si sviluppa attraverso i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e le prestazioni erogabili direttamente o indirettamente, tramite altre Aziende sanitarie della Regione Sardegna o extra regionali.

Attivare la Medicina di popolazione, in un contesto "One Health", dove le persone sono integrate nel contesto ambientale costituendo un unicum su cui intervenire (approccio olistico).

I bisogni sanitari della popolazione si orientano verso 4 componenti principali:

- Prevenzione;
- Acuzie, su diversi livelli di intensità;
- Cronicità;
- Emergenza.

La Struttura organizzativa sarà orientata verso queste 4 componenti così da dare immediato riscontro ai bisogni dei cittadini.

Il rafforzamento dei servizi territoriali avviene attraverso:

- integrazione tra assistenza sanitaria e sociale con equipe multidisciplinari (Planetary Health);
medicina di iniziativa e stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
sviluppo di strutture di comunità, come la Casa della Comunità;
potenziamento delle cure domiciliari;
digitalizzazione dei servizi e telemedicina;
- Valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- Coinvolgimento dei diversi attori locali (ASL, Comuni, enti del Terzo Settore, Farmacie, etc.)

2.2 LA VISION

In base ai principi della *Mission* l'azione dell'Azienda dovrà mutare da *Labor Oriented* a *Customer Oriented*.

In pratica l'organizzazione sarà orientata al cittadino e non ad una mera distribuzione interna del lavoro. Conterà di più un percorso agile che non i rapporti tra le varie Unità Operative. Non sarà un processo facile, ma sarà vincente.

I medici saranno valorizzati per le loro capacità e saranno facilitati nella crescita professionale. Il sistema dovrà dare loro il massimo supporto per favorire al massimo il loro lavoro.

Il personale delle professioni Sanitarie è chiamato ad una vera svolta professionale: non più ancillare al medico ma vero attore del processo di assistenza. L'Infermiere di famiglia nel territorio e infermieri gestionali negli ospedali, saranno i pilastri della

Medicina 2.0. Grandi professionalità che lavorano con pari dignità nella presa in carico dei pazienti.

Il personale amministrativo sarà anch'esso chiamato ad una svolta significativa nel supportare le attività sanitarie, con ramificazioni importanti a supporto degli operatori, dei Servizi e delle Strutture.

Un'Azienda moderna, *lean* (snella), focalizzata ai bisogni della popolazione.

2.3 VALORI

I Valori ai quali si orienta l'intera organizzazione aziendale sono i seguenti:

- Centralità del cittadino: l'ASL Gallura ritiene fondamentale sviluppare e gestire le attività ponendo al centro le esigenze e i bisogni del cittadino
- Flessibilità e dinamicità: l'ASL Gallura ritiene fondamentale promuovere uno stile di lavoro flessibile, dinamico e orientato al raggiungimento degli obiettivi, al fine di favorire e supportare l'evoluzione organizzativa del sistema. Ne sono esempi lo *smart working* e la distribuzione di molte attività.
- Efficienza organizzativa e sicurezza per gli operatori: l'ASL Gallura si impegna a ricercare il miglior assetto organizzativo e gestionale al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane, economiche e tecnologiche e per sfruttare le sinergie tra le diverse attività aziendali.
- Trasparenza: l'ASL Gallura si impegna a gestire in modo trasparente le scelte strategiche e i progetti di sviluppo relativi all'attività svolta.
- Miglioramento della qualità: l'ASL Gallura si impegna a gestire le attività aziendali utilizzando strumenti di miglioramento continuo della qualità.
- Gestione del Rischio clinico: l'ASL Gallura porta avanti con forza la cultura dell'errore e sviluppa le modalità più avanzate per il controllo e la gestione degli Eventi Avversi e dei *near miss*. Le modalità con cui lavorano gli operatori, in condizioni di stress elevato, in ambienti critici, espongono al rischio di errore ed è per questo che la sicurezza è uno degli item principali.
- Qualificazione professionale: l'ASL Gallura si impegna a promuovere, ad ogni livello, le opportunità di qualificazione e sviluppo professionale degli operatori, attraverso la realizzazione di programmi di formazione e aggiornamento finalizzati alla valorizzazione e responsabilizzazione degli stessi, con l'obiettivo di ottenere una costante evoluzione della loro professionalità a beneficio del sistema.
- Collaborazione: l'ASL Gallura ritiene fondamentale ricercare forme di collaborazione con i soggetti che operano nel sistema e partecipare alle iniziative promosse a livello locale, regionale e nazionale in attuazione di specifici progetti e di programmi di coordinamento delle attività di competenza.
- Pari opportunità: l'ASL Gallura si impegna a garantire la partecipazione di donne e uomini a tutti i livelli e settori dell'attività aziendale; promuove la cultura delle pari opportunità e il rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo.

3 GLI ORGANI AZIENDALI

3.1 IL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale, nominato secondo le disposizioni del D. Lvo 502/92 e s.m.i. e della LR 24/2020; per le sue funzioni è coadiuvato da un Direttore Sanitario, da un Direttore Amministrativo (art. 12 LR 24/2020) e da un Direttore dei servizi Socio-sanitari (art. 34 LR 24/2020). Rappresenta l'organo di indirizzo e di governo dell'Azienda, è il rappresentante legale della stessa, il responsabile dei servizi resi ai cittadini, dei risultati conseguiti, dell'imparzialità e del buon andamento complessivo delle attività sulle quali esercita il potere di gestione.

È responsabile del corretto ed efficiente utilizzo delle risorse, coerentemente con i principi, gli obiettivi e le direttive definite dai livelli di governo e di programmazione regionale e nazionale.

È inoltre demandata al direttore generale l'adozione dei seguenti atti:

- nomina, sospensione e decadenza del direttore sanitario, del direttore amministrativo e del direttore dei servizi socio-sanitari;
- nomina dei componenti del collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti, e prima convocazione del collegio;
- atto aziendale e regolamenti interni;
- nomina dei direttori dei dipartimenti e delle strutture complesse, nomina dei responsabili delle strutture semplici dipartimentali e semplici, eventuale sospensione e revoca delle nomine;
- conferimento, sospensione e revoca degli ulteriori incarichi;
- indizione delle elezioni dei componenti il consiglio delle professioni sanitarie;
- atti relativi alla programmazione economico-finanziaria e di bilancio previsti dalla normativa vigente e ogni altro atto riguardante la definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'attività aziendale;
- atti di disposizione del patrimonio, eccedenti l'ordinaria amministrazione;
- individuazione delle risorse umane, materiali ed economico-finanziarie da destinare ai dipartimenti;
- definizione degli incarichi di collaborazione esterna;
- nomina dei componenti il collegio tecnico e dell'O.I.V.;
- accordi di lavoro integrativi aziendali;

- garantire la diffusione esterna ed interna del logo aziendale e regolamentarne l'uso e la concessione in patrocinio.

Le delibere del direttore generale vengono assunte con il preventivo parere del direttore sanitario e di quello amministrativo.

il direttore generale può delegare specifiche funzioni con riferimento a particolari obiettivi, determinati ambiti settoriali di attività o singoli atti o procedimenti al direttore sanitario, al direttore amministrativo, al direttore dei servizi socio-sanitari ed ai direttori di struttura complessa; i termini e i contenuti della delega devono essere portati a conoscenza del collegio sindacale, del collegio di direzione e dei soggetti delegati.

3.2 IL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda verificando la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa e contabile, con riferimento non solo alla legittimità degli atti ma anche alla ragionevolezza dei processi. Riferisce periodicamente alla Regione, almeno trimestralmente, e comunque ogni qualvolta essa lo richieda, sui risultati dei riscontri eseguiti, segnalando immediatamente alle Autorità competenti eventuali gravi irregolarità.

Trasmette periodicamente e, comunque, con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività della ASL al Sindaco del Comune capoluogo della provincia (e/o della città metropolitana) dove è situata l'Azienda stessa.

Il Collegio Sindacale è composto in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche e integrazioni e dall'art.14 della L.R. 24 del 2020; i componenti del Collegio Sindacale ispirano l'esercizio delle loro funzioni al principio della massima collaborazione e della sinergia operativa, favorendo costanti e reciproche forme di coinvolgimento e di consultazione, con particolare riferimento alla fase istruttoria dei provvedimenti più incidenti sul processo di programmazione e di gestione dell'Azienda.

Viene individuata nella Struttura Affari Generali e Legali la Struttura alla quale il Collegio Sindacale dovrà far pervenire tutti i propri verbali, compresi quelli contenenti osservazioni e rilievi inerenti alla legittimità dei provvedimenti adottati in Azienda.

A tale Struttura spettano i primi approfondimenti e le verifiche sui rilievi formulati e l'eventuale attuazione delle azioni finalizzate al superamento delle criticità segnalate.

Qualora a seguito degli approfondimenti e delle successive azioni portate

all'attenzione del Collegio Sindacale quest'ultimo dovesse ritenere esaustive le risposte o le azioni correttive, il procedimento potrà ritenersi concluso. Qualora, invece, il Collegio Sindacale dovesse confermare i rilievi e ritenere che quanto posto in essere non superi le osservazioni formulate, la Struttura aziendale deputata alle verifiche dei contenuti dei verbali del Collegio, dovrà darne immediata comunicazione al Responsabile per la Prevenzione della corruzione aziendale e al Direttore Generale i quali, nel caso emergessero profili di responsabilità o eventi e circostanze meritevoli di approfondimento e controllo, dovranno informare immediatamente il Direttore Generale dell'Assessorato Regionale della Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Regione Autonoma della Sardegna, uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze ed uno dal Ministro della Salute.

I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di Grazia e Giustizia, oppure tra i funzionari del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisore dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

Il collegio esprime un proprio presidente che viene eletto tra i propri componenti nella prima seduta del collegio. Il presidente del collegio sindacale provvede alle successive convocazioni; nel caso di cessazione del presidente dalle proprie funzioni, le convocazioni sono effettuate dal membro più anziano di età fino alla nomina del nuovo presidente.

I singoli componenti del collegio sindacale cessano dall'incarico per decorrenza dei termini, per dimissioni e per decadenza dichiarata dal direttore generale, a causa del sopravvenire di alcuna delle condizioni ostative o delle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente, ovvero della mancata partecipazione, senza giustificato motivo, ad almeno tre sedute del collegio o dell'assenza, ancorché giustificata, protratta per oltre sei mesi. In tali casi, il direttore generale procede alla sostituzione del componente del collegio sindacale cessato dall'incarico, previa acquisizione della designazione da parte dell'organo competente. Qualora si verifichi la mancanza di due o più componenti, il direttore generale procede alla ricostituzione dell'intero collegio;

Le adunanze del collegio sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti;

Il collegio tiene un libro delle adunanze e delle deliberazioni in cui verbalizza lo svolgimento di ogni seduta, annotando i controlli eseguiti e registrando i risultati delle verifiche e degli accertamenti compiuti; i verbali di ogni seduta sono sottoscritti dai componenti del collegio presenti e sono conservati negli atti del medesimo senza obbligo di trasmissione alla Regione;

I componenti del collegio sindacale possono procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e controllo i cui risultati devono essere comunque sottoposti all'organo collegiale per l'assunzione delle conseguenti determinazioni;

Nell'ambito delle proprie funzioni di controllo sugli atti dell'azienda, il collegio può eseguire controlli a campione. A tale fine definisce, preventivamente e periodicamente, dandone atto nel libro delle adunanze, i criteri di campionamento che intende adottare, definiti su base oggettiva e casuale; il collegio deve indicare le indagini a campione eseguite, i criteri applicati e i risultati conseguiti anche nella relazione trimestrale;

Tutti gli atti adottati dal direttore generale o su delega del medesimo, ad eccezione di quelli conseguenti ad atti già esecutivi, sono trasmessi al collegio sindacale entro dieci giorni dalla loro adozione;

Il collegio, entro il termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento, formula e trasmette gli eventuali rilievi sull'atto ricevuto; se il direttore ritiene di adeguarsi ai rilievi trasmessi, entro il termine di dieci giorni, adotta i provvedimenti conseguenti, dandone immediata notizia al collegio medesimo; in caso contrario è tenuto comunque a motivare le proprie valutazioni e a comunicarle al collegio. Esame del bilancio di esercizio: il collegio, entro il termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento della deliberazione di approvazione del progetto di bilancio, redige la relazione sul bilancio.

Il collegio dispone le certificazioni sulla correttezza degli atti predisposti dalla direzione aziendale relativamente agli adempimenti richiesti dalla vigente normativa, ivi comprese le Intese tra lo Stato e le Regioni, con particolare riferimento agli atti relativi al personale.

3.3 IL COLLEGIO DI DIREZIONE

È un organo presieduto dal Direttore Generale, salvo delega ad uno dei direttori per la trattazione di temi rientranti nella loro specifica competenza, costituito in attuazione dell'art. 17 del D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e dell'art. 15 della L.R. n. 24 dell'11 settembre 2020, con funzioni consultive, propositive e di supporto nei confronti della Direzione Generale, per l'esercizio dell'attività di governo dell'Azienda.

Il Collegio di Direzione:

- costituisce primaria sede di analisi, confronto e coordinamento tra il Direttore Generale e le Strutture organizzative aziendali interessate nell'elaborazione delle linee di programmazione e sviluppo dell'Azienda, concorrendo alla funzione di governo complessivo affidata al Direttore Generale;
- assicura al Direttore Generale supporto nel governo delle attività cliniche, nell'organizzazione e sviluppo dei servizi per l'impiego e la valorizzazione delle risorse umane;
- previene l'instaurarsi di situazione di conflitto di interessi tra attività istituzionale ed attività libero professionale;
- partecipa alla pianificazione delle attività incluse la ricerca, la didattica e i programmi di formazione;

- concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle attività di competenza;
- contribuisce all'analisi della valutazione complessiva dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.

Il collegio si riunisce almeno una volta al trimestre ed è composto dai seguenti dirigenti:

- i Direttori Sanitario;
- il Direttore Amministrativo;
- il Direttore dei Servizi Socio-sanitari;
- i Direttori di Presidio Ospedaliero;
- i Direttori dei Distretti;
- i Direttori dei Dipartimenti;
- i direttori del servizio di assistenza infermieristica e delle professioni tecnico-sanitarie;
- il coordinatore dello staff della direzione generale.

Possono essere chiamati a partecipare alle sedute del collegio di direzione, su richiesta dello stesso:

- i Direttori di Struttura Complessa, in rapporto a specifici temi oggetto di discussione;
- i Responsabili di Strutture di Staff.

Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

4 LA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE

La Direzione Strategica ha come obiettivo principale la governance sanitaria, assicurare l'erogazione dei LEA, garantire la sicurezza dei dipendenti, dei pazienti e degli utenti e la gestione delle risorse aziendali al fine di raggiungere gli obiettivi assegnati. Individua gli indirizzi strategici, elabora e programma l'attività e promuove la valutazione sistematica dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi prefissati.

In particolare, la Direzione Strategica:

- definisce le linee strategiche aziendali finalizzate all'attuazione delle direttive degli organismi istituzionali, nazionali e regionali;
- individua e assegna gli obiettivi annuali alle singole Strutture/funzioni aziendali e verifica lo stato di avanzamento delle attività e i risultati raggiunti;
- definisce e verifica l'attuazione delle azioni correttive, in caso di scostamento dai piani strategici elaborati;
- costituisce l'interfaccia aziendale con i rappresentanti degli organismi istituzionali.

Costituiscono la Direzione Strategica:

- il Direttore Generale;
- il Direttore Amministrativo;
- il Direttore Sanitario.

In staff alla Direzione Generale e alla Direzione Sanitaria sono presenti Strutture/funzioni finalizzate a supportare e coadiuvare le stesse nella gestione delle attività strategiche e trasversali.

4.1 IL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale è un organo aziendale, unitamente al Collegio Sindacale e al Collegio di Direzione. È il rappresentante legale dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva.

Coordina la Direzione Strategica, dettando gli indirizzi, valutando la *performance* e concordando le azioni strategiche aziendali.

In particolare svolge le seguenti funzioni:

- adotta le linee di indirizzo strategiche, i piani programmatici pluriennali e annuali e declina gli obiettivi assegnati all'Azienda;
- adotta l'Atto Aziendale, definisce l'assetto organizzativo aziendale e i livelli di responsabilità; verifica l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa;

- adotta gli atti di indirizzo rivolti ad orientare risorse, obiettivi e processi in funzione delle esigenze complessive, attribuendo risorse umane, strumentali e finanziarie alle varie articolazioni aziendali;
- adotta gli atti di amministrazione che impegnano l'azienda nei confronti delle Istituzioni regionali e di altri soggetti, anche attraverso la stipula di accordi convenzionali.

Per lo svolgimento delle predette attribuzioni e funzioni, il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo. Le funzioni del Direttore Generale possono essere delegate, in caso di assenza o impedimento, al Direttore Sanitario o al Direttore Amministrativo con apposita determinazione.

4.2 IL DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario è il referente istituzionale del Direttore Generale per quanto concerne l'elaborazione della politica sanitaria aziendale e il governo clinico, con riferimento alle indicazioni contenute nel Piano Sanitario Regionale.

Il Direttore Sanitario:

- contribuisce alla Direzione Aziendale o Strategica dell'azienda, di cui è componente, coadiuvando il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formalizzazione delle decisioni della Direzione Aziendale Strategica;
- dirige a livello strategico le Strutture sanitarie ai fini tecnico-organizzativi e igienico-sanitari, monitorando il livello dei servizi e delle prestazioni erogate rispetto a quelle previste a livello regionale e da parte dell'ASL Gallura, dell'accesso tempestivo e appropriato ai servizi sanitari, della continuità dell'assistenza, dell'integrazione dei percorsi assistenziali fra l'azienda e i servizi sanitari;
- sovrintende alla funzione di produzione ed erogazione e della promozione della sicurezza di cittadini e operatori, in collaborazione con le direzioni mediche dei presidi e dei distretti;
- coordina i direttori dei dipartimenti sanitari, con riferimento all'organizzazione e appropriatezza della produzione di servizi e prestazioni;
- monitora e verifica il volume e la qualità dei risultati dell'attività assistenziale, nell'ambito degli indirizzi strategici generali dell'azienda;
- presiede il consiglio delle professioni sanitarie;
- sovrintende alle attività di sperimentazione clinica e di ricerca sanitaria;
- individua all'interno dell'azienda le competenze e le relative responsabilità tecnico-professionali di supporto ai servizi amministrativi per l'acquisizione dei beni e dei servizi direttamente connessi all'assistenza.

- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali, ovvero su delega del Direttore Generale.

Il compenso economico è definito dal dpcm 502/1995, dalla DGR 51/31 del 30.12.2021 e dalla DGR 9/23 del 24.03.2022, nella misura dell'80% del compenso del Direttore generale.

4.3 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo è il referente istituzionale del Direttore Generale per quanto concerne il supporto amministrativo, nonché la gestione economica aziendale e l'equilibrio di bilancio.

Contribuisce alla direzione strategica dell'azienda, di cui è componente, coadiuvando il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formalizzazione delle decisioni della Direzione Strategica.

Dirige a livello strategico le Strutture amministrative ai fini tecnico-organizzativi e inoltre assicura la legittimità degli atti, la definizione e la direzione del sistema di governo economico finanziario dell'azienda.

Il Direttore Amministrativo svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali, ovvero su delega del Direttore Generale.

Il compenso economico è definito dal D.Lvo 502/92 nella misura dell'80% del compenso del Direttore generale.

4.4 IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

Il direttore dei servizi socio-sanitari, è nominato dal direttore generale, viene scelto sulla base dei requisiti previsti dall'art. 34 della L.R. n. 24/2020.

Il direttore dei servizi socio-sanitari supporta la direzione aziendale, partecipa al processo di pianificazione strategica anche attraverso la formulazione di proposte di programmazione e di governo dei processi di integrazione socio-sanitaria ed esprime il parere sulle delibere nelle materie di propria competenza; svolge, tra gli altri, i seguenti compiti:

- presidia la funzione socio-sanitaria e garantisce l'omogeneità sul territorio dell'attuazione delle strategie aziendali, attraverso il coordinamento funzionale delle attività socio-sanitarie dell'Azienda;

- verifica la realizzazione di soluzioni organizzative finalizzate al raggiungimento della migliore integrazione socio-sanitaria, anche al fine della necessaria uniformità aziendale;
- garantisce le necessarie connessioni tra l'Azienda e gli altri soggetti istituzionali per la costruzione del nuovo sistema di governance, legato agli obiettivi di salute e benessere e specificamente alla tematica della Non Autosufficienza;
- partecipa alla programmazione, alla definizione ed alla realizzazione del PLUS;
- promuove lo sviluppo del sistema informativo della rete dei servizi socio-sanitari;
- collabora all'implementazione del sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari e dei percorsi di miglioramento della qualità dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per anziani e disabili.

Il compenso economico è definito nella misura dell'70% del compenso del Direttore generale.

4.4.1 IL PIANO LOCALE UNITARIO DEI SERVIZI ALLA PERSONA (PLUS)

La Legge regionale n. 23/2005 di riordino del sistema socio assistenziale ha introdotto, quale strumento innovativo di pianificazione degli interventi del territorio, il Piano Locale unitario dei Servizi alla Persona (PLUS).

Il Plus, adottato con accordo di programma, è dunque lo strumento per la programmazione sociale e sociosanitaria dell'ambito distrettuale. Attraverso il Plus i Comuni dell'ambito, la Provincia e l'Azienda sanitaria determinano obiettivi e priorità, programmano e dispongono in modo integrato gli interventi sociali, sanitari e sociosanitari.

Il Piano Locale dei Servizi ha durata triennale con aggiornamento economico-finanziario annuale.

Conferenza di programmazione

La Conferenza di programmazione è lo strumento che il PLUS utilizza per il confronto con gli attori locali prima dell'elaborazione del documento di programmazione.

La Conferenza offre un'occasione di portare un contributo attivo, nel processo di pianificazione sociale locale, alle organizzazioni sindacali, di volontariato, e di promozione sociale alla cooperazione sociale e ad ogni altra organizzazione non lucrativa presente nella comunità locale, alle amministrazioni giudiziarie, istituzioni scolastiche e della formazione e ai cittadini.

4.5 IL BILANCIO DI ESERCIZIO

Il Direttore adotta il bilancio di esercizio ai sensi della normativa vigente, secondo la seguente procedura:

- il direttore generale approva il progetto di bilancio, unitamente alla relazione sulla gestione e lo invia al collegio sindacale e alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria;
- il collegio sindacale redige la relazione sul progetto di bilancio entro 15 giorni dal suo ricevimento; - la Conferenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale esprime il proprio parere obbligatorio entro 20 giorni dal suo ricevimento; trascorsi i 20 giorni, il parere si intende acquisito come positivo;
- il direttore generale, entro 10 giorni dalla ricezione della relazione del collegio sindacale e del parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria, approva il bilancio di esercizio e lo invia alla Regione, corredato della relazione e del parere, per il controllo preventivo.

L'approvazione del bilancio è seguita dalla pubblicazione degli atti all'albo dell'azienda che deve avvenire entro dieci giorni dalla loro adozione e per quindici giorni consecutivi. Dovrà essere pubblicata sul sito web aziendale;

L'immediata esecutività degli atti adottati dal direttore generale, o su delega del medesimo, che, ai sensi della vigente normativa, non sono sottoposti al controllo preventivo della Giunta regionale.

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE



5 L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

La ASL assicura i livelli essenziali di assistenza - LEA - nel territorio, istituendo ed organizzando i distretti e i dipartimenti, ospedalieri e territoriali i quali operano in maniera integrata.



Possiamo quindi riconoscere una Struttura direzionale aziendale e due organizzazioni complesse su cui l'Azienda opera: l'ospedale e il territorio.

Questi tre blocchi sono permeabili e sovrapposti, non necessariamente definiti da confini, ma continuamente trasversalizzati da attività, procedure, percorsi, che meglio interpretano la nuova sanità.

Ma per meglio identificare i principali Attori è necessario inserire le esatte coordinate in cui ogni *facility* opera.

5.1 L'ORGANIGRAMMA

L'organigramma che meglio rappresenta l'ASL della Gallura è quello proposto da Mintzberg, con configurazione organizzativa mista. La linea intermedia è rappresentata dai Direttori dei Presidi, dai Direttori dei Distretti Territoriali, dai Direttori di Struttura Complessa e Responsabili di Struttura Semplice.

Lo staff di supporto è rappresentato dalle Strutture, dalle Funzioni e dagli organismi di staff (5.8).

La Tecnostruttura amministrativa è descritta nel punto 5.7.

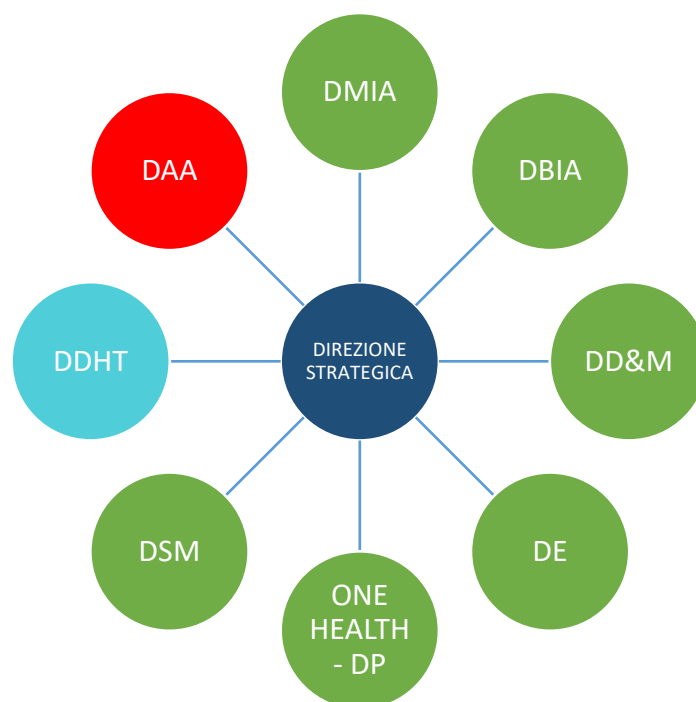
Il Nucleo Operativo è rappresentato da tutti gli operatori delle Strutture e dei Servizi (*Facility*).



L'organizzazione aziendale è articolata in:

- Dipartimenti;
- Strutture Complesse (SC):
 - i) in staff alla Direzione Strategica
 - ii) nella Tecnostruttura Amministrativa
 - iii) in *line* ai Dipartimenti
- Strutture Semplici Dipartimentali sono in *line* ai Dipartimenti

- Strutture Semplici
 - 1) interne alle Strutture Complesse
 - 2) in staff alla Direzione Generale
- Funzioni, che non individuano Strutture ma attività e responsabilità affidate con atti formali;
- Organismi e gruppi di lavoro, dedicati a specifiche attività



5.2 LE STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE

Nell'ambito di ASL Gallura sono presenti Strutture Complesse e Semplici.

Le Strutture Complesse sono articolazioni aziendali che posseggono requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza e che necessitano di competenze professionali specialistiche e risorse (umane, tecnologiche e strumentali) per l'espletamento delle attività ad esse conferite.

Gli elementi caratterizzanti le Strutture Complesse sono definiti dalle norme di programmazione nazionale e regionale, in particolare 502/92 e smi, la LR 24/2020 e il DM 70 del 2015 e dal DCR n.6 del 2017 e sono primariamente caratterizzati da:

- la valenza strategica, definita dal livello di interfaccia con Istituzioni o organismi interni/esterni all'Azienda, dal valore delle risorse gestite, dalla rilevanza della funzione ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali e dal livello di intersettorialità che caratterizza gli interventi specifici della funzione;
- l'estensione dell'articolazione organizzativa, definita dalla numerosità e dall'eterogeneità delle risorse professionali, dal dimensionamento tecnologico delle attrezzature in dotazione, dal volume e dall'eterogeneità dei servizi erogati;

- dalla dotazione di posti letto pari a 17,5 per SC, escluse le Strutture a bassa diffusione ma ad alta complessità specialistica;
- dalla dotazione di posti letto pari a 12 per SC nelle discipline a media intensità e media diffusione;
- sugli indicatori definiti dalla popolazione di riferimento per ogni disciplina, così come identificati dal DM 70/2015.

Nel determinare una Struttura Complessa si è tenuto conto del livello di autonomia e di responsabilità che è indispensabile assicurare per un efficace ed efficiente assolvimento delle funzioni assegnate alla Struttura.

Le Strutture Semplici sono articolazioni aziendali, con funzioni e responsabilità specifiche, che gestiscono attività e processi con attribuzione di autonomia in un ambito definito.

Gli elementi caratterizzanti le Strutture Semplici sono rappresentati da:

- la dimensione produttiva definita e/o programmabile (ovvero l'omogeneità e l'integrazione dei processi e delle funzioni gestite, per le Strutture non eroganti prestazioni sanitarie);
- la responsabilità e l'autonomia in relazione alla gestione di risorse umane, tecnologiche e/o finanziarie proprie della Struttura (ovvero il ruolo trasversale di coordinamento e gestione di risorse messe a disposizione dalle altre articolazioni aziendali, al fine di assicurare l'efficace gestione di un'attività o di un processo).

IL TERRITORIO

5.3 IL TERRITORIO

La Struttura Organizzativa della ASL è di tipo dipartimentale sia nel territorio che negli ospedali.

Nel territorio sono istituiti i seguenti dipartimenti:

- a) One Health - "dipartimento di prevenzione medico" articolati ai sensi dell'articolo 7 quater, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni;
- b) One Health - "dipartimento di prevenzione veterinario del Nord Sardegna" in via sperimentale congiunto al Dipartimento Veterinario della ASL 1 di Sassari;
- c) DSM - il "dipartimento della salute mentale".

Il Dipartimento clinico di riferimento per il territorio è primariamente quello a Bassa Intensità Assistenziale che organizza e definisce tutte le attività connesse la domanda sanitaria per la patologia cronica.

Il Territorio è organizzato sul *tile model*, con la suddivisione in 3 Distretti - Olbia, Tempio Pausania e La Maddalena - a loro volta suddivisi in 9 Case di Comunità di cui 3 di tipo *Hub* e 6 di tipo *Spoke*, che coprono ed organizzano tutto il territorio della Sardegna.

Il DM 77/2022 e il Piano Regionale dei Servizi Sanitari ridefiniscono i criteri, le Strutture e le modalità con cui si devono organizzare le attività sanitarie territoriali. La Sanità di Iniziativa è il *leit motiv* della nuova organizzazione.

5.3.1 LA SANITÀ DI INIZIATIVA

L'azione del SSN si basa su tre principi, ovvero Universalità, Uguaglianza ed Equità. Ciò si deve tradurre in un sistema che deve essere il più possibile vicino alle comunità, un sistema progettato "*per le persone con le persone*" (DM 77).

A partire dalla Legge 833 del 1978, con la nascita del Distretto Sanitario di Base, ma soprattutto con i Decreti Legislativi 502 del 1992 e 229 del 1999, con cui il Distretto viene notevolmente sviluppato, si è attuato un progressivo potenziamento dell'assistenza erogata sul territorio. Questo sistema però ha prodotto una "frattura" nell'assistenza sanitaria, in una componente Ospedaliera ed una Territoriale, che spesso si sono dimostrati due compartimenti stagni scarsamente comunicanti, trasformando le strutture in semplici erogatori isolati di prestazioni piuttosto che componenti di un processo di presa in carico e cura del malato, non riuscendo a soddisfare in maniera globale i suoi bisogni sanitari.

Come esaminato nel dettaglio nell'analisi di contesto, la popolazione sta andando incontro ad un progressivo invecchiamento, provocando di conseguenza un aumento della prevalenza di patologie croniche/degenerative. Il bisogno di salute della popolazione pertanto sarà sempre più orientato verso la Cronicità e la Prevenzione, con la patologia Acuta ed Emergenziale legata sempre più a fasi di scompenso nell'andamento di suddette patologie.

La presa in carico del paziente cronico non può che avvenire nel territorio, attraverso una rete di servizi che possa attuare in maniera efficace la Sanità di Iniziativa.

Tutte le Strutture e i Servizi vengono organizzati in funzione dei diversi bisogni sanitari. La sanità 2.0 è caratterizzata da una importante inversione di tendenza rispetto all'orientamento attuale, passando dalla mera erogazione di prestazioni ad una offerta ragionata e proceduralizzata che si concretizza nella Sanità di Iniziativa.



L'immagine rappresenta i quattro pilastri su cui poggia la Sanità di Iniziativa:

- Medicina di Popolazione;
- Bisogno di Salute;
- Stratificazione della Popolazione;
- Progetto di Salute (PAI, PRI e PDTA);

Il dato nazionale sulla stratificazione della popolazione indica che:

- Il 35% della popolazione, indicativamente sotto i 30 anni, non accede mai al Servizio sanitario;
- Il 30% della popolazione accede per fatti acuti, singoli, legati prevalentemente a traumi o patologie dell'infanzia o gravidanza;

- Il 15% della popolazione, solitamente a partire dai 40 anni, si rivolge quasi sempre alla medicina privata per l'inizio di sintomi legati a stili di vita o di cronicità iniziale, come la menopausa, l'ipertensione, il diabete, l'artrosi il sovrappeso e patologie similari.
- Un 5% invece si rivolge al Servizio Sanitario Nazionale per la presa in carico delle stesse patologie.
- Un 13,5% di pazienti ultra 65enni con patologie croniche che accedono frequentemente al SSN. Questi pazienti, definiti anche *frequent user*, sono i principali utenti per la specialistica ambulatoriale e dei servizi di bassa e media complessità. La patologia cronica ha necessità di essere seguita costantemente, per evitare che si rompa l'equilibrio con conseguente ricovero prolungato e ripetuto. Per questo è necessario attivare la Sanità di Iniziativa con la presa in carico dei pazienti cronici, attraverso Strutture territoriali ed ospedaliere di bassa complessità e delle cure intermedie, che devono intercettare questi pazienti, evitando ricoveri impropri.
- Solo 1,5% della popolazione accede alla media e alta complessità assistenziale, con costi alti e grave impegno di risorse.

Come si vede solo il 20% della popolazione arriva a consumare quasi l'80% delle risorse di sistema. Per questo è fondamentale passare alla Sanità di iniziativa. Nella sezione riferita alla Medicina del Territorio questi aspetti verranno esplicitati più nel dettaglio.

5.3.2 I DISTRETTI

I distretti socio-sanitari costituiscono l'articolazione territoriale della 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 concorrono a realizzare la collaborazione tra la ASL e i Comuni e a favorire l'attuazione dei principi del D. Lvo 502/92 e s.m.i. e della Legge Regionale 24/2020.

Ai sensi dell'art. 37 della legge regionale n. 24 del 11 settembre 2020, sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito degli obiettivi posti nel seguente Atto, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. Inoltre, concorrono alla collaborazione tra ASL e comuni.

L'organizzazione distrettuale segue il modello "*Tile Model*", ogni distretto è competente per un determinato territorio, una "mattonella", dove vengono erogati una serie di servizi comuni a tutti i distretti, che agiscono in parallelo.

Per rispondere alla disomogeneità geografiche ed epidemiologiche del territorio gallurese, L'ASL Gallura individua tre distretti socio-sanitari:

- Distretto Socio-Sanitario di Olbia;

- Distretto Socio-Sanitario di Tempio;
- Distretto Socio-Sanitario di La Maddalena.

Sono individuate 3 Strutture Semplici Dipartimentali interdistrettuali:

- SSD PUA-UVT, Assistenza Domiciliare e ai Disabili e ai Fragili: Punto Unico di Accesso e Unità di Valutazione Territoriale interdistrettuale. Interagisce con le Case di Comunità e con i Servizi annessi: UCA, ADI, IFoC, ADI e CP;
- SSD Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale (interdistrettuale);
- Consultori familiari: nella logica della forte integrazione tra ospedale e territorio, afferisce al Dipartimento Donne e Minori.

5.3.2.1 UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI UCAD

Presso ogni Distretto è attivato l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), organo che coadiuva il Direttore di Distretto nell'esercizio delle funzioni di programmazione e gestione, nel rispetto degli indirizzi della Direzione Aziendale, svolgendo funzioni propositive e tecnico-consultive relativamente alle seguenti attività:

- supporto alle competenze assegnate al Direttore di Distretto, in particolare per quanto attiene all'elaborazione della proposta annuale relativa al Programma delle attività Distrettuali;
- coordinamento funzionale, operativo e gestionale di tutte le attività distrettuali, nell'ambito degli indirizzi strategici della direzione aziendale, del programma delle attività distrettuali e del budget attribuito per l'espletamento di tale attività;
- coordinamento tecnico-operativo fra le attività socio-sanitarie di competenza dell'ASL e quelle socio-assistenziali di competenza dei Comuni, svolte nell'ambito territoriale del Distretto;
- supporto al Direttore del Distretto ai fini dell'analisi del fabbisogno di salute della popolazione;
- promozione di strategie operative condivise fra i fattori produttivi territoriali, finalizzate a soddisfare il reale bisogno di salute della popolazione, nell'ambito della programmazione aziendale e del budget assegnato;
- monitoraggio e valutazione delle attività poste in essere nell'ambito del programma delle attività distrettuali nonché dell'attività e dei relativi costi indotti da MMG e PLS;
- individuazione delle modalità di raccordo fra rete produttiva territoriale, servizi socio-assistenziali, MMG e PLS, nonché di procedure e modalità condivise di offerta dei servizi (sportelli unici all'utenza, accordi sulle sedi e sugli orari dei servizi di reciproco rilievo, uso di cartelle socio-sanitarie anche informatizzate, corsi di formazione e aggiornamento anche congiunti, continuità assistenziale);
- sviluppo delle diverse tipologie di attività che vengono implementate dalle azioni integrate tra l'Azienda e la Medicina Convenzionata e che si realizzano anche attraverso l'attivazione delle articolazioni associative dei professionisti (Gruppi di Cure Primarie/AFT) come previste dalle norme.

L'UCAD, presieduto dal Direttore del Distretto, è composto da:

- un rappresentante dei MMG e dei PLS, eletti dai rispettivi colleghi operanti nel Distretto;
- un rappresentante dei Medici Specialisti Ambulatoriali convenzionati, designato dagli Specialisti medesimi operanti nel Distretto;
- un Farmacista titolare o Direttore di Farmacia convenzionata con il S.S.N., designato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle farmacie pubbliche e private operanti nel Distretto.

5.3.2.2 IL COMITATO DI DISTRETTO

Il comitato di distretto, previsto dalla Legge Regionale n. 24/2020 art.37 cc.8-11, in armonia a quanto previsto dall'art. 3- quater, comma 4 del D. Lgs. 502/92 e smi, svolge funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello di soddisfazione rispetto ai servizi erogati. In particolare, il citato art. 3- quater stabilisce che compete al comitato di distretto sociosanitario, come organismo rappresentativo delle amministrazioni comunali presenti nel distretto, quanto segue:

- parere sulla proposta, formulata dal direttore del distretto, relativa al PLUS;
- parere, limitatamente alle attività socio- sanitarie, sull'atto del direttore generale con il quale viene approvato il suddetto PLUS, per la coerenza con le priorità stabilite a livello regionale;
- diffusione dell'informazione sui settori sociosanitari e socioassistenziali e la promozione, a livello di indirizzo politico, delle relative attività in forma integrata e coordinata.

Al comitato è trasmessa, a fini conoscitivi, la relazione annuale sulle attività distrettuali predisposta ai fini dell'elaborazione della relazione annuale della azienda.

Il comitato è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza dei componenti a scrutinio segreto. Fino alla nomina del Presidente, le sedute del comitato sono presiedute dal Sindaco del Comune sede di Distretto; alle sedute del comitato partecipano, senza diritto di voto, il Direttore Generale o suo delegato, il Direttore dei Servizi Sociosanitari e il Direttore del Distretto.

Il comitato, entro 30 gg. dall'insediamento, approva il regolamento relativo alla propria organizzazione e funzionamento, compreso l'espletamento delle attività amministrative e di supporto da parte del comune che esprime la Presidenza, sentito il parere del Direttore Generale, del Direttore dei Servizi Sociosanitari e del Direttore del Distretto. Il Comitato è convocato dal suo Presidente ai fini dell'espressione dei pareri citati, previsti dalla legge, o qualora lo richieda il Direttore Generale, o lo richieda per iscritto almeno un terzo dei componenti, indicandogli argomenti da trattare con relative proposte. Per le sedute del Comitato è prevista la convocazione in forma scritta, con l'ordine del giorno, trasmessa almeno otto giorni prima della data prevista; i Sindaci possono delegare un proprio rappresentante, e uno stesso rappresentante può rappresentare più Sindaci. Escluso il caso della nomina del

Presidente, il comitato delibera a maggioranza se è presente la metà più uno dei componenti in prima convocazione, o di un terzo più uno in seconda convocazione.

5.3.2.3 IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

Il Direttore del Distretto è nominato ai sensi dell'art. 3 sexies, comma3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e ss.mm.ii., articola l'organizzazione dei propri servizi ed assicura:

- a) Il governo unitario e globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- b) la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;
- c) la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione del PLUS;
- d) l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai Medici di Medicina Generale, dai pediatri di libera scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;
- e) la promozione, anche in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti;
- f) la fruizione, attraverso i punti unici di accesso, dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri;
- g) l'attuazione dei protocolli diagnostico-terapeutici e riabilitativi adottati dall'azienda.

5.3.3 DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI OLBIA

E' il principale Distretto della ASL, con circa 120.000 abitanti di riferimento, distribuiti su 16 Comuni tra cui Olbia, Capoluogo con circa 60.000 abitanti.

Fanno parte del Distretto i Comuni di: Alà dei Sardi, Arzachena, Berchidda, Buddusò, Budoni, Golfo Aranci, Loiri Porto San Paolo, Monti, Oschiri, Padru, Palau, San Teodoro, Sant'Antonio di Gallura, Santa Teresa di Gallura e Telti.

La Struttura principale e Sede del Distretto è in Olbia, nella vecchia Sede dell'Ospedale in Viale Aldo Moro, che diventa la Sede della Casa di Comunità Hub del Distretto.

Nella Struttura sarà ubicata la COT e tutti i servizi connessi.

Attualmente nell'ambito del Distretto di Olbia vengono garantite le seguenti attività:

- un Servizio Cure Domiciliari Integrate, PUA, UVT, con sede presso la Direzione del Distretto;
- un servizio di Cure Primarie e medicina specialistica ambulatoriale che si compone di 18 Sedi di Guardia Medica e 75 Medici di Famiglia e 11 Pediatri di Libera Scelta.
- ambulatori di Continuità Assistenziale;
- ambulatori stagionali di Guardia Medica Turistica.

L'Attività amministrativa distrettuale riguarda la gestione dello sportello CUP, riscossione Ticket, erogazione assistenza integrativa e assistenza protesica, ufficio scelta e revoca, ricoveri extra-regione.

5.3.4 DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI TEMPIO PAUSANIA

Il Distretto di Tempio Pausania, inserito dal 1° gennaio 2022 (ai sensi della L.R. n° 24/2020) nella ricostituita ASL n. 2 della Gallura, comprende i comuni di Aggius, Aglientu, Badesi, Bortigiadas, Calangianus, Luogosanto, Luras, Tempio Pausania, Trinità d'Agultu e Vignola.

La maggioranza dei comuni della Gallura, ma in particolare quelli del Distretto di Tempio, sono di piccola dimensione, caratterizzati tra l'altro da nuclei residenziali di matrice rurale.

E' la Sede di una SS "Casa di Comunità Alta Gallura" (Tempio e Trinità d'Agultu)

La popolazione residente nel Distretto di Tempio Pausania ammonta al 01.01.021 a 28.944 abitanti, suddivisa in 14.392 maschi e 14.552 femmine, su una popolazione totale della ASL Gallura di 157.275 individui.

Attualmente nell'ambito del Distretto di Tempio Pausania vengono garantite le seguenti attività:

- un Servizio Cure Domiciliari Integrate, PUA, UVT, con sede presso la Direzione del Distretto;
- un servizio di Cure Primarie e medicina specialistica ambulatoriale, all'interno del quale operano 26 Medici di Medicina Generale suddivisi su tre ambiti territoriali e 3 P.L.S. raccolti in un unico ambito;
- 4 ambulatori di Continuità Assistenziale (Tempio, Calangianus, Luogosanto e Trinità d'Agultu);
- 3 ambulatori stagionali di Guardia Medica Turistica;
- 2 Poliambulatori specialistici, a Tempio e a Badesi.

L'Attività amministrativa distrettuale riguarda la gestione dello sportello CUP, riscossione Ticket, erogazione assistenza integrativa e assistenza protesica, ufficio scelta e revoca, ricoveri extra-regione.

Per il Distretto di Tempio Pausania sono in fase avanzata di progettazione:

- nel Comune di Tempio Pausania una Casa della Comunità HUB, una Centrale Operativa Territoriale per il Distretto e l'Ospedale di Comunità con 20 posti letto;
- nel Comune di Trinità d'Agultu e Vignola una Casa della Comunità *Spoke*.

5.3.5 DISTRETTO SOCIO-SANITARIO DI LA MADDALENA

Il Distretto socio-sanitario di La Maddalena coincide con l'ambito amministrativo del Comune di La Maddalena, che comprende il territorio delle 7 isole principali che compongono l'omonimo Arcipelago (La Maddalena, Caprera, Santo Stefano, Santa Maria, Budelli, Razzoli, Spargi) e diversi isolotti. La superficie territoriale complessiva è pari a circa 52 Km², 20 dei quali occupati dall'isola principale, nella quale risiede la totalità della popolazione, fatta eccezione per pochi nuclei familiari che vivono nell'isola di Caprera. La popolazione residente al 1° gennaio 2022 (dati ISTAT) è pari a 10.617 abitanti per una densità abitativa di 215,23 ab/Km².

La condizione d'insularità del comune di La Maddalena, nonostante la distanza relativamente ridotta (poco più di 3 miglia) dal porto di Palau, rende complicati gli spostamenti e le comunicazioni delle persone, condizionando di fatto ogni aspetto della vita dei cittadini residenti, compresa la possibilità di accesso all'assistenza sanitaria.

La popolazione del Distretto di La Maddalena, forse anche in relazione alla sua condizione d'isolamento, presenta una struttura demografica nella quale la tendenza al progressivo invecchiamento è accentuata rispetto alla media della nostra regione ed è simile a quella delle zone interne dell'isola. La presenza nel territorio di La Maddalena di un numero elevato di anziani (2.773 soggetti con età \geq 65 anni, pari al 26,1% della popolazione), e di 796 ultraottantenni (7,5% del totale) richiede risorse relativamente elevate per l'assistenza sanitaria, e l'isolamento causato dalla condizione d'insularità impone il raggiungimento di un certo grado di autonomia del territorio nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ai suoi cittadini.

La struttura demografica della popolazione 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, è un numero elevato di soggetti portatori di invalidità.

Sulla base dei dati demografici ed epidemiologici appare più che giustificata la pianificazione della implementazione di modelli innovativi di sanità territoriale mirati a migliorare l'assistenza dei pazienti cronici e l'integrazione ospedale-territorio.

Per questo motivo è stata sviluppata una progettualità che tende a rimodulare tutte le attività sanitarie nella logica dell'auto mantenimento. Il Direttore del Distretto coordina anche il Presidio Paolo Merlo realizzando la continuità assistenziale della popolazione tra Ospedale e Territorio. Il Presidio è caratterizzato da attività di Bassa Intensità (vedi più avanti) e da un Pronto Soccorso che opererà con la logica di stabilizzare i pazienti e trasferirli nelle Strutture di Media e alta intensità del SSR (modello "*stand and carry*").

La sede amministrativa del Distretto di La Maddalena è situata presso la struttura polifunzionale presente in località Padule, un complesso che ospita la Casa di Comunità e i vari servizi pertinenti alle diverse aree dell'assistenza distrettuale, quali l'assistenza specialistica ambulatoriale, parte dell'assistenza sanitaria di base (continuità assistenziale, UCA), l'assistenza domiciliare, l'assistenza protesica, l'assistenza riabilitativa, l'assistenza sociosanitaria ad accesso diretto ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie (Consultorio). Nella stessa sede è anche presente l'ambulatorio del Centro di Salute Mentale.

L'assistenza primaria nel territorio del Distretto di La Maddalena è garantita da 9 Sedi di Medicina Generale, di cui solo 4 al momento ricoperte e 2 Pediatri di Libera Scelta. Presso la CdC di La Maddalena sono attualmente attive le branche specialistiche indicate nella tabella seguente, che riporta anche le ore settimanali di attività ambulatoriale erogate per ognuna di esse.

Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata che garantisce le Cure Domiciliari Integrate (CDI) presso il Distretto di la Maddalena dipende nella sua organizzazione dalla struttura di Olbia ed è assicurato dalla presenza, con base nella sede di Padule, di 2 unità di personale infermieristico, che devono garantire anche l'assistenza presso i comuni di Palau e Santa Teresa di Gallura. Non è presente personale medico specialistico in sede.

Presso il Distretto di La Maddalena sono in fase di progettazione avanzata un Ospedale di Comunità con 10 posti letto ed una Centrale Operativa Territoriale per il coordinamento dei Servizi alla persona e la gestione dei PAI e dei PRI, realizzata con finanziamento specifico FESR.

5.3.6 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è la cabina di regia dell'assistenza distrettuale. Costituita da personale infermieristico ha la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccorda tra loro i servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali.

L'azione di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza socio-sanitaria viene attuata attraverso il supporto logistico-informatico ai professionisti della rete assistenziale e tramite il monitoraggio, anche tramite telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare raccogliendo, decodificando e classificando i bisogni assistenziali.

La gestione è affidata a due Posizioni Organizzative infermieristiche/Coordinatori infermieristici per le COT di Olbia e di Tempio, che sono quelle di maggiore dimensione.

E' prevista la realizzazione di tre Centrali Operative Territoriali, a Olbia, a Tempio e, come detto, a La Maddalena, pur se con un carico minore. Saranno ospitate nei locali del Distretto in Via Aldo Moro nel Presidio "San Giovanni di Dio" ad Olbia, del Presidio Paolo Dettori di Tempio e nella Sede del Distretto a Padule.

5.3.7 CASA DELLA COMUNITÀ

La realizzazione delle Case della Comunità (CdC) consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità e consentendo di coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici.

La L.R. 24/2020 ha definito la Casa della Salute, declinata in Case della Comunità dalla normativa nazionale, quale struttura ausiliaria territoriale del Servizio Sanitario Regionale, che raccoglie l'offerta extra-ospedaliera del servizio sanitario, integrata

con il servizio sociale. Le Case di Comunità coordineranno le attività che saranno svolte dalle Strutture presenti nei Comuni di riferimento, massimizzando la prossimità.

La CdC è una struttura fisica in cui operano team multidisciplinari e professionali di MMG, PLS, medici specialistici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e altri professionisti della salute, un luogo 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 (art. 44, comma 3, lett. c). La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. Nella Casa della Comunità sarà inoltre presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie.

La CdC costituirà il punto di riferimento continuativo per la comunità, anche attraverso l'utilizzo di un'infrastruttura informatica e prevede al suo interno un servizio dedicato alla raccolta del bisogno da parte del cittadino (SUA). A livello Distrettuale le Case di Comunità si avvarranno, per le valutazioni multidimensionali, dei PUA-UVT delle Case di Comunità Hub di Olbia e Tempio Pausania, 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 comunità in appositi spazi dedicati, mantenendo comunque la capillarità territoriale dei loro ambulatori.

Come sancito dall'art. 44, comma 2, della L.R. 24/2020, le case della salute (ora CDC) 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.

Per rispondere alle diverse esigenze territoriali e di garantire la capillarità e l'accesso ad un servizio equo sul territorio regionale, la rete assistenziale territoriale prevede che le Case della Comunità siano organizzate secondo il modello HUB e SPOKE. Le Case della comunità nelle due accezioni HUB e SPOKE si differenziano per i servizi erogati e costituiscono l'accesso fisico ai servizi di assistenza primaria e di integrazione sociosanitaria per la comunità di riferimento.

Le CCdC Hub nella ASL Gallura sono 3 e sono localizzate nei Comuni di Olbia, Tempio e La Maddalena, che sono anche le tre Sedi di Distretto Sanitario. Dovranno garantire l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e rimodulati secondo i bisogni di salute del territorio:

- équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- presenza medica h24, 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale (ex Guardia medica);
- presenza infermieristica h12, 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale e UVT;
- punto prelievi;
- programmi di screening;
- servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (es. ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
- servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (es. cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- servizio di assistenza domiciliare di base;
- partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato.
- relazione tra la CdC Hub con il funzionamento delle strutture per le cure intermedie (es. assistenza medica nelle strutture residenziali territoriali come l'ospedale di comunità).

Le CCdC *Spoke* garantiranno, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- equipe multi-professionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità

(IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;

- collegamento con la Casa della Comunità Hub e al PUA-UVT di riferimento;
- sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

Il Coordinamento delle attività sanitarie nelle Case di Comunità sarà affidato ad un referente medico indicato dalla Direzione tra i dirigenti medici presenti nella Struttura e ad un Coordinatore delle Professioni Sanitarie.

La Regione Autonoma della Sardegna ha previsto il finanziamento, attraverso l'investimento 1.1 Componente 1 Missione 6 del PNRR 1, di 45 Case della Comunità. Per l'ASL Gallura sono state previste 9 CDC come in tabella 1:

	DISTRETTO	COMUNE	CDC
ASL GALLURA	Olbia	Olbia (Hub)	1
	Olbia	San Teodoro (Spoke)	1
	Olbia	Berchidda (Spoke)	1
	Olbia	Buddusò (Spoke)	1
	Olbia	Arzachena (Spoke)	1
	Olbia	Santa Teresa di Gallura (Spoke)	1
	La Maddalena	La Maddalena (Hub)	1
	Tempio	Tempio (Hub)	1
	Tempio	Trinità d'Agultu (Spoke)	1

Tabella 1 Articolazione CdC nell'ASL Gallura.

Per le CCdC di Olbia, Berchidda, Buddusò, Arzachena, La Maddalena, Santa Teresa di Gallura e Tempio sono stati individuati locali in edifici preesistenti in uso alla ASL Gallura che saranno interessati ad interventi di riqualificazione per essere resi idonei ad ospitare le CCdC.

Per le sedi di San Teodoro e Trinità d'Agultu è stata prevista la realizzazione di edifici ex novo. Ogni CdC è stata progettata nel rispetto delle indicazioni normative e per poter offrire i servizi richiesti alle CCdC.

5.3.8 OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'ospedale di Comunità (ODC), introdotto con l'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020 è una struttura sanitaria di degenza, afferente all'assistenza territoriale, per pazienti con patologia acuta minore che richiedono una bassa intensità di assistenza sanitaria, intermedia al domicilio ed al ricovero ospedaliero.

Per accedere è necessario che la prognosi di risoluzione a breve termine sia entro i 30 gg, per pazienti afferenti dal domicilio (MMG, MCA, SA), Pronto Soccorso o dimessi dai presidi ospedalieri.

Ha come obiettivo evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi idonei al fabbisogno socioassistenziale del paziente.

Verrà realizzata una ristrutturazione interna nel Presidio Paolo Dettori di Tempio, per 20 posti letto.

Altri 10 posti letto verranno realizzati nel Presidio Ospedaliero Paolo Merlo di La Maddalena.

Con Fondo FESR è in programma un'ulteriore realizzazione di un Ospedale di Comunità a valenza Regionali da collocarsi ad Olbia.

5.3.9 INFERMIERE DI FAMIGLIA O DI COMUNITÀ

Vero e proprio professionista della salute, figura di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica collaborando con tutti i professionisti presenti nella comunità, divenendo il fulcro dell'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, ponendo al centro la persona.

Non è solo un erogatore di prestazioni a domicilio del paziente, ma garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari, espressi o potenziali, in una logica proattiva così come descritto nel modello di *primary care*.

La norma prevede un infermiere ogni 3000 residenti, tenuto conto della realtà infrastrutturale ed orografica del territorio. In via sperimentale è già operativo nella CdC di La Maddalena dal maggio 2021.

Ha come base logistica la Casa di Comunità e come riferimento organizzativo la COT così come identificata nella distribuzione *hub & spoke*.

5.3.10 UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (U.C.A.)

Nata dall'esperienza della USCA durante la pandemia da Sars-Cov-2, è una équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità

e che comportano una comprovata difficoltà operativa. Afferiscono alle CdC di tipo Hub e ne saranno istituite 3. È composta da almeno un Medico ed un Infermiere, operando sul territorio anche attraverso strumenti di telemedicina in collaborazione con MMG, PLS e MCA.

L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente.

5.3.11 SSD PUA-UVT, ASSISTENZA DOMICILIARE E AI DISABILI E FRAGILI

E' una SSD inter-distrettuale afferente al Dipartimento Direzionale Ospedale Territorio (DDHT).

In linea con i principi del D.M. 77, è sempre più acclarato che la casa è il primo luogo di cura e setting privilegiato dell'assistenza territoriale. L'Assistenza Domiciliare, nelle forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, 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.

L'ADI si articola in 3 livelli un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, 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.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

I distretti di Olbia, Tempio Pausania e La Maddalena governano il servizio ADI tramite le Case di Comunità, nella logica Hub & Spoke, con la regia delle rispettive COT.

5.3.11.1 PUA E UVT

Il Punto Unico di Accesso (PUA) ai servizi alla persona svolge attività di accoglienza, valutazione e definizione dei bisogni sociosanitari di pazienti e familiari; informa sull'offerta dei servizi sanitari territoriali, a sostegno di una scelta consapevole del paziente e della sua famiglia; disciplina l'accesso alle Cure Domiciliari Integrate (ADI), alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e alle Comunità Integrate (CI), alle Strutture di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale (RRF) attraverso l'Unità di Valutazione Territoriali (UVT) che valuta e accerta la tipologia del bisogno, al fine di assicurare una presa in carico appropriata, e un progetto personalizzato di assistenza. Sono previste due PUA-UVT per i Distretti di Olbia e Tempio Pausania che supporterà, quest'ultimo, anche La Maddalena. La Sede è prevista nelle Case di Comunità Hub di Olbia e di Tempio Pausania.

Il Punto unico di accesso collabora con i servizi sociali dei Comuni appartenenti all'ambito territoriale della ASL Gallura anche per la gestione integrata di altre problematiche di carattere sociosanitario riferite a persone anziane, con disabilità, o soggetti in condizioni di fragilità.

Si prevede che l'UVT si specializzi nella progettazione di percorsi dedicati a:

- Cure domiciliari
- Cure palliative
- Riabilitazione
- Non autosufficienza

Di concerto con le Strutture aziendali, anche ospedaliere, di riferimento e con gli Specialisti territoriali, compresi i MMG e i PLSA, nella definizione dei PAI, dei PDTA e dei PRI, necessari per la presa in carico dei pazienti cronici.

5.3.11.2 CURE PALLIATIVE

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice. I servizi della rete garantiscono cure e assistenza a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico, evolutivo e a prognosi infausta per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

La legge n. 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito il modello di sviluppo delle reti di cure palliative in termini di accreditamento delle strutture e delle reti, di attuazione, gestione e coordinamento dei percorsi assistenziali integrati e riconoscimento delle competenze professionali. Le cure palliative sono state caratterizzate con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale e, in ambito domiciliare, differenziandole dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche Unità di offerta. Nell'ambito della cornice normativa ed in considerazione delle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali appare sempre più necessario implementare e rafforzare l'approccio alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale.

5.3.11.3 Rete Locale di Cure Palliative

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi livelli assistenziali in un territorio, alla quale corrispondono le seguenti funzioni:

- coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria;
- definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico, favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;

- adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
- raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
- attiva percorsi formativi aziendali specifici;
- partecipa a iniziative di Ricerca.

La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di 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.

Questi servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021.

5.3.11.4 DISABILI E FRAGILI

La SSD svolge attività di programmazione, gestione e coordinamento degli interventi rispetto alle aree della Disabilità e della non Autosufficienza in ogni ambiente di vita, supportando la Direzione Socio-Sanitaria nella formulazione di progetti, percorsi e attività a sostegno e tutela delle persone affette da disabilità o in qualunque altra condizione di fragilità.

L'assistenza ai Disabili e Fragili dovrà garantire:

- la promozione di risposte globali ed unitarie finalizzate al benessere della persona non autosufficiente, della persona con disabilità e delle rispettive famiglie;
- la promozione nella comunità della partecipazione e della sensibilizzazione ai temi della non autosufficienza e della disabilità;
- la realizzazione di progetti individualizzati per sviluppare, potenziare e/o mantenere abilità e competenze che favoriscano l'inclusione della persona con disabilità nel proprio contesto di vita;

- la verifica e il monitoraggio delle progettualità attivate;
- il supporto alla famiglia nella gestione del carico assistenziale attraverso interventi di tipo sociale e/o economico, nonché interventi di sollievo;
- il coordinamento e la verifica dell'attuazione degli accordi contrattuali con i soggetti accreditati.

5.3.12 SSD CONSULTORIO FAMILIARE

Il Consultorio Familiare è la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla prevenzione, promozione della salute, 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 (CF), nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto, garantisce le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il CF nell'ambito delle professionalità disponibili garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate.

L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico ("Planetary Health"), nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la loro capacità di realizzare programmi di promozione della salute e assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità.

Il principio ispiratore del lavoro del CF è quello dell'integrazione, che avviene a tutti i livelli e si configura come un presupposto fondamentale per il raggiungimento dei suoi obiettivi.

Tale principio è evidente sia all'interno del CF che nel modo in cui questo si rapporta al contesto in cui opera. Il CF svolge, infatti, la propria attività in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione). Inoltre, l'attività del CF richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Le figure professionali che possono operare nel CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'ostetrica, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale amministrativo, ed altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (terp), l'assistente sanitario, l'avvocato.

Le attività del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile.

Tutte le sedi dei CF dovranno essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate. La media nazionale parla di circa 1 CF/30.000 abitanti, mentre la normativa indica un rapporto di 1 CF/20.000 abitanti. In Gallura sono presenti al momento 3 Consultori - Olbia, Tempio ed Arzachena - con uno *spin-off* su La Maddalena. Quest'ultimo sarà consolidato e il sistema sarà integrato da un 5° Consultorio per la Bassa Gallura, che copra la fascia meridionale del territorio della ASL, da Oschiri a Budoni, che conta circa 30.000 abitanti.

5.3.13 SSD CURE PRIMARIE e SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Le Cure Primarie sono l'insieme di prestazioni e attività, soprattutto cliniche, proprie del primo livello di assistenza che vengono prevalentemente erogate da medici siano essi MMG, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti ambulatoriali, ma anche da altri professionisti socio-sanitari.

Il Medico di Medicina Generale è un libero professionista convenzionato con il Servizio sanitario Nazionale. Le due principali tipologie di medico di medicina generale sono il medico di Assistenza Primaria (o Medico di famiglia) e il medico di Continuità Assistenziale (ancora oggi più conosciuta come Guardia Medica).

Il Medico di famiglia, nel nostro sistema, è il medico di scelta fiduciaria da parte del cittadino e fornisce assistenza di primo livello nel proprio studio medico, al domicilio dell'assistito, nelle strutture residenziali (RSA, Case di riposo, Ospedali di comunità). Egli è responsabile dell'erogazione di cure integrate e continuative ad ogni singola persona che ricerca cure mediche indipendentemente dal sesso, dall'età e dal tipo di patologia. Cura gli individui nel contesto della loro famiglia, della loro comunità e cultura, rispettando sempre l'autonomia delle persone. Sa di avere anche una responsabilità professionale nei confronti della comunità nella quale lavora. I medici di medicina generale/di famiglia esercitano il loro ruolo professionale promuovendo la salute, prevenendo le malattie e fornendo terapie, cure o interventi palliativi. Il loro ambito di competenza è principalmente rivolto alla gestione delle patologie croniche ed il loro ruolo si svolge longitudinalmente nel corso della vita degli individui.

Il Pediatra di Libera Scelta, in analogia con il Medico di Medicina Generale, è il medico che assiste i bambini da 0 a 14 anni, convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale.

Offre i propri servizi gratuitamente per conto del SSN. Il pediatra di libera scelta è obbligatorio per tutti i bambini fino ai 6 anni di età, per accedere a tutti i servizi e le prestazioni garantite dalla sanità pubblica, compresi i Livelli Essenziali di Assistenza. Al raggiungimento dell'età di 14 anni la revoca del pediatra è automatica, con una proroga fino ai 16 anni per portatori di handicap o persone affette da patologie croniche.

Il Medico Specialista Ambulatoriale svolge un ruolo primario nell'offerta territoriale delle prestazioni di bassa complessità. E' primariamente coinvolto nell'abbattimento delle liste d'attesa. La ASL della Gallura prevede un forte potenziamento delle attività svolte dagli Specialisti Ambulatoriali, che verranno coinvolti anche nell'attività di programmazione, sotto la diretta gestione dei Direttori dei Distretti, e nella predisposizione dei PAI, dei PRI e dei PDTA.

Il Medico di Continuità Assistenziale opera su richiesta telefonica negli orari in cui non è attiva l'assistenza primaria (di notte e nei giorni prefestivi e festivi). E' prevista l'attivazione di 4 Strutture operative in h24 - 24/7 per la Continuità Assistenziale, Denominate Aree Integrate Territoriali, nei territori sprovvisti di un sistema di emergenza di bassa intensità e di una copertura totale dei Medici di famiglia. Hanno Sede preferenzialmente nei locali delle Case di Comunità. Verranno attivate le seguenti AIT:

- Arzachena;
- Berchidda;
- San Teodoro
- Trinità d'Agultu.

Costituiscono un quadrato geografico in. continuità operativa, che si integra con i tre Ospedali dotati di Pronto Soccorso e con le Case di Comunità.

5.3.14 ASSISTENZA FARMACEUTICA

La LR 24/2020 ha assegnato (art. 8, c4) all'ARES la funzione di omogeneizzazione dell'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa e dell'utilizzo dei dispositivi medici anche attraverso la valutazione delle tecnologie sanitarie - HTA.

L'Assistenza farmaceutica è inserita nei LEA (DPCM 29.11.2001 e DPCM 12.01.2017) per la fornitura di medicinali necessari per la cura dei pazienti cronici e in assistenza domiciliare. Tramite anche le farmacie ospedaliere, garantisce la dispensazione, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, dei medicinali prescritti al momento della dimissione.

Per questo motivo è necessario che all'interno dell'organizzazione della ASL siano presenti Strutture adeguate a supportare l'ARES nelle attività di monitoraggio, valutazione e omogeneizzazione regionale delle politiche del farmaco, ma che supporti direttamente il servizio sia ospedaliero che territoriale nelle funzioni attribuite dai LEA.

5.3.14.1 SC FARMACIA TERRITORIALE E PROTESICA

La SC Farmacia Territoriale è inserita nel Dipartimento Direzionale Ospedale - Territorio ed ha la funzione di vigilanza sulla pratica professionale e di governo della politica del farmaco e dei dispositivi sanitari. E' la Struttura di raccordo con le farmacie territoriali e i dispensari con le quali organizza e sviluppa le attività aziendali che vedono il coinvolgimento delle farmacie territoriali in ambito amministrativo (scelta e revoca, pagamento ticket, prenotazione prestazioni, etc) e sanitario (distribuzione per conto, tenuta dei registri e flussi informativi, etc).

5.3.14.1.1 Assistenza Protesica

Il Servizio assicura assistenza integrativa e protesica **attraverso l'erogazione di protesi, ortesi, ausili con oneri a carico del Servizio sanitario Nazionale**, secondo le norme che regolano tale erogazione e che sono contenute nel Decreto Ministeriale 27 agosto 1999, n. 322. La funzione interdistrettuale garantisce l'autorizzazione alla fornitura dei dispositivi medici monouso (presidi assorbenti per incontinenza, cateteri, materiali per stomizzati), dei presidi per diabetici e dei prodotti destinati a un'alimentazione particolare (come i prodotti alimentari senza glutine per le persone affette da morbo celiaco e prodotti alimentari per pazienti affetti da specifiche patologie, come la fibrosi cistica del pancreas, fenilchetonuria o errori metabolici congeniti, insufficienza renale cronica), nei Distretti della Asl attraverso gli uffici di "Assistenza Integrativa" che garantiscono l'autorizzazione alla fornitura dei dispositivi medici monouso.

Gli uffici dell'Assistenza Integrativa effettuano la verifica della documentazione e rilasciano le autorizzazioni per il ritiro del materiale.

Hanno diritto alle prestazioni di assistenza integrativa:

- i soggetti con riconoscimento d'invalidità (come ad esempio invalidi civili, di guerra, di servizio, non vedenti e sordomuti);
- i soggetti che sono in attesa di riconoscimento dell'invalidità (per i quali l'invalidità è stata già accertata dalla commissione medica) o in attesa di accertamento dell'invalidità;
- i minori di anni 18 con menomazione o disabilità permanente;
- i ricoverati in strutture pubbliche o private che necessitano di protesi e ausili prima delle dimissioni ospedaliere;
- i soggetti laringectomizzati e tracheotomizzati, ileo-colostomizzati e urostomizzati, i portatori di catetere permanente, gli affetti da incontinenza stabilizzata e gli affetti da patologia grave obbligati all'allettamento (in questo caso è necessaria la presentazione della certificazione medica).

5.3.14.2 SSD FARMACIA OSPEDALIERA

Il DM 70/2015 include la Farmacia tra le strutture ospedaliere e ne definisce lo standard di riferimento. Lo stesso allegato alla DGR 30/73 del 30/09/2022, articola la Assistenza Farmaceutica in due strutture/discipline, Farmacia Ospedaliera e Farmaceutica Territoriale.

La Farmacia Ospedaliera svolge un'attività trasversale su tutte le attività ospedaliere ed è per questo inserita nel Dipartimento Direzionale Ospedale -Territorio. Ha compiti diretti nel misurare l'entità del budget gestito per Farmaci e Dispositivi Medici, nella gestione delle emergenze urgenze e delle pandemie, ha specifica responsabilità diretta, anche di tipo amministrativo ed erariale e deve sviluppare e/o potenziare ulteriori linee di produzione orientate al paziente. Alla ASL Gallura afferiscono 3 ospedali con 350 posti letto che giustificano ampiamente una Struttura indipendente dal Servizio Territoriale.

GLI OSPEDALI

5.4 GLI OSPEDALI DELL'AZIENDA

Nell'ambito del territorio della ASL Gallura, l'assistenza ospedaliera è garantita da tre presidi ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero “Giovanni Paolo II”, sito in via Bazzoni-Sircana, 07026, Olbia (SS) con 204 posti letto;
- Presidio Ospedaliero “Paolo Dettori”, sito in via Grazia Deledda, 19, 07029 Tempio Pausania (SS) con 84 posti letto oltre i 20 per l'Ospedale di Comunità;
- Presidio Ospedaliero “Paolo Merlo”, sito in via Ammiraglio Magnaghi, 07024 La Maddalena (SS) con 26 posti letto di cui 10 per l'Ospedale di Comunità.

La DGR 35/36 del 9.07.2020 ha ridisegnato la rete ospedaliera della Regione Sardegna, pur mantenendo le considerazioni contenute nel DCR/2017. Alla ASL della Gallura sono stati attribuiti 304 posti letto di cui 47 per post acuti. Oltre ai 304 posti letto della rete, sono assegnati alla ASL altri 16 pl di Hospice (a Tempio Pausania) e 30 posti letto di Ospedale di Comunità come più sopra indicati, per un totale di 350 posti letto. Ulteriori 20 posti letto saranno finanziati con fondi FESR per la realizzazione ad Olbia di ulteriori 20 posti letto per il terzo Ospedale di Comunità.

Ogni Presidio ha un Direttore/Responsabile deputato all'organizzazione tecnico-sanitaria della Struttura, all'attribuzione degli spazi e al mantenimento igienico-sanitario nonché strutturale ed impiantistico dell'immobile. La Direzione Medica di Presidio di Olbia è una Struttura Complessa, così come specificato nel D.L.vo 502/92; La Direzione di Tempio Pausania è una SSD così come a La Maddalena.

I Dipartimenti definiscono l'articolazione organizzativa delle attività sanitarie che vengono espletate nei tre Presidi. Per meglio rispondere ai quattro parametri della domanda sanitaria, i Presidi sono stati differenziati e strutturati per focalizzare il tipo di bisogno sanitario, anche in base alle caratteristiche strutturali e tecnologiche che li caratterizzano.

5.4.1 L'OSPEDALE SAN GIOVANNI PAOLO II DI OLBIA

È la Struttura di riferimento per l'Emergenza e per l'acuto di Media Complessità.

È strutturato su 5 padiglioni con percorsi definiti ed ottimizzati per i degenti, il personale, gli utenti e i visitatori.

Ha in dotazione 204 posti letto ordinari suddivisi in aree di degenza per i tre Dipartimenti che sono ivi ospitati.

Ha in dotazione 6 sale operatorie più 2 per il day surgery, su struttura separata.

Il corpo A accoglie la patologia a bassa intensità, la Direzione e l'accoglienza.

Il corpo E è dedicato all'emergenza, con la radiologia, le sale operatorie, la rianimazione.

Il corpo D accoglie le degenze con i percorsi sanitari.

Il corpo S ospita i restanti servizi sanitari, i laboratori e la camera mortuaria.

OSPEDALE GIOVANNI PAOLO II OLBIA							
STRUTTURA	DENOMINAZIONE	POSTI LETTO	DIPARTIMENTO	STRUTTURA	DENOMINAZIONE	POSTI LETTO	DIPARTIMENTO
SC	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	26	DIPARTIMENTO EMERGENZA	SC	ANATOMIA PATOLOGICA		DIPARTIMENTO MIA
SC	MEDICINA D'URGENZA	16	DIPARTIMENTO EMERGENZA	SSD	CHIRURGIA D'URGENZA	15	DIPARTIMENTO EMERGENZA
SC	CARDIOLOGIA	18	DIPARTIMENTO EMERGENZA	SSD	SPCD	6	DIPARTIMENTO EMERGENZA (funzionalmente)
SC	PRONTO SOCCORSO OLBIA		DIPARTIMENTO EMERGENZA	SSD	NEUROLOGIA		DIPARTIMENTO EMERGENZA
SC	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	DIPARTIMENTO EMERGENZA	SSD	ORL	2	DIPARTIMENTO MIA
SC	CHIRURGIA GENERALE	18	DIPARTIMENTO MIA	SSD	UROLOGIA	10	DIPARTIMENTO MIA
SC	MEDICINA M.I.	20	DIPARTIMENTO MIA	SSD	RRF OLBIA	10	DIPARTIMENTO BIA
SC	NEFROLOGIA E DIALISI	6	DIPARTIMENTO MIA	SSD	MEDICINA TRASFUSIONALE E B.U.S.		DIPARTIMENTO MIA
SC	ONCOLOGIA	6	DIPARTIMENTO MIA	SSD	FARMACIA OSPEDALIERA		DIPARTIMENTO DHT
SC	RADIOLOGIA		DIPARTIMENTO MIA	SSD	OCULISTICA	3	DIPARTIMENTO MIA
SC	LABORATORIO ANALISI		DIPARTIMENTO MIA	SS	MALATTIE INFETTIVE		DIPARTIMENTO MIA
SC	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		DIPARTIMENTO DHT	SS	ENDOSCOPIA DIGESTIVA		DIPARTIMENTO MIA
SC	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	22	DIPARTIMENTO DONNE E MINORI	SS	DAY SURGERY OLBIA		DIPARTIMENTO MIA
SC	PEDIATRIA E NEONATOLOGIA	15	DIPARTIMENTO DONNE E MINORI	SS	UTIC	6	DIPARTIMENTO EMERGENZA
SC	DIABETOLOGIA E NUTRIZIONE		DIPARTIMENTO BIA	SS	RIANIMAZIONE	6	DIPARTIMENTO EMERGENZA

5.4.2 L'OSPEDALE PAOLO DETTORI DI TEMPIO PAUSANIA

È una struttura a monoblocco che accoglie le Strutture della bassa complessità e della cronicità. Ha una capacità 84 posti letto. È una struttura che è in fase di ristrutturazione progressiva. E' stato classificato come "Stabilimento di Base di completamento" ed in pratica si integrava al "Presidio Unico DEA di I livello della Gallura", SGPII di Olbia e DEA di I livello e Ospedale di Comunità (ex Documento Consiglio Regionale del 11/12/2017 - DCR/2017, Tab 6.1). Ma adesso ritorna ad assumere una sua *mission* definita e una sua autonomia tecnica e gestionale, grazie alla SSD di Direzione Medica del Presidio indipendente da quella di Olbia. Sono indipendenti anche il Pronto Soccorso (SSD) e l'Anestesia e Terapia Sub Intensiva (TSI), con una nuova SSD.

È dotata di Pronto Soccorso e di 2 sale operatorie oltre alla ex sala parto che verrà trasformata per ospitare la chirurgia oculistica a bassa intensità (cataratte prevalentemente). Ospiterà la COT che fornirà i servizi per le Case di Comunità che afferiranno al Distretto sanitario dell'Alta Gallura.

A Tempio Pausania è presente una Struttura con una capacità di 36 posti letto che ospita 16 posti letto dell'Hospice. I restanti 20 posti letto non sono stati ancora utilizzati, ma potrebbero essere dedicati a 20 posti letto della SSD di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale. Le 2 Strutture nel Comune di Tempio, garantiscono quindi una disponibilità complessiva di 120 posti letto.

Il Paolo Dettori sarà un ospedale per la Chirurgia Polispecialistica, su pazienti ASA 1 e ASA 2, per i pazienti chirurgici (prevalentemente addominale) e ortopedici, con la traumatologia (fratture di femore comprese) e l'ortopedia di elezione. I pazienti con condizioni cliniche più complesse (ASA 3 e ASA 4) dovranno necessariamente essere indirizzati verso Olbia o Sassari. Afferiranno alla Chirurgia generale anche la Chirurgia Otorinolaringoiatrica (che disporrà di 1 posto letto dedicato) e la Chirurgia Oculistica (con 3 posti letto dedicati) e l'attività di *Day Surgery*, per 12pl complessivi; effettueranno la piccola chirurgia e gli interventi di cataratta, oltre ai 10pl della SC di Ortopedia per complessivi 22 pl. L'obiettivo è quello di erogare la maggior parte delle prestazioni i cui DRG vengono definiti "a rischio di inappropriatelyzza e che solitamente hanno lunghe liste di attesa. In futuro, quando le Strutture del Dipartimento di Emergenza saranno a regime, si potranno eseguire anche prestazioni più complesse. All'interno della SC di Chirurgia Polispecialistica verranno svolte le funzioni di Endoscopia Digestiva e di Senologia Diagnostica, oltre alle normali prestazioni previste per questo tipo di discipline, svolgeranno i controlli di secondo livello per gli screening sulla popolazione dell'intera Gallura, in coordinamento con la SS afferente al Dipartimento di Prevenzione.

I posti letto di Area Medica sono 34 di cui 16 sulla SC di Medicina Generale, 15 sulla SSD di Lungodegenza, 1 di Cardiologia e 2 di TSI. La SSD di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale di Tempio Pausania avrà 22 posti letto dedicati. 4 pl di Ginecologia e 2 di Pediatria completano la Struttura, per un totale di 84 posti letto oltre ai 20 dell'Ospedale di Comunità e ai 16pl dell'Hospice. Anche su Tempio si opererà, così come a Olbia, realizzando una piattaforma di degenza coordinata da un Bed Manager.

Come verrà più dettagliatamente illustrato nel Capitolo 9, il Paolo Dettori viene strutturato per assolvere anche lui alla funzione di “stabilizzazione e trasporto” così come definito per l’Ospedale Paolo Merlo di La Maddalena.

OSPEDALE PAOLO DETTORI TEMPIO PAUSANIA			
STRUTTURA	DENOMINAZIONE	POSTI LETTO	DIAPARTIMENTO
SC	CHIRURGIA GENERALE E POLISPECIALISTICA (ORL e OCULISTICA) – WEEK e DAY SURGERY	12	DIPARTIMENTO BIA
SC	MEDICINA GENERALE	16	DIPARTIMENTO BIA
SC	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	10	DIPARTIMENTO BIA
SC	RADIOLOGIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE		DIPARTIMENTO BIA
SSD	RRF OSPEDALE TERRITORIO TP	22	DIPARTIMENTO BIA
SSD	LABORATORIO ANALISI OSPEDALIERO E TERRITORIALE		DIPARTIMENTO BIA
SSD	ANESTESIA E TSI	2	DIPARTIMENTO EMERGENZA
SSD	LUNGODEGENZA	15	DIPARTIMENTO BIA
SSD	DIREZIONE DI PRESIDIO		DIPARTIMENTO DHT
SSD	PRONTO SOCCORSO TP		DIPARTIMENTO EMERGENZA
SS	PEDIATRIA	2	DIPARTIMENTO DONNE E MINORI
SS	GINECOLOGIA	4	DIPARTIMENTO DONNE E MINORI
SS	CARDIOLOGIA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	1	DIPARTIMENTO EMERGENZA
SS	DIALISI T.P.		DIPARTIMENTO BIA
SS	MEDICINA TRASFUSIONALE		DIPARTIMENTO BIA
	OSPEDALE DI COMUNITÀ	20	DIPARTIMENTO BIA
	HOSPICE	16	DIPARTIMENTO DMIA

5.4.3 L'OSPEDALE PAOLO MERLO DI LA MADDALENA

È un piccolo ospedale che supporta il bisogno di bassa complessità della popolazione dell'Isola di La Maddalena. È uno "Stabilimento Ospedaliero di Area Disagiata". Ospita un Pronto Soccorso e i servizi di radiologia, laboratorio analisi e medicina iperbarica. Ha la disponibilità di 16 posti letto di Medicina polispecialistica Osservazionale di Bassa Intensità (MOBI) e 10 posti letto di Ospedale di Comunità, a gestione infermieristica.

OSPEDALE PAOLO MERLO LMD			
STRUTTURA	DENOMINAZIONE	POSTI LETTO	DIAPARTIMENTO
SSD	MOBI	16	DIPARTIMENTO BIA
SSD	DIAGNOSTICA BCI		DIPARTIMENTO BIA
SSD	PRONTO SOCCORSO LMD EMERGENZA TERRITORIALE E TURISTICA		DIPARTIMENTO EMERGENZA
SSD	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO LMD		DIPARTIMENTO DIREZIONALE H-T
SS	MED. IPERBARICA		DIPARTIMENTO EMERGENZA
SS	PEDIATRIA B.I.		DIPARTIMENTO DONNE E MINORI
	OSPEDALE DI COMUNITÀ	10	DIPARTIMENTO BIA

5.5 L'ORGANIZZAZIONE PER INTENSITÀ DI CURE

I modelli organizzativi più avanzati rimodulano l'organizzazione per reparti/divisioni riportandola ai dipartimenti e alle aree di degenza per intensità di cure. Le équipes mediche sono costituite in Strutture Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali e operano per la presa in carico dei pazienti per la diagnosi e la cura.

I posti letto, così come definiti nell'Allegato 1 della DGR 35/36 del 9 luglio 2020, vengono accorpati in aree di degenza sotto il governo della Direzione Sanitaria. I Coordinatori infermieristici governano il personale delle professioni sanitarie secondo il modello dell'assistenza modulare per intensità di cure ed assistenza, riportando l'attribuzione dei malati in maniera modulare per garantire adeguati livelli di assistenza. Il **Bed Manager** garantirà la corretta assegnazione dei posti letto all'interno delle aree di degenza.

Sono previsti tre *bed manager* sui dipartimenti assistenziali:

- 1 BM per il Dipartimento di emergenza su 81 posti letto;
- 1 BM per il Dipartimento di Media Intensità su 88 pl (compresi i 10 di RRF del DBIA) e di 37 posti letto nel Dipartimento Donne e Minori, nel PO di Olbia;
- 1 BM per il Dipartimento di Bassa Intensità su 84 pl nel PO di Tempio Pausania oltre ai 16pl di Hospice e ai 20 di OdC e per i 26 pl nel PO di La Maddalena.

5.6 I DIPARTIMENTI CLINICI

Il Dipartimento costituisce il modello ordinario di gestione operativa, a livello aziendale o interaziendale, di tutte le attività delle aziende, dotato di autonomia tecnico-professionale e di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

Gli organi del dipartimento sono:

- un **direttore**, nominato dal direttore generale sulla base di una rosa di candidati selezionata dal comitato di dipartimento, per la durata di tre anni rinnovabili una sola volta, che ha la gestione complessiva del budget, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati, assicura il coordinamento organizzativo e gestionale, è garante della continuità assistenziale e della qualità dell'assistenza e ne assicura la verifica e il miglioramento continuo, promuove l'aggiornamento continuo tecnico scientifico del personale, rimane titolare della struttura complessa cui è preposto e conserva le funzioni assistenziali;
- il **comitato di dipartimento**, composto dai responsabili delle strutture che vi afferiscono e da una quota di componenti elettivi, individuati tra le professionalità presenti all'interno del dipartimento, il quale concorre alla definizione del programma d'attività ed alla verifica degli obiettivi.

Come detto al capitolo 4, l'Organizzazione Aziendale agisce in funzione delle quattro componenti del fabbisogno di salute della comunità:

- **Prevenzione;**
- **Acuzie;**
- **Cronicità;**
- **Emergenza**

I Dipartimenti sono funzionali al governo della domanda e non alla definizione dell'offerta.

Sono costituiti i seguenti dipartimenti strutturali:

- Dipartimento Direzionale Ospedale Territorio - DDHT;
- Dipartimento per Acuti di Media Complessità - DMI;
- Dipartimento per Donne e Minori - DDM;
- Dipartimento per pazienti Acuti e Cronici di Bassa Intensità Assistenziale - DBIA;
- Dipartimento di Emergenza Clinica - DE;
- Dipartimento di Salute Mentale - DSM;
- Dipartimento *One Health* della Prevenzione e della salute costituito, per la componente relativa alle Strutture della ASL, dal Dipartimento Di Prevenzione Medica e dal Dipartimento di Prevenzione Veterinaria del Nord Sardegna.

Verrà attivato, unitariamente alle altre Aziende del Territorio, un Dipartimento funzionale per l'emergenza nel Nord Sardegna.

Verrà portata avanti la politica delle reti di patologia, di concerto con le Aziende Sanitarie Regionali, sul modello *Hub & Spoke*.

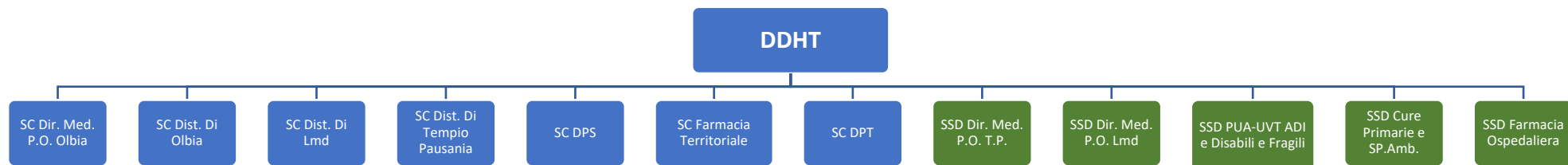
5.6.1 DIPARTIMENTO DIREZIONALE OSPEDALE TERRITORIO

Come già espresso precedentemente, l'organizzazione aziendale è orientata verso la domanda sanitaria, verso i bisogni dei cittadini. Questo si traduce identificando come le Strutture aziendali si occuperanno dei 4 pilastri della domanda sanitaria e in che maniera si rapporteranno tra loro anche e soprattutto nella logica di integrare l'ospedale al territorio.

Proprio in questa funzione sarà realizzato il Dipartimento Direzionale, Strutturale, Ospedale-Territorio che è costituito dalle seguenti Strutture:

- SC Direzione Medica del Presidio “Giovanni Paolo II” di Olbia;
- SC Distretto di Olbia;
- SC Distretto di Tempio Pausania;
- SC Distretto di La Maddalena;
- SC Farmacia Territoriale e Protesica;
- SC Direzione Servizio Professioni Sanitarie;
- SC Direzione Servizio Professioni Tecniche;
- SSD Direzione Medica del Presidio “Paolo Dettori” di Tempio-Pausania;
- SSD Direzione Medica del Presidio “Paolo Merlo” di La Maddalena;
- SSD Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale;
- SSD PUA-UVT, Assistenza Domiciliare e ai Disabili e Fragili;
- SSD Farmacia Ospedaliera.

Questo Dipartimento darà il supporto operativo alla Direzione Sanitaria e Socio Sanitaria per l'espletamento delle funzioni legate al governo clinico e al potenziamento dei percorsi clinico-assistenziali e socio sanitari ospedalieri e territoriali.



A

**PATOLOGIA
ACUTA**

5.6.2 AREA PER LA PATOLOGIA ACUTA

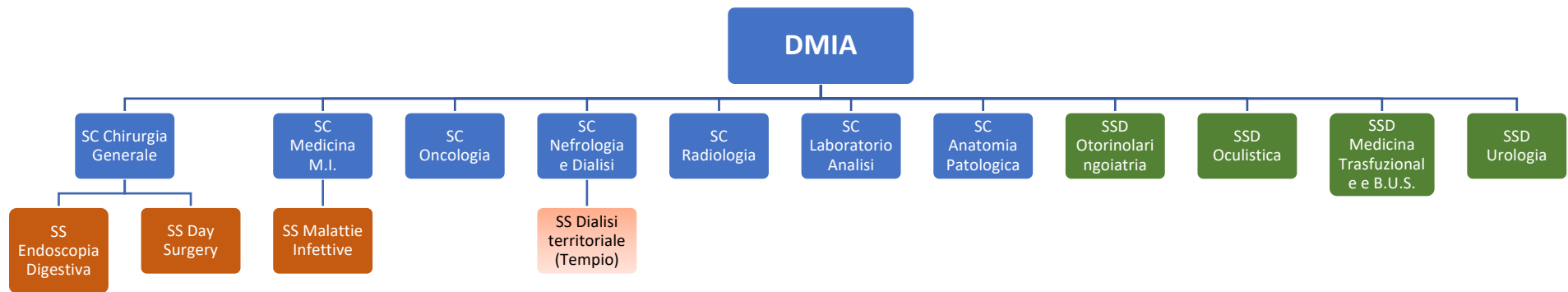
La Patologia acuta è differenziata per intensità di cure e di assistenza. Non esiste una sola soluzione per una materia così vasta e complessa. Occorre definire i bisogni assistenziali dei pazienti procedendo con logiche legate alla “medicina della popolazione” e alla stratificazione della popolazione. La domanda di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale deve essere definita attraverso i PAI (Piani Assistenziali Individuali), i PRI (Piani Riabilitativi Individuali) e i PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Individuali). Non si procederà più con la semplice erogazione di prestazioni sanitarie, ma queste dovranno essere riorganizzate su percorsi predefiniti, gestiti a livello aziendale. Questo è il modello di presa in carico.

5.6.2.1 DIPARTIMENTO PATOLOGIA ACUTA DI MEDIA INTENSITÀ

È localizzato nel Presidio Ospedaliero San Giovanni Paolo II di Olbia. Tutte le patologie acute di media intensità verranno affrontate nelle Strutture del Dipartimento, che è composto da:

- SC Chirurgia Generale 18pl;
- SC Medicina di Media Intensità 20pl;
- SC Nefrologia e dialisi 6pl;
- SC Radiologia;
- SC Laboratorio Analisi;
- SC Anatomia Patologica;
- SC Oncologia 6pl (ulteriori 16pl di Hospice a Tempio Pausania);
- SSD Otorinolaringoiatria 2pl;
- SSD Urologia 10pl;
- SSD Oculistica (obbligatoria per DEA di I livello) 3pl;
- SSD Medicina Trasfusionale e Buon Uso del Sangue;
- SS Day Surgery Olbia;
- SS Endoscopia Digestiva;
- SS Malattie Infettive;
- SS Dialisi Tempio Pausania (SS della SC Nefrologia, afferente al DBIA).

Si sviluppa su 81 posti letto compresi i 16 pl disponibili per l'attività Ortopedica di elezione e oltre ai 16 pl dell'Hospice. Contribuisce all'erogazione delle prestazioni specialistiche anche di bassa intensità, in collegamento con le Strutture Territoriali (Distretti e Case di Comunità).

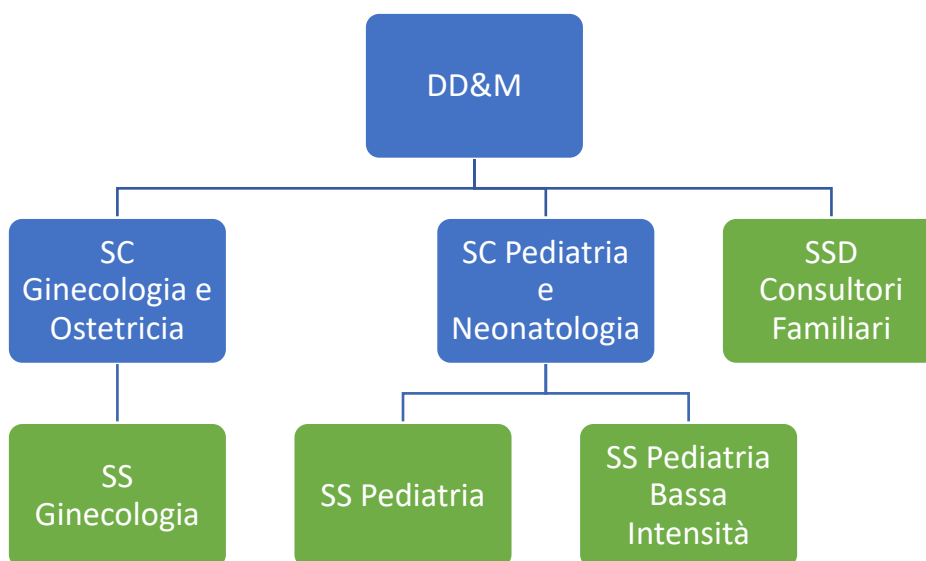


5.6.2.2 DIPARTIMENTO DONNE E MINORI

Ha una dimensione aziendale e coinvolge, nei percorsi trasversali clinico-assistenziali, i tre Presidi, con differenti livelli assistenziali, e il territorio, avvalendosi dei Consultori Familiari e degli specialisti ambulatoriali delle Case di Comunità. Si compone delle seguenti Strutture:

- SC Ginecologia e Ostetricia 16pl+6pl;
- SC Pediatria e Neonatologia 10pl+5pl (Neonatologia);
- SSD Consultori Familiari;
- SS Ginecologia 4pl;
- SS Pediatria 2pl;
- SS Pediatria di Bassa Intensità.

Ha a disposizione 37 posti letto nel Presidio di Olbia e 6 posti letto complessivi nel presidio di Tempio Pausania. Le procedure prevedono ricoveri osservazionali di breve durata e bassa intensità nella MOBI di La Maddalena.



C

**PATOLOGIA
CRONICA**

5.6.3 AREA DELLA CRONICITÀ

Come esplicitato nel capitolo sul Contesto territoriale, la Gallura ha un alto indice di vecchiaia. 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 media fa riferimento ad un 30% con punte superiori al 35%. 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. E' 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. Il Dipartimento di Bassa Intensità Assistenziale - BIA - e la Sanità di Iniziativa con le Case di Comunità saranno i pilastri della Sanità 2.0.

5.6.3.1 DIPARTIMENTO DI BASSA INTENSITÀ ASSISTENZIALE E CRONICITÀ

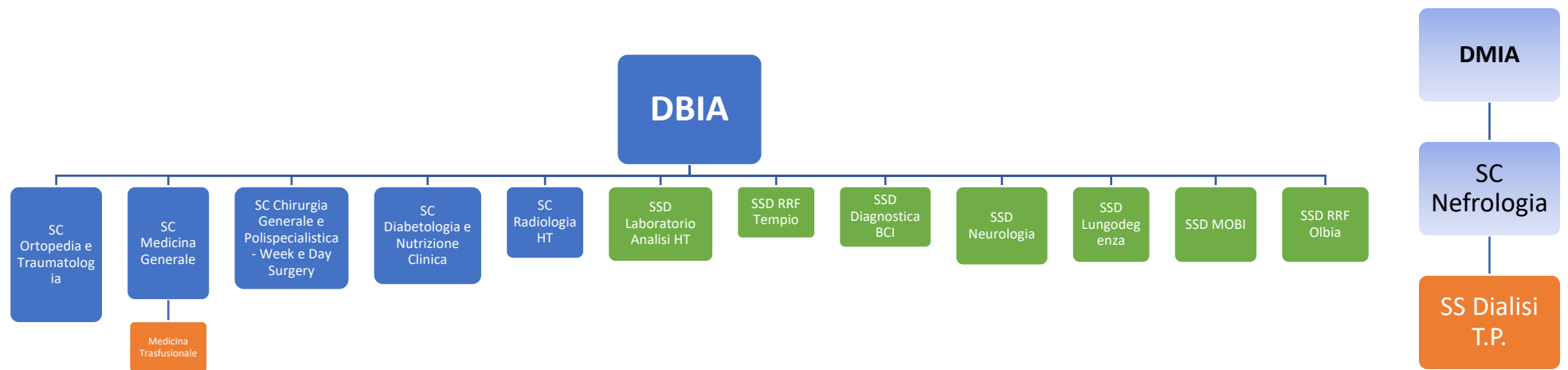
Si distribuisce in tutti i Presidi Aziendali e nel territorio ed è costituito dalle seguenti Strutture:

- SC Ortopedia e Traumatologia (Tempio P.) 10pl;
- SC Medicina Generale 16pl;
- SC Chirurgia Generale e Polispecialistica (ORL e Oculistica) - Week e Day Surgery 12pl;
- SC Diabetologia e Nutrizione Clinica;
- SC Radiologia Ospedaliera e Territoriale;
- SSD Riabilitazione Territoriale Ospedale-Territorio 22pl;
- SSD Laboratorio Analisi Ospedaliera e Territoriale;
- SSD Neurologia;
- SSD MOBI - Medicina polispecialistica Osservazionale di Bassa Intensità 16pl (La Maddalena);
- SSD Riabilitazione e Recupero Funzionale (Olbia) 10 pl;
- SSD Diagnostica BI (La Maddalena, che coordina localmente la radiologia e il laboratorio analisi);
- SSD Lungodegenza 15pl;
- SS Dialisi - Tempio Pausania e La Maddalena (SS della SC Nefrologia)

- SS Medicina Trasfusionale;
- Ospedale di Comunità di La Maddalena, con 10 posti letto;
- Ospedale di Comunità di Tempio Pausania, con 20 posti letto.

Ha la disponibilità di 147 pl (101 di BIA +30 di OdC +16 di Hospice così suddivisi nei tre Presidi Aziendali:

- La Maddalena 26 posti letto (16 ordinari e 10 di OdC);
- Tempio Pausania 75 posti letto + 20 di OdC;
- Tempio Pausania 16 posti letto di Hospice + 20 da attivare;
- Olbia 10 posti letto di RRF H-T.



E

EMERGENZA

5.6.4 AREA DELL'EMERGENZA

L'analisi del contesto territoriale ha evidenziato l'importanza dell'attività di emergenza sanitaria nel territorio della Gallura, dove la bassa densità abitativa su una superficie di 3.406kmq, con grossi problemi di viabilità, su strade ad alta densità di traffico nel periodo estivo, ma con lunghi tempi di percorrenza anche durante le stagioni non soggette al sovrafflusso turistico, rende difficile garantire tempi e modi per la gestione dell'emergenza. Questi fattori diventano altamente critici nel periodo estivo dove l'emergenza diventa l'attività prioritaria dal punto di vista sanitario.

Per questo motivo tutta l'Azienda viene coinvolta a rispondere efficacemente ai bisogni sanitari connessi a questo settore.

I numeri consolidati indicano grande sofferenza in particolare dei Pronto Soccorso nei tre Ospedali, con un marcato raddoppio sui numeri annuali ma che, letti nel breve periodo, indicano un aumento di 5 volte nell'accesso alle Strutture Sanitarie.

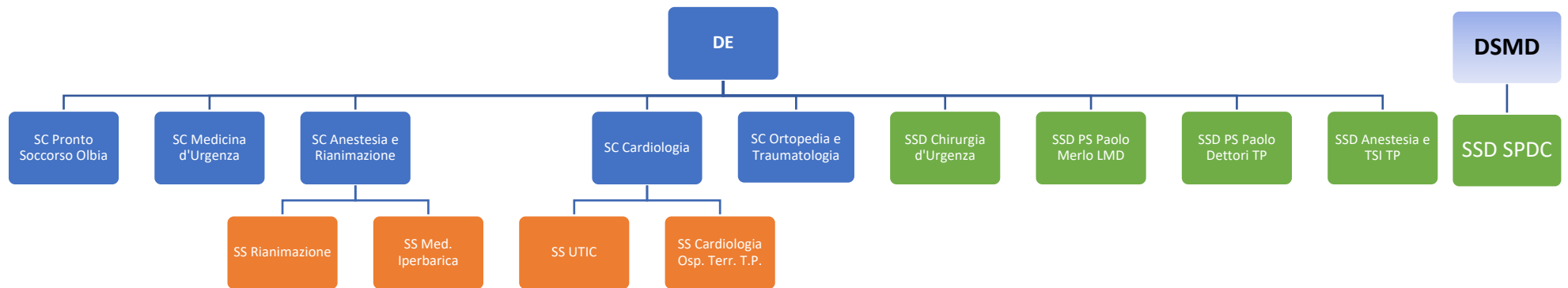
Per questo il Dipartimento di Emergenza riveste un aspetto strategico fondamentale per tutta l'Azienda e opera nella logica di rete con il territorio e le altre Aziende del Nord Sardegna.

Diventa quindi fondamentale dotare il Dipartimento di propri posti letto finalizzati ad alleggerire l'operatività dei Pronto Soccorso, con attività cliniche connesse ai percorsi di emergenza.

5.6.4.1 DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

Il Dipartimento opera prevalentemente sull'Ospedale di Olbia, ma connette strutturalmente il Pronto Soccorso di La Maddalena e di Tempio Pausania. E' costituito da 82 posti letto, nel Presidio di Olbia, dalle seguenti Strutture:

- SC Pronto Soccorso di Olbia;
- SC Anestesia e Rianimazione;
- SC Medicina d'Urgenza 16pl;
- SC Cardiologia 18pl;
- SC Ortopedia e Traumatologia 10pl;
- SSD Chirurgia d'Urgenza 15pl;
- SSD SPDC - Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (dal DSM in collegamento funzionale a matrice) 6pl;
- SSD Pronto Soccorso Ospedale Paolo Merlo La Maddalena e Coordinamento della emergenza territoriale e turistica;
- SSD Anestesia e Terapia Sub Intensiva di Tempio Pausania 2pl;
- SSD Pronto Soccorso Ospedale Paolo Dettori;
- SS UTIC 6pl;
- SS Cardiologia Ospedaliera e Territoriale (Tempio Pausania) 1pl;
- SS Rianimazione 6+2pl;
- SS Medicina Iperbarica.



5.6.4.2 SSD PRONTO SOCCORSO LA MADDALENA, EMERGENZA TERRITORIALE E TURISTICA

Come specificato in premessa, la Gallura, dal punto di vista sanitario, soffre il grande afflusso turistico, con il 38% di tutte le presenze turistiche regionali concentrate nel territorio. Si registrano punte di circa 1 milione di presenze nel periodo che va da metà luglio a metà agosto. L'impatto è notevole con valori di accesso ai servizi sanitari implementato di almeno 5 volte e picchi nei pronto soccorso. Nel 2021 sono stati registrati 20.000 accessi per non residenti su un totale annuale di 44.000, con presenze in PS a Olbia fino a 300 persone giornaliere, facendo di Olbia il primo Pronto Soccorso della Sardegna.

Per poter arginare questo grosso afflusso di persone, oltre ai provvedimenti strutturali e organizzativi indicati anche in questo Atto Aziendale, è necessario dare valore all'organizzazione territoriale che ha necessità di essere programmata e gestita non solo nei mesi estivi, ma sull'intero anno. La Gallura infatti vede una stagione che si sviluppa su più mesi, da marzo a fine ottobre, periodi preferiti da turisti stranieri e con necessità diverse dalle spiagge, ma meglio legati all'escursionismo, il biking, il trekking, surfing, moto turismo, archeologia, natura, sport come la vela e i "grandi eventi" legati alla tradizione.

Per questo è necessario un continuo processo di adeguamento e programmazione del Servizio di Continuità Assistenziale fornito dalle Guardie Mediche e Turistiche. E' importante che questo Servizio attivi e tenga costantemente operativo il sistema di assistenza sanitaria territoriale, appoggiandosi al NEA 116117, nuovo Numero Europeo Armonizzato per la Bassa Intensità, che opera di concerto con il 118 e il NUE 112..

P

PREVENZIONE

5.6.5 DIPARTIMENTI TERRITORIALI

5.6.5.1 ONE HEALTH: AREA DELLA PREVENZIONE

One Health è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (compresi gli ecosistemi) sono strettamente collegati e interdipendenti. L'approccio mobilita molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società per lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando nel contempo la necessità collettiva di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, intervenire sul cambiamento climatico e contribuire allo sviluppo sostenibile. Questa la nuova definizione data dal One Health Level Expert Panel (OHHLEP). Siamo tutti elementi di un solo sistema in cui la salute di ogni elemento, sia esso umano, animale o ambientale, è strettamente dipendente da quella degli altri. È perciò importante implementare programmi, politiche e norme per raggiungere i migliori risultati nell'ambito della salute pubblica.

Il modello della salute circolare è perfettamente in linea con il *whole-of-society approach* e il *whole-of-government approach* sostenuti dall'OMS nella strategia Salute 2020. Questo tipo di approccio considera di coinvolgere vari settori della società e di facilitare la loro attiva partecipazione in processi decisionali relativi a misure di salute pubblica. L'interdisciplinarietà, la sostenibilità e l'interdipendenza costituiscono le parole chiave dell'approccio One Health. Non solo quindi sinergia tra medicina veterinaria, medicina umana ed ecologia, ma anche collaborazione con le scienze sociali e umanistiche, le scienze fisiche e le scienze della vita.

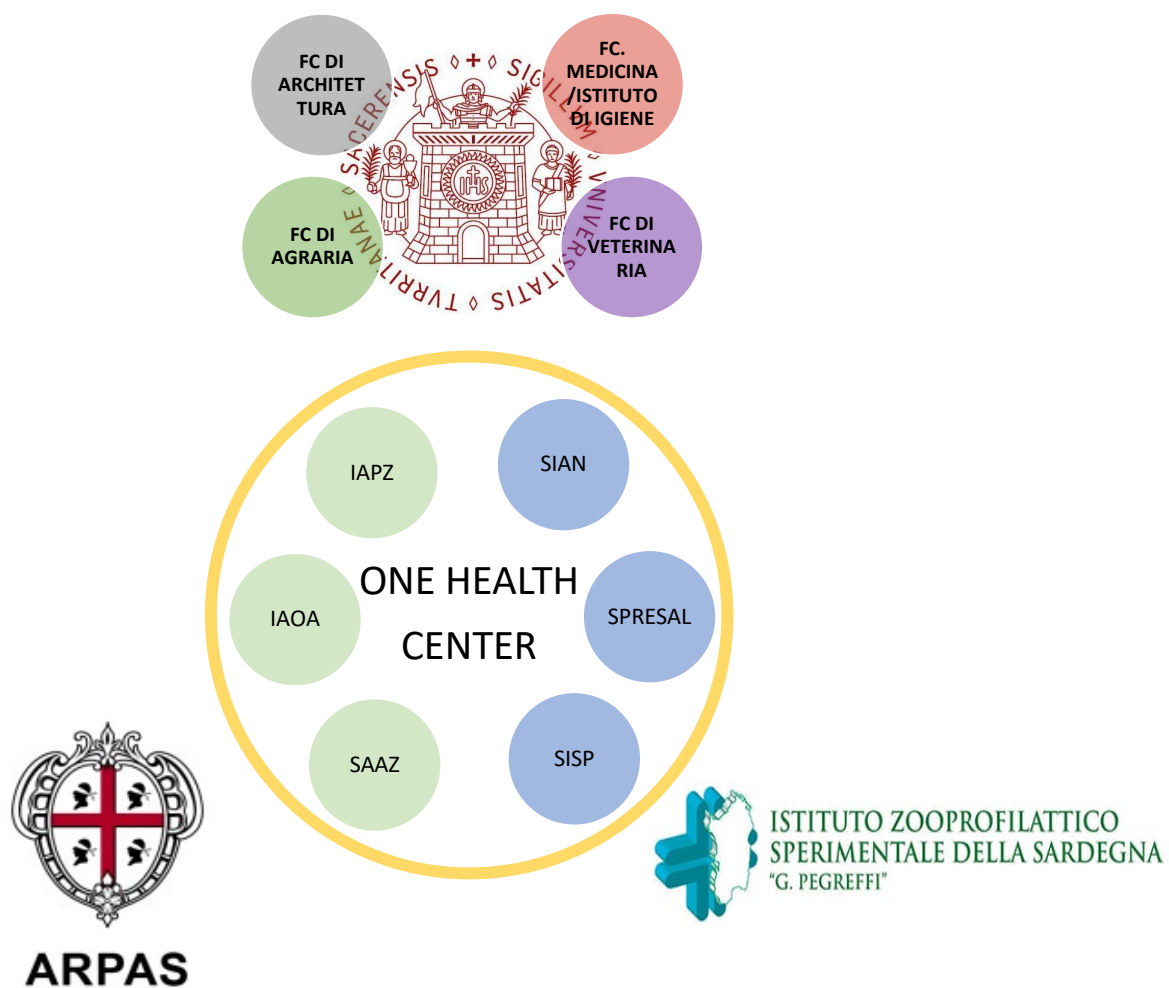


Anche il PNRR con la Missione 6 dedicata alla Salute, abbraccia l’approccio One Health. Per la sanità viene introdotto un nuovo organismo il “Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici” (SNPS). Fanno parte del SNPS, operando in coordinamento tra loro, in una logica di rete anche i Dipartimenti di prevenzione delle Asl;

Già il Piano Integrato dei Controlli Ufficiali in sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare e il Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 basano i progetti, le azioni e gli obiettivi su questo approccio.

La recente riforma del Servizio Sanitario Regionale per il Nord Sardegna individua in via sperimentale due Dipartimenti, quello di Prevenzione Medica e quello Veterinario, che comunque devono raccordarsi funzionalmente proprio per garantire azioni integrate secondo l’approccio One Health.

ONE HEALTH CENTER



L'ASL della Gallura adotta il *One Health* quale modello ispiratore per rispondere ai bisogni legati alla prevenzione.

Per poter attuare l'azione multidisciplinare alla base della One Health, è necessario adottare, oltre alle modalità organizzative precedentemente descritte, misure che consentano l'interrelazione delle diverse strutture che compongono i due Dipartimenti di Prevenzione, Umana ed Animale, portando alla reale integrazione di diverse figure professionali.

A questo scopo è obiettivo dell'ASL della Gallura collocare in una sede comune tutte le Unità Operative dei Dipartimenti di Prevenzione: il *ONE HEALTH CENTER*.

Il *One Health Center* non sarà solo sede delle Unità Operative dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ASL della Gallura e dell'ASL di Sassari ma, a seguito di accordi interaziendali con l'Agenzia Regionale Per l'Ambiente Sardegna (ARPAS) e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sardegna (IZSS), nonché di una convenzione con l'Università Degli Studi di Sassari, alcune funzioni o attività di tali Enti potranno essere ospitate nel medesimo edificio, così da favorire sia funzionalmente che fisicamente la massima cooperazione ed integrazione per tendere al comune obiettivo della One Health.

Questo edificio sarà dunque, oltre che un centro aggregatore di attività rivolte alla prevenzione in ogni suo aspetto, un luogo che ospiterà attività di analisi e di ricerca, nonché di formazione e promozione della salute e del benessere ambientale, rivolto sia ad operatori che alla popolazione.

5.6.5.1.1 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA

Il Dipartimento 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 collettiva negli ambienti di vita e di lavoro e la prevenzione delle malattie e delle disabilità.
- Promuove gli stili di vita sani.
- Coordina le attività connesse alla Medicina Legale e delle Assicurazioni, specificatamente nell'ambito delle Commissioni per l'invalidità e la Commissione Medica Locale istituita presso la ASL. Fornisce consulenza al contenzioso medico legale e partecipa attivamente al CVS.
- Individua e rimuove le cause di nocività e di malattia di origine ambientale e umana.
- Promuove la salute nell'attività sportiva coordinando la Medicina dello Sport sia con l'erogazione diretta che nel controllo delle attività in committenza.

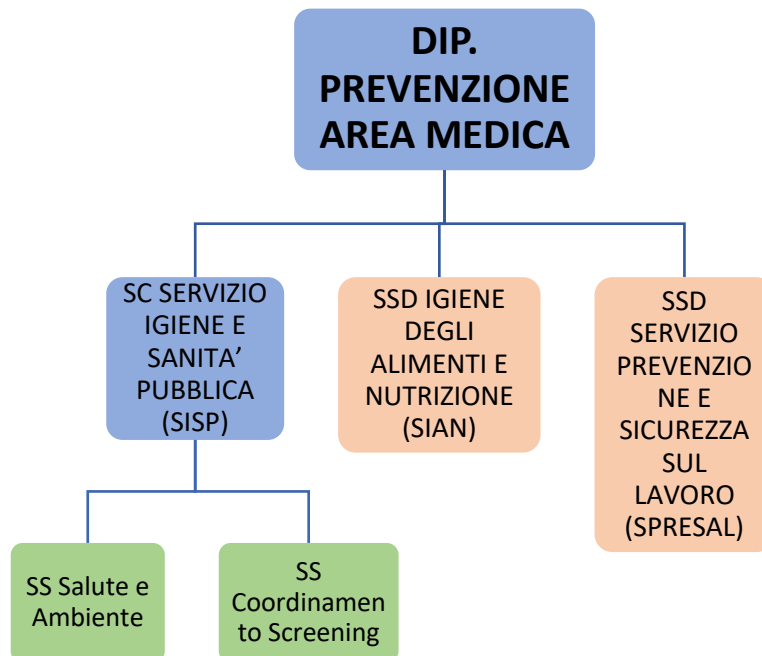
Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento di Prevenzione Area Medica sono le seguenti:

- SC Servizio Igiene e Sanita' Pubblica (SISP);
- SSD Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN);
- SSD Servizio Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (SPRESAL);
- SS Salute e Ambiente (SA)
- SS Coordinamento Screening.

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

All'interno del SISP opera la funzione di Medicina dell'Immigrazione che attraverso un ambulatorio specifico per la popolazione straniera e immigrata fornisce un importante servizio di prevenzione primaria e secondaria, verificando lo stato di salute e di copertura vaccinale delle persone oggetto di migrazione economica, politica o a seguito di belligeranza, di concerto con la Prefettura di Sassari e delle Forze dell'Ordine e della Protezione Civile.

Per quanto riguarda le sanzioni in materia Igienico-Sanitaria, esse saranno gestite dall'Ufficio Sanzioni del Dipartimento Veterinario.



5.6.5.1.2 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.

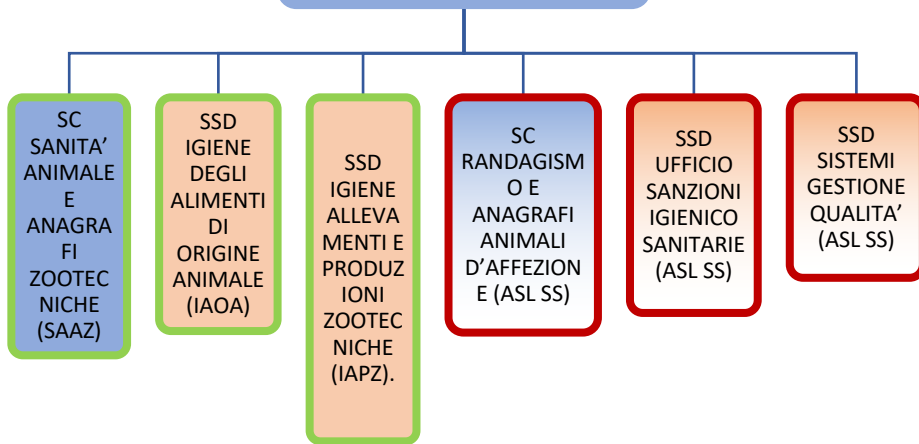
Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento di Prevenzione Veterinaria sono le seguenti:

- SC Sanità Animale e Anagrafi Zootecniche (SAAZ);
- SSD Igiene Alimenti Origine Animale (IAOA);
- SSD Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche (IAPZ).

All'interno del Dipartimento Veterinario sono comunque presenti articolazioni strutturali governate dalla ASL n.1 di Sassari, ma che hanno valenza anche sul territorio della ASL della Gallura:

- SC Randagismo e Anagrafi animali d'affezione (SC nella Asl di Sassari competenza anche su Gallura)
- SSD Ufficio Sanzioni Igienico-Sanitarie (SSD nella Asl di Sassari competenza anche su Gallura)
- SSD Sistemi Gestione Qualità (SSD nella Asl di Sassari competenza anche su Gallura).

**DIP. PREVENZIONE
AREA VETERINARIA**



5.6.5.2 IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura operativa dell'Azienda preposta alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale e delle dipendenze ed all'organizzazione degli interventi per la tutela e la promozione della salute mentale delle persone in coerenza con la programmazione strategica regionale sulla salute mentale.

Il DSM è articolato nelle seguenti funzioni, costituite in strutture complesse, semplici e semplici a valenza dipartimentale:

- SC CSM della Gallura;
- SC dipendenze patologiche (SERD);
- SC di Psicologia delle Cure Primarie;
- SSD Neuropsichiatria infantile;
- SSD Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ospedalieri (SPDC), collocato presso l'Ospedale Giovanni Paolo II di Olbia, consta di 6 posti letto. Incardinato strutturalmente all'interno del DSM, afferisce funzionalmente al Dipartimento di Emergenza;
- SSD Psichiatria Penitenziaria e Forense.

IL DSM comprende il CSM, il SERD, la NPI, il SPDC, la Psichiatria penitenziaria e forense, la funzione di Psichiatria della riabilitazione residenziale e non residenziale e la Struttura di coordinamento aziendale di tutte le attività connesse alla Psicologia.

5.6.5.2.1 SC CSM - CENTRI DI SALUTE MENTALE DELLA GALLURA

La attuale condizione di espansione e sviluppo del territorio della nostra azienda sanitaria e la sempre crescente situazione di scarsità delle risorse, soprattutto se considerate rispetto alla continua richiesta di assistenza specialistica ci induce a riorganizzare ed ottimizzare le risorse integrando sempre di più il CSM nella rete territoriale di assistenza medica specialistica.

Sarà implementata la rete degli ambulatori periferici, inserendoli all'interno delle Case di Comunità, favorendo la collaborazione con i medici di famiglia, costituendo un filtro importante della popolazione presa in carico al CSM.

Questi ambulatori, dove i pazienti avranno accesso tramite CUP, saranno gestiti dagli psichiatri del CSM e saranno aperti per un numero di giorni compatibile con le richieste di assistenza del territorio. Ogni Psichiatra del CSM sarà assegnato su specifiche Case di Comunità. Il Direttore della SC dovrà modulare e governare le attività periferiche supportando i maggiori carichi delle Strutture di Olbia e di Tempio.

Lo psichiatra fa quindi un primo colloquio diagnostico e in base a questo decide se il paziente necessita di una prosecuzione della cura presso il CSM (per cui si definisce l'invio al CSM e la presa in carico successiva) oppure la prescrizione di una terapia che sarà poi seguita in cooperazione col medico di famiglia, o la valutazione di un

invio allo psicoterapeuta o ad altro servizio sociosanitario. L'organizzazione sarà secondo il modello del *Team Management*, dove la figura del *Team Leader* è coperta dal Medico Psichiatra che governerà il gruppo costituito da Psicologici, Educatori, Terapisti e da eventuali altri operatori (assistenti sociali, infermieri, etc.).

Al Team/CdC potrebbero inoltre afferire ed essere gestite le urgenze psichiatriche territoriali (per cui sarà sempre uno psichiatra a decidere l'invio in SPDC o la gestione ambulatoriale o domiciliare della richiesta urgente). Questa modalità avrà anche una importante valenza formativa sui colleghi generalisti e potrebbe essere integrata da un gruppo di lavoro tra psichiatri e medici di famiglia per attività di *consuelling*.

Al CSM affluirebbero dunque i casi psichiatrici che necessitano di una presa in carico della equipe del CSM: psichiatra, psicologo, TRP, infermiere, assistente sociale.

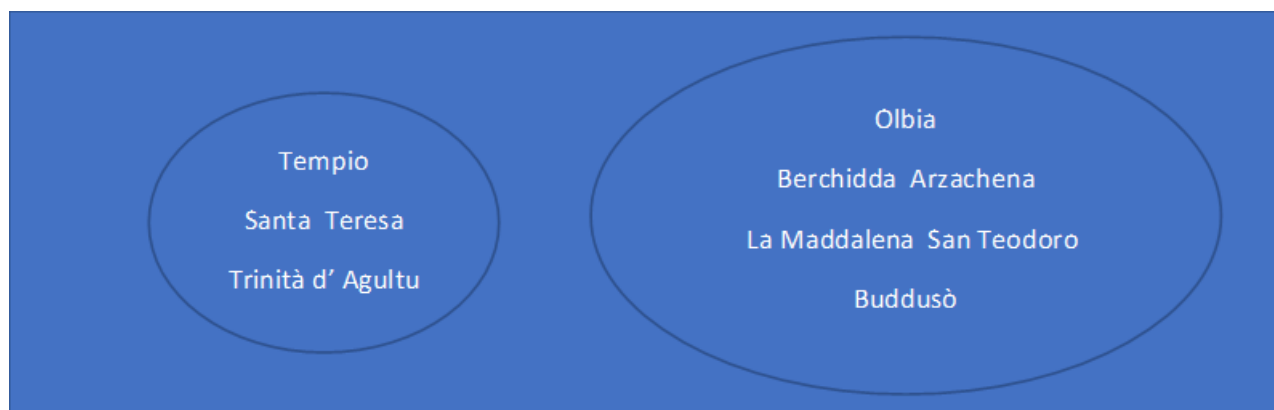
Ogni paziente verrebbe preso in carico dalla equipe ed accompagnato in un percorso di cura individualizzato con possibilità di inserimento secondo le necessità, alle attività terapeutiche e riabilitative del centro (colloqui psichiatrici, psicoterapie, interventi sociali, inserimenti di pazienti in day hospital o centri diurni, interventi riabilitativi domiciliari, inserimenti in strutture riabilitative residenziali, ricoveri in SPDC.

All'interno del CSM i medici psichiatri e varie equipe (organizzate in base all'interesse ed alla formazione specifica dei vari professionisti, che avrebbero così la possibilità di dedicarsi ad una specificità specialistica dando nel contempo un servizio ulteriore alla popolazione) si potrebbero predisporre diversi "studi dedicati" in giornate dedicate esclusivamente a queste patologie, come ad esempio sui Disturbi del Comportamento Alimentare (in collaborazione con il SERD e la NPI e i nutrizionisti); lo Studio per gli Esordi Psicotici ed i Disturbi gravi di Personalità (con SERD e NPI); Studio per i Disturbi dell'Autismo (con la NPI); Studio per i Disturbi Depressivi, la Patologia di Genere, la Psichiatria di Consultazione, la Patologia psichiatrica della Senescenza, etc.

La collaborazione si espanderebbe anche ad altre agenzie del territorio con le quali già esistono collaborazioni e protocolli di intesa quali la associazione Prospettiva Donna, il Centro Uomini Maltrattanti, le scuole con gli sportelli di ascolto etc.

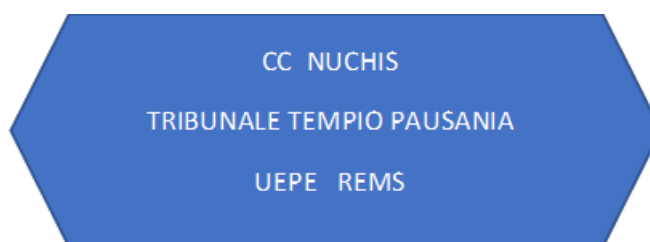
L'apertura di Studi dedicati permetterebbe anche un'attività di ricerca e di organizzazione di quella innumerevole massa di dati clinici che la popolazione afferente ad un servizio pubblico permette di raccogliere e che può costituire fonte di informazione e sapere clinico.

Al CSM spettano inoltre intese ed accordi con i Comuni e le Agenzie del Territorio, Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali, per tutte le attività di integrazione e implementazione delle iniziative per il superamento dello stigma e la integrazione reale dei pazienti in carico e anche per le attività di prevenzione, per quanto possibile, della patologia psichiatrica, in sinergia di concerto con il Direttore Socio Sanitario.



5.6.5.2.2. SSD Psichiatria Penitenziaria e Forense.

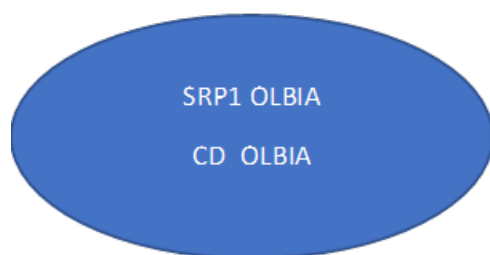
Nasce dalla necessità di avere una struttura dedicata a questo ambito per la presenza nella nostra Azienda della Casa Circondariale di Nuchis, una Struttura Penitenziaria molto importante, che richiede un'assistenza continua e dedicata. Inoltre i vari Tribunali e le UEPE, la REMS e la USSM e i molti pazienti che hanno situazioni complesse in cui i comportamenti antisociali hanno avuto esiti in percorsi all'interno di strutture carcerarie richiedono sempre più frequentemente la preparazione di relazioni peritali che necessitano di tempi e professionalità specifiche e dedicate.



5.6.5.2.3 Psichiatria Riabilitativa Residenziale e Centri Diurni

La ASL della Gallura ha negli anni costruito due realtà riabilitative residenziali, una ad Olbia ed una a Tempio Pausania attualmente in fase di accreditamento (SRP1 Olbia ed SRP2 Tempio) affidate a cooperative esterne. Queste strutture, fortemente integrate nel tessuto sociale della Gallura, hanno permesso a molti pazienti di attuare un loro percorso riabilitativo vicino alle famiglie di origine e, soprattutto, sempre all'interno del CSM cui erano in carico, cosa che ha permesso la prosecuzione del legame terapeutico col medico di riferimento.

La loro presenza ha inoltre limitato l'utilizzo di strutture riabilitative del privato accreditato. L'obiettivo è di creare un'equipe non esterna, ma integrata anche amministrativamente nel DSM, così come avviene per i due centri diurni di Olbia e Tempio che hanno finalmente da poco tempo acquisito due tecnici della riabilitazione psichiatrica a tempo indeterminato, che potranno in collaborazione con i medici dei CSM e quindi portare avanti i progetti riabilitativi per un numero sempre più numeroso di pazienti.



5.6.5.2.4 SSD SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA - SPDC

Costituisce una realtà importante nella economia del percorso di cura di un paziente nei periodi di scompenso ed è imprescindibile in una realtà di grande sviluppo turistico e con una popolazione che impatta per pochi mesi all'anno in realtà in cui l'uso di droghe, il disambientamento e gli inserimenti lavorativi di molti giovani alle prime esperienze lontani dal loro ambiente e dalle loro famiglie causano molti esordi ed emergenze psicotiche o comportamentali in individui lontani dal tessuto sociale di appartenenza. L'SPDC lavorerà in maniera fortemente integrata con il CSM per la presa in carico precoce dei pazienti che spesso vedono il primo accesso proprio in una condizione di emergenza all'SPDC. Attraverso appositi protocolli gli psichiatri aziendali saranno inseriti su entrambi i percorsi, ospedaliero-territoriali, così da creare una forte continuità clinico-assistenziale e operativa per la presa in carico effettiva, efficace ed efficienza dei pazienti.

5.6.5.2.5 SSD NEURO PSICHIATRIA INFANTILE

La SSD di Neuropsichiatria Infantile è deputata all'attuazione di percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie dello sviluppo: neurologiche, psichiatriche, cognitive, relazionali e neuropsicologiche dell'infanzia e dell'adolescenza.

Attua, nell'ambito del territorio dell'ASL Gallura presso gli ambulatori distrettuali, la presa in carico del bambino e dell'adolescente affetto da patologia psichica e/o da disagio affettivo, collabora con gli Enti preposti all'amministrazione della giustizia al fine di tutelare i minori deprivati, sottoposti ad abusi e a provvedimenti giudiziari, effettua visite specialistiche finalizzate alla prescrizione di terapia riabilitativa per i minori assistiti presso i centri di riabilitazione convenzionati, rilascia certificati d'invalidità (indennità di frequenza, accompagnamento), e la prescrizione di forniture protesiche.

5.6.5.2.6 SC SERVIZIO DIPENDENZE - Ser.D.

Il Servizio Dipendenze (Ser.D.) si rivolge a tutta la popolazione e ha mandato istituzionale di informazione, prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza, alcolismo, gioco d'azzardo patologico e tabagismo.

Il servizio si articola sul territorio dell'ASL Gallura attraverso due centri Ser.D., uno nel Distretto di Olbia, presso l'ex Presidio "San Giovanni di Dio" in viale Aldo Moro, n. 22, uno nel Distretto di Tempio Pausania sito in via Sardegna, 7 a Tempio.

L'accesso al servizio è libero e gratuito, e ciascun utente in carico al Servizio è sottoposto preliminarmente a verifiche tossicologiche di laboratorio e indagini socio-ambientali, al fine dell'accertamento dello stato di tossicodipendenza, nonché a una prima valutazione clinica, in relazione allo stato di salute, attraverso visite mediche e accertamenti diagnostici di laboratorio, programmati con periodicità, secondo la necessità del caso, a fronte di un costante monitoraggio delle patologie correlate alla tossicodipendenza, quali le epatiti e l'HIV.

Il programma può avvalersi di diverse prestazioni. Qualora si preveda la necessità di una disintossicazione con terapia farmacologica, l'utente è sottoposto a osservazione clinica per 24 ore e controlli successivi a distanza per l'induzione con farmaci sostitutivi e/o sintomatici.

Presso il Ser.D. di Olbia è attiva un'equipe alcoologica multidisciplinare che opera in regime ambulatoriale e domiciliare. Le principali attività dell'equipe spaziano dalle consulenze alle attività di diagnosi mediche, psicologiche e sociali, dagli interventi per il raggiungimento e il mantenimento dell'astinenza da sostanze alcoliche (inclusa la somministrazione di terapia farmacologica) ai controlli medici in relazione alle malattie correlate alla alcolodipendenza.

5.6.5.2.7 SC DI PSICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE

Si raccorda con tutte le strutture operative, ospedaliere e territoriali, al fine di garantire uniformità di azione per la gestione coordinata delle attività afferenti all'area di competenza, e si raccorda, in maniera sinergica, con le strutture e funzioni di staff competenti in relazione alla sicurezza degli operatori, in relazione alla gestione del benessere organizzativo e del clima lavorativo, per la prevenzione dello stress lavoro correlato.

Il DSM dell'ASL Gallura opererà in una logica di rete aziendale assicurando, nell'area di rispettiva competenza, il coordinamento interdipartimentale, l'uniformità dei processi gestionali e organizzativi nonché delle corrette prassi amministrative, l'unitarietà dei percorsi clinico - organizzativi e la gestione dei progetti a valenza aziendale, con il supporto delle strutture di staff della Direzione aziendale e di Area.

5.6.6 DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI e RETI DI PATOLOGIA

I nuovi modelli organizzativi per la Sanità Pubblica non possono prescindere dalle reti di assistenza. Il territorio deve allargarsi su aree più ampie coinvolgendo più Aziende sanitarie secondo il modello *Hub & Spoke*. Il percorso si basa su alcuni aspetti caratterizzanti: una definizione chiara della *mission delle* Strutture coinvolte (chi fa che cosa) e Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali - PDTA, chiari e condivisi.

In questo modo si potrà costruire un sistema di reti di patologia in grado di garantire la copertura delle esigenze clinico-assistenziali dei pazienti e degli operatori.

Sono in fase di progettazione altri Dipartimenti Funzionali Interaziendali sulla “Rete Trauma”, “Rete Cardiologica”, “Rete Neurologica” e “Rete Oncologica”, “Rete delle Cure Palliative” e “Rete Senologica”, anche in collaborazione con il Mater Olbia Hospital.

5.6.6.1 DIPARTIMENTO FUNZIONALE INTERAZIENDALE PER L'EMERGENZA NEL NORD SARDEGNA

Il Dipartimento funzionale interaziendale per l'emergenza del Nord Sardegna - DIENS, nasce per gli obiettivi espressi in premessa. Il settore dell'Emergenza è critico per il Nord Sardegna sotto molti aspetti: l'orografia; le sovrastrutture, che complicano notevolmente i collegamenti tra Comuni e soprattutto tra le Strutture ospedaliere, con tempi di percorrenza molto alti; Hub pochi e decentrati (AOU di Sassari e ASL di Nuoro), con pochi *Spoke*, ma con un numero di abitanti di oltre 700.000 abitanti; ma soprattutto il sovrafflusso turistico che vede oltre il 50% delle presenze nel Nord Sardegna per circa 5,5 milioni di presenze turistiche. Occorre quindi assicurare percorsi sicuri e modalità di gestione dei pazienti codificati. Per questo occorre attivare un Dipartimento costituito dai principali Attori dell'Emergenza territoriale:

- Direttore Sanitario AREUS (con funzioni di Coordinamento);
- Direttore Sanitario AOU Sassari;
- Direttore Sanitario ASL Sassari;
- Direttore Sanitario ASL Gallura;
- Direttore Sanitario ASL Nuoro;
- Direttore COEU 118 Nord Sardegna;
- Direttore NUE 112;
- Direttore NEA 116117;
- Direttori Distretti Emergenza Nord Sardegna;
- Direttore DEA ASL Sassari o altra figura individuata ad hoc;
- Direttore DEA AOU Sassari o altra figura individuata ad hoc;
- Direttore DEA ASL Gallura o altra figura individuata ad hoc;
- Direttore DEA ASL Nuoro o altra figura individuata ad hoc;
- Un Coordinatore delle Professioni Infermieristiche dell'emergenza per ogni Azienda.

5.6.7 LE DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE - 2 SS.CC.

La complessità operativa e gestionale che la nuova organizzazione del territorio e degli ospedali richiede, porta necessariamente a considerare una nuova e più complessa strutturazione per il settore delle professioni sanitarie. Per questo motivo sono suddivise in due diversi settori:

- SC DPS: Direzione Professioni Sanitarie;
- SC DPT: Direzione Professioni Sanitarie Tecniche non infermieristiche.

Le DD.II. hanno la funzione di garantire la corretta assegnazione, il coordinamento e il monitoraggio del personale infermieristico e tecnico che opera nei Dipartimenti Sanitari, e negli staff di ASL Gallura. Garantiscono che il personale assegnato alle diverse *facility* abbia le corrette competenze per il compito da svolgere e si coordina con i Direttori, Responsabili o Referenti delle Strutture o Servizi, per definire e adeguare gli organici.

Le competenze manageriali delle direzioni si esplicano principalmente nella progettazione e nello sviluppo di modelli gestionali innovativi relativi all'organizzazione dell'assistenza sanitaria con particolare riferimento allo sviluppo professionale del personale infermieristico e tecnico operante nelle Strutture aziendali.

Settori strategicamente rilevanti sono l'individuazione e la sperimentazione di modelli di integrazione tra l'attività intraospedaliera e territoriale e la collaborazione allo sviluppo di strumenti di misurazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi sanitari. Le Direzioni assicurano sistematicamente l'interfaccia con le Direzioni delle Professioni Sanitarie delle altre ASL, delle AOU e dell'ARNAS e di AREUS.

La complessità è determinata in particolare da:

- Nel DPS: l'organizzazione e la gestione delle piattaforme di ricovero affidate al personale infermieristico e l'implementazione del sistema della *primary care* infermieristica, con l'Infermiere di Famiglia o di Comunità. Una figura nuova che cambia completamente il ruolo classico dell'infermiere ponendolo nel sistema con un ruolo attivo e proattivo nell'assistenza ai cittadini, soprattutto dell'area della cronicità;
- Nel DPT: dalla moltitudine di figure professionali che operano nel servizio sanitario.

TECNOSTRUTTURA AMMINISTRATIVA

5.7 LA TECNOSTRUTTURA AMMINISTRATIVA

La LR 24/2020 ha profondamente cambiato l'organizzazione della tecnostruttura amministrativa delle ASL, centralizzando molte attività connesse alla gestione amministrativa in una Azienda Regionale, l'ARES. In questo modo si realizzano importanti economie di scala nella politica dei costi e nella gestione del personale. Per questo motivo molte attività vedono un continuo interfacciamento tra la tecnostruttura della ASL e l'ARES, comportando al contempo una rimodulazione delle funzioni e delle stesse strutture operative.

Più nello specifico, la LR 24 dell'11 settembre 2020, al Capo 2, art. 3, costituisce una nuova Azienda Regionale per la Salute, l'ARES, per il supporto alla produzione di servizi sanitari e socio-sanitari, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile. L'ARES svolge la propria attività nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità.

L'ARES svolge per le costituenti Aziende Socio-Sanitarie Locali, l'ARNAS Brotzu, l'AREUS e le Aziende ospedaliero-universitarie di Cagliari e Sassari, le seguenti funzioni in maniera centralizzata:

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

- gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;
- progressiva razionalizzazione del sistema logistico;
- gestione della committenza inerente all'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati sulla base dei piani elaborati dalle aziende sanitarie;
- gestione degli aspetti economici e giuridici del personale convenzionato;

Per quanto specificato, l'Infrastruttura Amministrativa dell'ASL Gallura viene fortemente ridimensionata nelle funzioni e nelle attività gestionali. In conseguenza di ciò appare evidente da una parte la necessità di dotare la ASL Gallura di un'organizzazione snella ed efficiente, però dall'altra di mantenere le funzioni classiche amministrative.

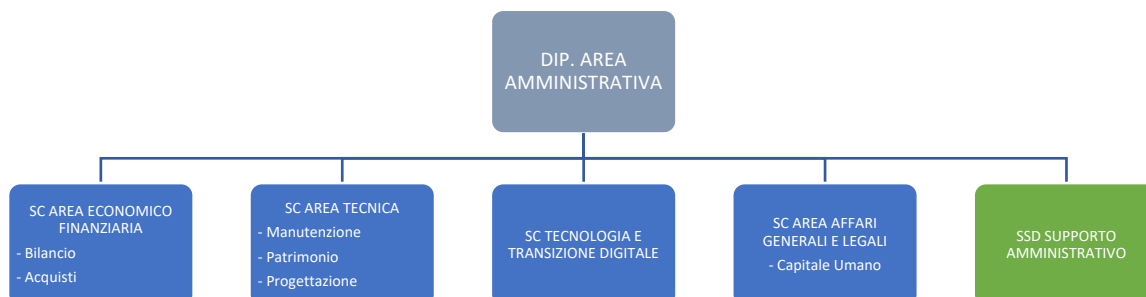
5.8 IL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

La Tecnostruttura amministrativa è organizzata in un Dipartimento Strutturale che comprende tre Aree principali gestite da 4 Strutture Complesse e 1 SSD:

- SC AREA ECONOMICO FINANZIARIA;
- SC AREA TECNICA;
- SC AREA TECNOLOGIA E TRANSIZIONE DIGITALE
- SC AREA AFFARI GENERALI E LEGALI e CAPITALE UMANO
- SSD SUPPORTO ORGANIZZATIVO

Funzione del Dipartimento è coordinare tutti i Servizi Amministrativi e governare l'interfaccia con le analoghe Strutture di ARES che collaborano con la ASL.

Fornisce supporto diretto al Direttore Amministrativo e alla Direzione Strategica.



5.8.1 SC AREA ECONOMICO FINANZIARIA

L'area EF, si occupa di tutti gli aspetti relativi alla componente economica, primariamente nel settore degli acquisti e del Bilancio. La Gestione approvvigionamenti riveste un ruolo fondamentale per l'attuazione della *mission* dell'ASL Gallura per quanto attiene l'acquisizione di beni e servizi, sotto la soglia dei 40.000€, raccordandosi con ARES per tutti gli acquisti oltre tale soglia economica.

La Struttura, sulla base delle disposizioni contenute nella LR 24/2020, dovrà rapportarsi, nel rispetto delle linee guida regionali e delle disposizioni nazionali in materia di centralizzazione, con le analoghe Strutture dell'ARES, deputate al coordinamento di queste attività. La sua rilevanza strategica si esplica anche nell'analisi e nella programmazione dei fabbisogni dell'ASL Gallura oltreché di quelle della Direzione Strategica, in modo da acquisire i beni e servizi necessari al raggiungimento degli obiettivi aziendali rispettando i principi di trasparenza, economicità, efficacia e parità di trattamento così come previsto dalla normativa vigente.

5.8.1.1 Bilancio, Ciclo Attivo e Passivo

In questo ambito, la Struttura assicura che tutti gli eventi aziendali vengano tradotti e correttamente rappresentati, nel bilancio aziendale, nelle certificazioni trimestrali contabili e di cassa, nel rispetto dei principi del Codice Civile, delle norme in materia di contabilità delle Aziende sanitarie, dei principi contabili nazionali e delle linee guida regionali.

5.8.1.2 Approvvigionamenti

La Funzione Approvvigionamenti garantisce:

- l'acquisizione dei beni (di consumo e di investimento) e dei servizi occorrenti alle singole unità operative, al minor costo compatibile con i livelli di servizio/qualità adeguati alle esigenze dell'azienda;
- le relazioni per tali attività con i Centri di Attività aziendali e i Centri di Responsabilità tecnica;
- lo svolgere dell'attività di supporto alla Direzione Generale nella fase di programmazione per la formulazione delle politiche di acquisto;
- di essere interlocutore diretto della centrale di committenza per tutte le attività di supporto al procedimento di gara

5.8.2 SC AREA TECNICA

La ASL ha una dimensione territoriale molto estesa con molteplici edifici nei quali viene svolta l'attività sanitaria, rendendo complessa la gestione patrimoniale. Occorre una intensa attività di progettazione, gestione, organizzazione e manutenzione di queste Strutture. Occorre anche progettare nuove Strutture per il PNRR, come COT, Case di Comunità, Ospedali di Comunità e altro. Ha tre settori: Tecnico, Patrimoniale e delle Manutenzioni sotto il coordinamento diretto della SC.

La funzione Tecnico patrimoniale garantisce la gestione corretta e appropriata delle strutture edilizie in uso da parte delle strutture operative aziendali. L'attività è prevalentemente di coordinamento e indirizzo ed è finalizzata a mettere a disposizione le strutture con le caratteristiche più adatte all'attività sanitaria ospedaliera e territoriale e a garantirne la massima disponibilità. A seguito degli investimenti recentemente concessi in ambito di edilizia sanitaria la Struttura è, inoltre, chiamata a gestire gli appalti di opere conseguenti, nella fase di progettazione, di affidamento e di realizzazione. Le funzioni e competenze sono quelle di definire gli atti tecnici necessari all'espletamento delle gare di appalto per manutenzioni, comprendenti le eventuali operazioni tecniche di progettazione, preventivazione sommaria e particolareggiata, redazione dei capitolati, ecc.

Inoltre è in capo alla struttura la gestione della direzione dei lavori per le attività di competenza, compresi la relativa contabilizzazione e l'accertamento di regolare esecuzione, gestione della sicurezza nei cantieri, ecc., in collaborazione con la SC Area Tecnica per la parte di competenza.

Le funzioni comprendono la gestione dei lavori di manutenzione, sia eseguiti con personale interno dell'Azienda che affidati a ditte esterne con gestione dei relativi contratti d'appalto, compresa la tenuta della contabilità, la disposizione sulla congruità e sulla liquidazione delle relative fatture secondo la regolamentazione aziendale, l'informatizzazione dei processi, ecc.

Infine sono in capo alla struttura l'esecuzione delle verifiche periodiche di tutti gli impianti e dei necessari interventi manutentivi e migliorativi, tenuta dei relativi registri, con particolare riguardo agli impianti di emergenza e di sicurezza e, in stretto raccordo con la struttura Energy Management di ARES, degli impianti elettrici e degli altri impianti energetici.

5.8.3 SC AREA TECNOLOGIA E TRANSIZIONE DIGITALE

Il PNRR investe ingenti risorse per l'implementazione tecnologica e digitale della Sanità con la Missione 6, Componente 2 per 8,63 miliardi di €. La Digitalizzazione porta ad un investimento di 2,8 miliardi di euro. Questa ASL ha un'importante necessità di investimenti specifici nell'Area della digitalizzazione ed è per questo che si rende necessario costituire una Struttura che in collaborazione con ARES, possa procedere ad affrontare le nuove sfide tecnologiche anche connesse alla transizione digitale.

La Struttura contribuisce alla *mission* aziendale attraverso la sua capacità di delineare l'architettura informativa aziendale e rendere tecnologicamente possibile e

governabile lo scambio di informazioni di tipo strutturale, logistico e clinico correlate a tutte le attività svolte o coordinate dalla ASL, di concerto con le Strutture di ARES con cui si interfacciano e a cui è affidata la gestione, a livello regionale, del settore.

Utilizzando in modo sinergico e sistemico le potenzialità tecnologiche e i flussi di informazioni, la funzione rende possibile la massima integrazione di tutte le unità e le risorse componenti l'azienda, il loro governo e il loro monitoraggio, con l'obiettivo di fornire una visione completa e sempre aggiornata dell'attività aziendale in tutte le sue manifestazioni e soddisfare in tal modo le necessità informative interne di pianificazione e programmazione della Direzione Strategica, nonché le necessità di comunicazione verso l'esterno: sia per le altre agenzie sia per la popolazione.

Persegue l'obiettivo aziendale del miglioramento continuo, presiedendo all'analisi e valutazione delle nuove tecnologie e vagliando il loro fattivo contributo allo sviluppo del patrimonio informativo aziendale.

La SC Tecnologia e Transizione Digitale racchiude al suo interno le funzioni di coordinamento con l'ARES per le attività che la stessa svolge in materia di Ingegneria Clinica ed HTA, perseguendo lo scopo condiviso di garantire l'utilizzo sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche utilizzate nell'ambito sanitario.

Ha il compito di:

- mettere a disposizione la tecnologia sanitaria con le caratteristiche più adatte;
- garantirne la massima disponibilità;
- garantirne la massima interoperabilità, in modo da poter condividere informazioni e segnali clinici;
- rapportarsi efficacemente con l'ARES per le problematiche inerenti l'HTA e l'Ingegneria Clinica di competenza della stessa;
- attivare nelle Case di Comunità lo Sportello Unico di Accesso - SUA, così da favorire la comunicazione con l'Utenza.

La Struttura utilizza le proprie competenze tecniche per porsi come traduttore, in termini tecnologici, delle problematiche cliniche di volta in volta emergenti nell'ambito dei diversi Distretti e dei Presidi.

5.8.4 SC AFFARI GENERALI E LEGALI E CAPITALE UMANO

Il contributo, in termini di competenze manageriali, dell'attività svolta dalla Struttura Complessa Affari Generali e Legali riguarda l'elaborazione di regole e l'utilizzazione di strumenti operativi necessari a garantire, trasversalmente, la correttezza dei processi amministrativi interni all'Azienda di interesse e rilevanza generale.

All'AREA degli AA.GG.LL. Afferiscono le attività trasferite in ARES ma che richiedono una gestione tecnica e di prossimità dell'interfaccia operativa tra le due Aziende.

Sono funzioni degli AA.GG.LL.:

- Anticorruzione e trasparenza;
- DPO e politiche della *Privacy*;
- Comitato Valutazione Sinistri e gestione del contenzioso legale
- Internal Auditing
- Il Capitale Umano e la formazione.

5.8.4.1 Anti Corruzione e Trasparenza

L'ASL della Gallura pone la massima attenzione all'attuazione delle attività di prevenzione della corruzione e delle misure in materia di trasparenza e legalità, recepite all'interno del relativo Piano Triennale. Strettamente connessa all'attività di prevenzione della corruzione, è l'attuazione del principio di trasparenza dell'attività amministrativa perseguito, mediante l'ottemperanza agli obblighi di pubblicazione dei dati dell'organizzazione aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet istituzionale, in raccordo e con la collaborazione delle Strutture competenti per materia in Azienda.

Per una migliore integrazione e complementarità tra l'ambito della prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l'Azienda ha previsto di individuare un'unica figura, rappresentata dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, identificato nell'ambito della Struttura Complessa Affari generali e legali.

Tale figura viene supportata dalla Direzione Strategica, anche attraverso il conferimento di idonee risorse al fine di poter garantire un adeguato svolgimento della funzione stessa e da tutte le Strutture aziendali, per quanto di competenza.

5.8.4.2 DPO e politiche per la *privacy*

L'ASL della Gallura ripone la massima attenzione alla tutela della *privacy* dei cittadini che usufruiscono di tutti i servizi erogati dall'Azienda.

L'attenzione è rivolta sia al trattamento, alle modalità di comunicazione intraziendale ed interaziendale ed alla conservazione del dato.

Il Data Protection Officer (DPO) è il Responsabile della protezione dei dati, così come definito dal nuovo Regolamento europeo in materia di *Privacy*, il Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR). Come tutti i Regolamenti UE, trattasi di un atto giuridico a carattere generale, vincolante per tutti i paesi dell'Unione Europea e direttamente applicabile, senza bisogno di alcuna normativa nazionale di recepimento. Tale Regolamento comporta l'introduzione nel nostro ordinamento di notevoli novità in materia di protezione dei dati personali (la cosiddetta *privacy*), che si vanno ad affiancare agli adempimenti già previsti dalla normativa nazionale in materia di riservatezza, di cui al decreto legislativo n. 196/03 e ss.mm.ii.. Tra le principali novità, introdotte dal Regolamento UE sopracitato è prevista dall'art. 37 anche una nuova figura (il Data Protection Officer - D.P.O) con un alto grado di specializzazione in materia di *privacy* e con una particolare autonomia, tale da rendere conto solo agli organi di vertice della ASL Gallura.

Tra i compiti previsti dagli artt. 38 e 39 del Regolamento UE n. 2016/679 per il D.P.O.:

- coadiuvare in tutti i loro adempimenti, sia il Responsabile, sia il Titolare dei trattamenti dati personali con particolare riferimento alle novità introdotte dalla disciplina europea (mappatura di tutti i processi e/o procedimenti in essere nella struttura con individuazione di quelli che presentano rischi per la violazione dei diritti degli interessati e successiva adozione di adeguate misure di sicurezza, idonee a prevenire il rischio privacy, tenuta del registro dei trattamenti, comunicazioni obbligatorie entro 72 ore e relativa documentazione obbligatoria in caso di “data breach” o violazione dei dati personali, ai sensi dell’art. 33 del Regolamento, ecc.);
- consulenza e formazione in materia di privacy per tutti quelli che prestano servizio a qualsiasi titolo presso la ASL Gallura (ad esempio, fornire pareri in merito alla revisione della cosiddetta” informativa privacy” alla luce del nuovo Regolamento UE);
- consulenza in merito alla cosiddetta “valutazione d’impatto” ai sensi dell’art. 35 del Regolamento UE (in caso di introduzione di nuove tecnologie, qualora si possa presentare un rischio elevato di violazione dei diritti delle persone è obbligatorio acquisire il parere del D.P.O);
- consulenza, ai sensi dell’art. 25 Regolamento UE, in caso di progettazione di nuovi servizi (in caso di progettazione di nuovi servizi, vanno progettate anche nuove ed adeguate misure di sicurezza da realizzare contestualmente alla progettazione, alla esecuzione dei servizi stessi - privacy by design e privacy by default - ai sensi dell’art. 25 del Regolamento UE);
- raccordo tra il Garante della Privacy e la ASL Gallura in caso di consultazione preventiva obbligatoria nelle ipotesi di cui all’art. 35 Regolamento UE;
- coordinamento e consultazione con i servizi tecnico-informatici di SISAR per quanto riguarda la parte tecnica- informatica, essendo in uso presso questa struttura banche dati e dati informatizzati che utilizzano dati personali e dati sensibili degli utenti per fini istituzionali.

5.8.4.3 Il Comitato Valutazione Sinistri - CVS

È stato istituito dalla Direzione Strategica, al fine di definire competenze, obiettivi e ambiti di intervento del Comitato, rappresentati da:

- l’analisi e la valutazione degli eventi in relazione ai quali sono pervenute alla ASL richieste di risarcimento danni, in collaborazione con il Broker e la Compagnia di Assicurazione;
- l’individuazione, in sinergia con la Direzione Strategica aziendale e in collaborazione con il Broker e la Compagnia di Assicurazione, della strategia da adottare in relazione ai singoli sinistri;
- la formulazione di un parere e la valutazione dell’importo del danno in relazione ai sinistri “sotto franchigia”;
- la formulazione di un parere in relazione agli importi posti a riserva dalla Compagnia di Assicurazione in relazione ai singoli sinistri;
- l’analisi e la valutazione degli eventi significativi segnalati alla Segreteria del CVS dal personale della Direzione strategica e delle articolazioni aziendali;

- la valutazione delle eventuali responsabilità di ASL Gallura nell'ambito dei sinistri e degli eventi critici;
- il contributo alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale.

5.8.4.4 Internal Audit

In ottemperanza ai contenuti della DGR 31/16 del 13/10/2022 “Linee di indirizzo per l'avvio e l'espletamento della funzione di *internal auditing* nel Sistema Sanitario Regionale della Sardegna in attuazione dell'art.3 della LR n.24 del 11.09.2020” viene istituita la funzione di *Internal Auditing* nella logica di fornire supporto all'Assessorato all'Igiene e alla Sanità e all'Assistenza Sociale e ad ARES.

La SSD garantirà quindi supporto alle attività di controllo assegnate ad ARES così come definite dalla LR 24/2020, espletando i controlli preliminari, predisponendo il Piano conforme alle Strategie e agli Obiettivi definiti da ARES sulla valutazione dei rischi amministrativi aziendali, aggiungendo valore alla ASL, fornendo il contributo al miglioramento dei processi di *governance* e di gestione del rischio attraverso un approccio sistematico, rigoroso e *risk based*.

Fornisce un report periodico alla Direzione Amministrativa Aziendale e alla Struttura di ARES anche con il supporto di un sistema di monitoraggio delle azioni intraprese.

5.8.4.5 IL CAPITALE UMANO

La ASL dà un grande valore alle persone che lavorano nell'Azienda. Non si parla quindi solo di “ufficio personale” o di “risorse umane”, ma si vuole valorizzare al massimo ogni persona che lavora per servire gli altri, soprattutto quando sono in condizioni di bisogno.

Le Aziende Sanitarie sono per definizione *labour intensive*, nel senso che non producono manufatti, ma sviluppo azioni intangibili finalizzati alla identificazione del bisogno, attraverso la diagnosi e alla definizione di un appropriato piano terapeutico, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi clinico assistenziali.

Per questo motivo si parla di “equipaggio” e di “*empowerment*”. Questi due aspetti andranno a caratterizzare lo sforzo aziendale nel riconoscimento delle competenze, attraverso i *privilege* così come definiti da *Joint Commission International*, e con un percorso formativo definito e condiviso finalizzato al miglioramento delle competenze.

Per questo motivo alla funzione che governa il Capitale Umano, afferisce anche la funzione aziendale della formazione che, in attuazione della *mission* aziendale, ha la responsabilità strategica di:

- pianificare e definire, in sinergia con la Direzione Strategica e con le Strutture della Direzione, gli obiettivi formativi da perseguire con riferimento alle professioni coinvolte nell'ambito delle funzioni assegnate alla ASL;
- identificare le strategie formative necessarie a sostenere i progetti della Direzione Strategica attraverso percorsi formativi e di aggiornamento volti a una qualificazione uniforme e mirata del personale dedicato alle attività sanitarie, alla valorizzazione delle competenze tecniche delle singole professionalità, all'individuazione di modalità operative integrate, interdisciplinari e interprofessionali;
- partecipare attivamente allo sviluppo di competenze e abilità pratiche dei diversi profili professionali anche attraverso la promozione di nuove metodologie didattiche e formative, organizzando seminari, eventi, e conferenze di armonizzazione in collaborazione con l'Università e con le principali Società scientifiche del settore.

5.8.4.5.1 Rete Formativa

L'area del Capitale Umano svolge il coordinamento delle attività di tutoraggio e di interfaccia con l'Università di Sassari per il coordinamento e il supporto al personale in formazione che opera, a vario titolo, nelle Strutture aziendali.

Sulla base dei *privilege* definisce il bisogno formativo del personale e finalizza i risultati. Si rapporta con ARES per la definizione del fabbisogno formativo e per l'espletamento dell'attività formativa.

5.8.5 SSD SUPPORTO AMMINISTRATIVO ALLE STRUTTURE AZIENDALI

La Struttura governa tutte le articolazioni amministrative di supporto ai Dipartimenti e alle Strutture Complesse sia ospedaliere che territoriali. Svolge funzione di coordinamento e di collegamento tra le Strutture e la Direzione Aziendale, sia nel percorso *top down*, verificando ed assicurandosi che le delibere e le altre determinazioni aziendali trovino riscontro nel nucleo operativo, che con logica *bottom-up*, fornendo tutte le informazioni utili per le decisioni strategiche che vengono promosse dal nucleo operativo e dal *middle management*.

Ha il coordinamento del CUP e la responsabilità della tenuta delle agende, la programmazione, di concerto con i Distretti, delle prestazioni ambulatoriali e il controllo sulle Liste d'Attesa e nel governo dei Tempi d'Attesa.

STAFF DIREZIONE STRATEGICA

5.9 LE STRUTTURE DI STAFF ALLA DIREZIONE STRATEGICA

In staff alla Direzione Strategica afferiscono alcune Strutture e funzioni aziendali di grande rilevanza organizzativa e di interesse trasversale per l'Azienda, chiamate a fornire un supporto tecnico-competenziale alla Direzione aziendale e ad assicurare - ove la funzione lo preveda - la posizione di terzietà e indipendenza nei confronti dell'intera organizzazione aziendale.

Le Strutture/funzioni in staff alla Direzione Strategica, si rapportano con le Strutture in line e con le diverse articolazioni aziendali per il perseguimento degli obiettivi istituzionali; raggruppano attività e competenze di "tecnostuttura e supporto direzionale" finalizzate ad assicurare un sistema organico di programmazione, verifica e monitoraggio delle attività assegnate all'Azienda.

Caratteristiche peculiari di tali Strutture sono la strategicità e l'interdisciplinarietà delle attività svolte, in un'ottica di gestione per processi.

Per ogni Struttura/funzione in staff alla Direzione strategica l'interlocutore di riferimento è rappresentato dal corrispondente Direttore, fatta salva la necessità di fare riferimento a un diverso componente della Direzione Strategica in relazione a specifiche attività assegnate alle singole Strutture in staff, per le quali è individuato istituzionalmente l'interlocutore di riferimento (Direttore Generale, Amministrativo o Sanitario).



5.9.1 SC AREA DATA MANAGEMENT

E' la struttura che raccoglie tutte le attività connesse alla gestione dei dati aziendali. Ha il suo *core* nella funzione di Programmazione e Controllo a cui afferisce il Controllo di Gestione. Fornisce supporto alla Direzione Strategica nel processo di budget, predispone il PIAO e i Piani ad esso collegati. Ha la responsabilità strategica di sviluppare e gestire, in attuazione della *mission* aziendale, tutti gli strumenti finalizzati ad effettuare un'attenta programmazione attraverso:

- il processo di pianificazione delle attività realizzabili a fronte delle risorse disponibili e lo sviluppo del controllo direzionale delle attività sanitarie ospedaliere e territoriali

- l'elaborazione, in collaborazione con le Strutture aziendali, delle rendicontazioni intermedie trimestrali e dei sistemi di monitoraggio necessari alla formazione del bilancio di previsione e annuale;
- lo sviluppo e l'articolazione del processo di *budgeting* delle risorse, il potenziamento di un sistema di flussi informativi, anche verso la Regione, la gestione del piano dei conti e del sistema di contabilità analitica.

La Struttura è di supporto alla Direzione Strategica, nell'attuazione di norme o altri atti di natura regolamentare, a carattere nazionale o regionale, coordina, altresì, tutte le fasi inerenti l'iter (assegnazione, monitoraggio e rendicontazione) degli obiettivi di rilevanza regionale assegnati annualmente al Direttore Generale e all'Azienda.

5.9.1.1 FLUSSI INFORMATIVI E NOC

Il Servizio coordina le attività connesse al debito informativo della ASL e si rapporta con le Strutture Regionali e con ARES per la trasmissione dei dati di interesse regionale e nazionale. Gestisce le anagrafiche (TS e ANAGS) inferenti nel territorio di competenza della ASL, rapportandosi con le Strutture aziendali interessate (SC Tecnologia e Transizione digitale e SSD Supporto Organizzativo).

Svolge la funzione di controllo di appropriatezza e completezza delle cartelle cliniche svolte dai NOC (Nuclei Operativi di Controllo).

I NOC provvedono ai controlli sulle cartelle cliniche e a fornire il supporto alla Direzione Strategica e alle Strutture aziendali in relazione all'individuazione di indicatori per il monitoraggio dell'attività svolta, alla gestione della documentazione sanitaria e al miglioramento degli *outcome* dell'assistenza.

5.9.2 SSD QUALITÀ, RISK MANAGEMENT

La SSD Qualità e Rischio Clinico, si configura, all'interno dell'organizzazione aziendale, come un'articolazione atta a garantire, in attuazione della *mission* aziendale:

- la definizione e il monitoraggio, in sinergia con la Direzione Strategica e con le Strutture della Direzione di ASL, degli obiettivi e delle attività inerenti la gestione della qualità e del rischio, sulla base degli indirizzi regionali e ministeriali, degli obiettivi aziendali, dei risultati delle attività svolte e degli eventi significativi segnalati;
- lo sviluppo e il consolidamento di un sistema integrato di gestione della qualità e del rischio, al fine di favorire, anche attraverso l'utilizzo di un metodo di lavoro comune, l'interazione e la collaborazione tra le Strutture aziendali in una logica per processi;
- il supporto metodologico alle Strutture/funzioni della Direzione ASL per l'elaborazione della documentazione prescrittiva (procedure, istruzioni operative, documenti, ecc.) inerente alle attività aziendali;

- la collaborazione con la SC Affari generali e legali, in relazione alla gestione dei sinistri.

5.9.2.1 Il Risk Manager

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 e le relative funzioni alla Struttura Semplice Dipartimentale Qualità e risk management. Tale figura, supportata dalla Direzione Strategica, anche attraverso il conferimento di idonee risorse al fine di poter garantire un adeguato svolgimento della funzione stessa, si avvale, 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.

5.9.3 SSD UPRI - UNITA' PER LA PREVENZIONE RISCHIO INFETTIVO

L'UPRI è una SSD in staff alla Direzione Strategica, che elabora, coordina, attua e valuta le attività relative alla prevenzione del rischio infettivo nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali. Il Responsabile dell'UPRI dirige il CICA (Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza), di supporto alla attività della SSD, che include come componenti: microbiologo, igienista, farmacista, infettivologo e quanti previsti dalla normativa in essere. Con esso e l'UPRI collaborano i referenti di reparto per il rischio infettivo, che garantiscano una integrazione per la prevenzione del rischio infettivo tra i pazienti e tra gli operatori.

L'UPRI esprime pareri di competenza sugli aspetti igienico sanitari, col supporto del CICA, in caso di acquisto di attrezzature o presidi medici, ristrutturazioni edilizie, progettazioni edilizie, tutte le fasi per l'acquisizione di servizi (p. es. lavanderia, rifiuti, pulizia, cucine) con valutazione dei requisiti strutturali rilevanti dal punto di vista della prevenzione del rischio infettivo. Cura l'elaborazione, la diffusione, applicazione e aggiornamento delle linee guida, procedure per il controllo e la prevenzione delle infezioni nelle strutture sanitarie ed elabora relazioni periodiche sugli isolamenti microbiologici. Predisporre verifiche periodiche sull'attuazione delle misure preventive del R.I. presso le Strutture sanitarie, dei servizi ospedalieri appaltati, correlati all'Igiene ospedaliera. Elaborare un rapporto annuale, circa le attività svolte, trasmesso alla Direzione Sanitaria aziendale.

L'UPRI ed il CICA collaborano funzionalmente con altre strutture/ servizi aziendali come la Medicina del Lavoro, Servizio di Prevenzione e Protezione, Risk management, ufficio tecnico, DMP, Dipartimenti e strutture Ospedaliere e territoriali.

5.9.4 SSD OPERATIONS MANAGEMENT E LOGISTICA

Si occupa di agevolare e attivare tutte le decisioni della Direzione Strategica, collegando in maniera trasversale tutte le attività aziendali. Opera in stretta collaborazione con la Direzione Strategica e coordina la segreteria di direzione. Coordina le funzioni di Comunicazione e dell'URP.

La logistica sviluppa attività e processi riguardanti la movimentazione, interna o esterna, di beni, di scorte di magazzino, di documenti, di archivi, di medicinali, di protesi e fornisce supporto a tutte le facility aziendali. Ha quindi la funzione di *Supply Chain* coordinando le attività aziendali per l'acquisizione e il magazzino dei beni che provengono dall'esterno, identificando e gestendo i magazzini aziendali. Dovrà proceduralizzare la movimentazione dei materiali verso Le Case di Comunità e verso tutte le Strutture Aziendali.

Avrà il coordinamento degli autisti dell'Azienda che operano a partire dai Presidi di Olbia, Tempio e La Maddalena.

Coordina l'attività di corretta comunicazione aziendale attraverso l'URP e i rapporti con la Stampa e la gestione del sito internet aziendale, per quanto attiene ai contenuti.

5.9.5 FUNZIONI DI STAFF

Medicina Del Lavoro: Medico Competente e Medico Autorizzato

Medico competente e medico autorizzato garantiscono l'attività a carattere preventivo, diagnostico e riabilitativo, con lo scopo di tutelare la salute di tutti i lavoratori nei confronti dei rischi chimici, fisici, biologici ed organizzativi presenti in ambito lavorativo, assicurando la sorveglianza sanitaria dei lavoratori che discende dal Documento di Valutazione dei Rischi, alla cui stesura il Medico competente partecipa.

L'attività della funzione viene svolta con riferimento al personale dipendente dell'ASL nonché, con funzioni di interfaccia, con riferimento ai Medici competenti delle altre Aziende Regionali convenzionate con la ASL.

Servizio Prevenzione E Protezione

La Funzione del Servizio Prevenzione e Protezione ha lo scopo di garantire la sicurezza dei lavoratori dell'ASL Gallura adempiendo agli obblighi propri del D.Lgs. n. 81 del 9 aprile 2008. L'obiettivo della funzione è di assicurare, per l'attività di competenza di ASL, il collegamento con le attività dei Servizi di prevenzione e protezione delle ASL impegnati nell'attività sanitaria fornendo agli stessi un contributo culturale

significativo attraverso indicazioni e spunti di riflessione, sottolineando l'importanza della sicurezza definita strategica dalla Direzione Aziendale.

Patrocinio Legale

La funzione Patrocinio Legale opera a supporto della Direzione Strategica nel contenzioso e fornisce consulenza legale nella gestione amministrativa aziendale.

Comunicazione

La rilevanza strategica della funzione Comunicazione si fonda su due esigenze: l'importanza di far conoscere all'esterno e all'interno le attività dell'ASL Gallura e la necessità di rendere questo sistema omogeneo.

Accorpa la funzione dell'Ufficio Relazioni col Pubblico, nell'ottica di gestire la comunicazione in maniera strutturata con gli utenti e con Enti ed Istituzioni. L'obiettivo è quello di offrire strumenti adeguati per divulgare la complessità delle tematiche.

In particolare, la Struttura ha le seguenti competenze:

- creazione e valorizzazione di un sistema di comunicazione sinergico e coordinato, che coinvolge l'intero sistema territoriale e ospedaliero, con rimodulazione delle modalità di accesso ai servizi, alle prenotazioni delle prestazioni e alla consulenza;
- valorizzazione dell'obiettivo strategico generale di comunicare il modello e il sistema dell'ASL Gallura, attivando progetti e campagne di comunicazione che coinvolgono gli operatori e il cittadino, al fine di sviluppare un rapporto cittadini/azienda caratterizzato da fiducia, affidabilità e credibilità;
- integrazione e omogeneizzazione delle iniziative e dei progetti di comunicazione delle varie diramazioni aziendali.

L'Ufficio Relazioni col Pubblico (URP)

L'Ufficio Relazione con il Pubblico, istituito in attuazione al D.Lgs. n. 29 del 3 febbraio 1993, ha l'obiettivo di promuovere la comunicazione con i cittadini e le Istituzioni, di raccogliere copia informatica per consultazione segnalazioni di disservizi ed elogi e di gestirne l'attività istruttoria, in collaborazione con le Strutture della Direzione aziendale. Ai sensi della Legge n. 150 del 7 giugno 2000, l'attività dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico, indirizzata a cittadini singoli e associati, deve contribuire alla diffusione e al rispetto della cultura della trasparenza amministrativa, ponendo attenzione alla qualità percepita e al rapporto tra istituzioni e cittadini.

Nell'ambito di ASL Gallura è identificata quale Ufficio per le Relazioni con il Pubblico la Funzione di staff di Comunicazione: la stessa garantisce la presa in carico e la gestione dei reclami e delle segnalazioni degli utenti, con il supporto tecnico - operativo delle competenti Strutture della Direzione e garantendo la segnalazione alla Struttura Qualità e risk management di eventuali criticità rilevati nell'ambito di tale attività.

ORGANISMI CONSULTIVI, ELETTIVI E *STAKEHOLDER*

6 ORGANISMI CONSULTIVI ED ELETTIVI E GRUPPI DI LAVORO

6.1 CONSIGLIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Il Consiglio delle professioni sanitarie è un organismo consultivo-elettivo.

Fanno parte del consiglio dei sanitari membri di diritto e membri elettivi. È membro di diritto del consiglio dei sanitari il Direttore Sanitario che ha la funzione di Presidente e, senza diritto di voto, il presidente dell'OMCEO di Sassari. L'organismo si riunisce di norma almeno una volta l'anno. Esprime pareri e formula proposte in merito ai documenti di pianificazione e programmazione aziendale, sull'assistenza sanitaria e sulla formazione del personale.

Il Consiglio delle professioni sanitarie esprime il parere obbligatorio in particolare sulle attività di assistenza sanitaria e gli investimenti ad esse attinenti, sulla relazione sanitaria aziendale e sui programmi annuali e pluriennali della azienda. Il parere è espresso entro il termine di quindici giorni dal ricevimento degli atti trascorso il quale, si intende acquisito come positivo.

Si compone di:

- un rappresentante dei Direttori/Responsabili di Presidio;
- un rappresentante dei Direttori di Distretto;
- un rappresentante dei Dipartimenti;
- un rappresentante delle altre strutture semplici;
- un rappresentante delle altre strutture complesse;
- cinque rappresentanti dei medici;
- un rappresentante della dirigenza non medica;
- un rappresentante dei coordinatori degli ospedali;
- un rappresentante dei coordinatori del territorio;
- cinque rappresentati degli infermieri;
- due rappresentanti del personale tecnico sanitario.

Il Consiglio delle professioni sanitarie dura in carica tre anni. Le elezioni del nuovo consiglio sono indette dal direttore generale nei sessanta giorni antecedenti la data di scadenza ed hanno luogo entro trenta giorni dalla data di cessazione del precedente.

Sono elettori tutti i dipendenti a qualunque titolo afferenti all'area sanitaria. Tutto il personale afferente all'area sanitaria medica e non medica è eleggibile.

L'elezione avviene a scrutinio segreto e ciascun elettore indica una preferenza per ogni categoria.

6.2 IL COMITATO DI DIPARTIMENTO

Il comitato di dipartimento, nello svolgimento delle responsabilità professionali e di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti al dipartimento stesso (ai sensi del comma 2, art. 17- bis, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.):

- concorre alla formulazione del piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili;
- concorre al monitoraggio e alla verifica delle attività;
- partecipa alla individuazione del direttore, proponendo una terna di nominativi.

I direttori dei dipartimenti, nominati dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, per lo sviluppo delle competenze definite dall'art. 16, comma 3, lett. f), della L.R. n. 24/2020, si avvalgono di un comitato composto:

- dai direttori delle strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale che lo compongono;
- dal responsabile del personale sanitario non medico, ove previsto.

L'atto aziendale definisce le modalità di elezione dei rappresentanti del personale facenti parte del comitato di dipartimento; le componenti minime elettive sono composte da:

- due rappresentanti del personale medico;
- due rappresentanti del personale dirigente sanitario laureato non medico, ove presente;
- due rappresentanti del restante personale sanitario.

Le modalità di funzionamento del comitato di dipartimento sono individuate in un apposito regolamento aziendale che deve prevedere la possibilità di partecipazione alle sedute del comitato del personale del dipartimento stesso e di dirigenti dell'Azienda, nei casi in cui tale partecipazione sia ritenuta utile per la trattazione degli argomenti all'ordine del giorno.

L'atto aziendale deve assicurare forme di partecipazione allargate del personale.

Stabilisce, infine, le modalità di elezione e le figure che compongono il comitato del dipartimento amministrativo qualora istituito.

6.3 L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)

L'organismo indipendente di valutazione è costituito ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. 27.10.2009, n. 150 e s.m.i., svolge funzioni di controllo ed è composto da tre membri esterni e ha i seguenti compiti:

- monitorare il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elaborare una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- comunicare tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo ed amministrazione, nonché alla Corte dei conti e al Dipartimento della funzione pubblica;
- validare la relazione sulla performance e assicurarne la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Amministrazione;
- garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché l'utilizzo dei premi secondo quanto previsto dal succitato decreto legislativo, dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni all'amministrazione, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- proporre, sulla base del sistema di misurazione e valutazione della performance, all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei suddetti premi;
- è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica;
- promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al titolo II del D.Lgs. n. 150/2009 citato;
- verificare i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

6.4 IL COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG)

Il Comitato Unico di Garanzia, la cui costituzione è prevista dalla Legge n. 183 del 4 novembre 2010, è un organismo che propone un ulteriore rafforzamento delle misure finalizzate a garantire la tutela delle pari opportunità e del benessere lavorativo del personale, unificando in un solo organismo le competenze del Comitato per le pari opportunità e del Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing.

Il CUG ricerca, propone e verifica le misure di valorizzazione del benessere sui luoghi di lavoro, le attività volte a favorire le pari opportunità fra donne e uomini, la repressione di fenomeni di emarginazione e svalutazione dell'attività dei lavoratori. Il CUG esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale appartenente all'Azienda; ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle Organizzazioni sindacali rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'Azienda. Nell'ambito dell'ASL il CUG è composto da cinque rappresentanti delle Organizzazioni sindacali e da cinque rappresentanti della Strutture della Direzione ASL Gallura.

6.5 LA COMMISSIONE FARMACEUTICA

La Commissione farmaceutica è un organismo consultivo della Direzione Sanitaria finalizzato alla promozione dell'uso razionale, efficace e sicuro dei farmaci nell'ambito dell'attività sanitaria.

6.6 UFFICIO DI PUBBLICA TUTELA

L'UPT è un organismo autonomo ed indipendente, istituito a tutela dei diritti delle persone che accedono ai servizi ed alle prestazioni. Illustra al cittadino le possibilità di tutela giudiziaria e/o amministrativa offerta dalle leggi vigenti.

L'UPT esamina i casi per consentire agli utenti di tutelare i propri diritti inerenti alle prestazioni in materia sanitaria anche nell'ambito dell'emergenza.

L'ufficio ha sede presso il Presidio di Nuoro. Possono essere realizzati *spin-off* nei Presidi di Cagliari e di Sassari.

6.7 CONFERENZA TERRITORIALE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA DELLA GALLURA

La Conferenza Territoriale Sanitaria e Socio-sanitaria della Gallura, istituita con la Legge Regionale del 11 settembre 2020 n°24, è composta dai rappresentanti legali di ciascuno dei 26 Enti Locali che ricadono nell'ambito territoriale della ASL di riferimento e si riunisce almeno due volte l'anno.

La presidenza della CTSS è composta dal presidente della provincia o dall'assessore competente delegato, oppure dal legale rappresentante dell'ente territoriale di riferimento, dai presidenti dei Comitati di distretto e dal sindaco del capoluogo di provincia, ricadenti nell'ambito territoriale della ASL di riferimento, ed ha funzioni di rappresentanza, formazione dell'ordine del giorno e convocazione delle riunioni, di organizzazione dei lavori della Conferenza e di verifica dell'attuazione delle decisioni assunte.

La CTSS:

- esercita le funzioni di indirizzo e verifica periodica dell'attività delle ASL, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al Direttore Generale ed alla Regione;
- esprime parere obbligatorio non vincolante sull'atto aziendale e sulle modifiche dello stesso, sul programma sanitario annuale e sul programma sanitario triennale delle ASL, sui bilanci annuale e pluriennale di previsione e sul bilancio d'esercizio;
- valuta, entro il 30 giugno di ogni anno, l'attuazione degli obiettivi previsti dal PLUS e dalla programmazione locale;
- esprime i pareri di propria competenza entro venti giorni dal ricevimento degli atti, trascorsi inutilmente i quali essi si intendono acquisiti come positivi.

6.8 IL COMITATO CONSULTIVO MISTO

Il Comitato Consultivo Misto è un organismo a carattere elettivo della Direzione Strategica composto dai rappresentanti delle Associazioni di Tutela e di Volontariato maggiormente impegnate nel settore socio-sanitario e di Cooperative sociali che sono interlocutori attivi del Sistema Sanitario Regionale.

Ha compiti di verifica, supporto, proposta sui servizi sanitari e in particolare sulla loro qualità dal punto di vista dei cittadini.

ASL Gallura, sulla base del principio di sussidiarietà e per l'esercizio delle attività che le sono proprie in tema di assistenza sanitaria o sociosanitaria, si avvale delle Organizzazioni di Volontariato e delle Cooperative Sociali presenti sul territorio sardo, attraverso i loro organismi associativi regionali. È pertanto previsto nella struttura dell'ASL un organo consultivo della Direzione, in cui siano rappresentate le organizzazioni di volontariato locali più rappresentative.

Composizione e modalità di elezione dei componenti del CCM saranno oggetto di specifico accordo con i vari Stakeholder.

7 GLI STAKEHOLDER

L'Azienda Sociosanitaria Locale della Gallura opera nell'ambito del territorio della Gallura così come indicato ed esplicitato in premessa.

Interagisce con **Istituzioni Pubbliche**, Enti di Governo, Forze dell'Ordine e la Prefettura di Sassari, con cui collabora ogni volta in cui è chiamata in causa.

La Conferenza Territoriale Sanitaria e Socio Sanitaria della Gallura è lo strumento principale di interazione con i Comuni del Territorio, ma queste Istituzioni politiche interagiscono continuamente con la ASL per tutte le problematiche emergenti.

L'interlocuzione con le Istituzioni Pubbliche è fondamentale per definire e migliorare l'azione sanitaria della ASL nel territorio.

Le **Associazioni dei pazienti** e di volontariato rappresentano un forte alleato nella presa in carico dei cittadini affetti da patologie croniche e non solo. Per questo la ASL attiva il Comitato Consultivo Misto per regolarizzare un costante collegamento tra Associazioni e ASL per migliorare i servizi sanitari e la *compliance* con la popolazione. Gli **Enti del Terzo Settore** sono vicini alla ASL, soprattutto nel Volontariato per l'Emergenza Sanitaria e anche con loro si realizza una profonda sinergia per ottimizzare il servizio di ASL e degli EE.T.S..

I **Sindacati** e le **RSU** rappresentano una risorsa importante per la Direzione Strategica della ASL ed è per questo che la collaborazione deve essere intensa e proficua, nel rispetto dei ruoli e delle funzioni. I rappresentanti dei Lavoratori hanno il difficile ruolo di interfaccia tra gli operatori e le scelte organizzative aziendali che devono comunque essere orientate al benessere degli operatori.

I **Cittadini** sono il riferimento continuo degli operatori e la ricerca di una presa in carico adeguata e soddisfacente. Il parere dei Cittadini, di quel 70% di popolazione che non affrisce al Servizio sanitario, è comunque importante e viene espresso attraverso i Rappresentanti delle Istituzioni, le Associazioni, gli EETS, ma anche attraverso la *customer satisfaction* che si realizza attraverso appositi questionari che verranno raccolti ed elaborati dall'Azienda almeno 2 volte all'anno.

Il **Settore Produttivo**, rappresentato dalle confederazioni di categoria, è un importante Stakeolder per l'ASL Gallura. Il nostro territorio è uno dei pochi in Sardegna in forte espansione economica e l'ASL svolge un ruolo fondamentale di vigilanza e prevenzione affidato in gran parte al Dipartimento di Prevenzione. L'ASL inoltre è conscia dell'importanza dell'erogazione di servizi sanitari e sociosanitari di qualità nel rendere il territorio in cui opera attrattivo per gli operatori economici, e partecipa con dedizione allo sviluppo dell'ecosistema produttivo della Gallura.

8 STRUTTURE E SERVIZI DELL'AZIENDA

L'Azienda Sociosanitaria Locale della Gallura opera nell'ambito del territorio della Gallura così come indicato ed esplicitato in premessa.

DISTRETTO DI OLBIA

COMUNE	STRUTTURA	INDIRIZZO	SERVIZI	ATTO
Olbia	Medica	Viale Aldo Moro	San Giovanni di Dio	CdC
			SERD	
			NPI	
			Dipartimento Prevenzione CIM	
	Medica	San Pantaleo	CASA FAMIGLIA	resta
Telti	Medica	Via Grazia Deledda	Guardia Medica	resta
			Guardia Medica	resta
			MMG/PDL	resta
			Igiene Pubblica	resta
Golfo Aranci	Medica	Via Libertà	Punto Prelievi	resta
			Guardia Medica	resta
			Guardia Medica Turistica	resta
			MMG/PDL	resta
			Punto Prelievi	resta
Arzachena	Mista	Via J.di Scanu	Guardia Medica	CdC
			Spec Ambulatoriale	
			Ufficio Servizio Veterinario	
			Igiene Pubblica	
			Uffici Distretto	
			Spec Ambulatoriale	
			CIM	
			Consultorio	
	Punto Prelievi			
	Medica			Spec Ambulatoriale
			Dialisi	resta
S. Antonio Di Gallura	Medica	Via Galilei	Guardia Medica	resta
			Punto Prelievi	resta
			Spec Ambulatoriale	resta
Berchidda	Medica	Via Monte Acuto	Igiene Pubblica	CdC
			Spec Ambulatoriale	
			MMG/PDL	
	Veterinaria	Via Nuoro	Ufficio Servizio Veterinario	resta

Monti	Veterinaria	Via Cuccuruedre	Uffici Servizio Veterinario	resta
	Medica	Su Canale	MMG	resta
	Medica	Via Regione Sarda	Guardia Medica	resta
			MMG	resta
			Igiene Pubblica	resta
Punto Prelievi	resta			
Oschiri	Medica	Via Segni	Guardia Medica	resta
			Igiene Pubblica	resta
			Spec Ambulatoriale	resta
	Veterinaria	Via Tasso	Uffici Servizio Veterinario	resta
Buddusò	Mista	SS 389 di Buddusò e del Correboi	Uffici Distretto	CdC
			Uffici Servizio Veterinario	
			Spec Ambulatoriale	
			Guardia Medica	
			CIM	
			Igiene Pubblica	
			118	
Alà dei Sardi	Mista	Via Europa	Igiene Pubblica	resta
			Spec Ambulatoriale	resta
			Punto Prelievi	resta
			Ufficio Servizio Veterinario	resta
	Medica	Via Roma	Guardia Medica	resta
San Teodoro	Medica	Via Sardegna	Guardia Medica	CdC
			Guardia Medica Turistica	
Budoni	Mista	Via Mannironi 1	Uffici Servizio Veterinario	resta
			Guardia Medica Turistica	resta
			Igiene Pubblica	resta
			CIM	resta
			Spec Ambulatoriale	resta
			Uffici Distretto	resta
			Punto Prelievi	resta
			PDL	resta
Loiri Porto San Paolo	Medica	Via Don L. Sturzo	MMG/PDL	resta
			Guardia Medica Turistica	resta
	Mista	Via E. De Amicis	Guardia Medica	resta
			MMG	resta
			Uffici Servizio Veterinario	resta
Padru	Mista	Via Roma	Uffici Servizio Veterinario	resta
			Guardia Medica	resta
			Igiene Pubblica	resta
			Spec Ambulatoriale	resta
			MMG/PDL	resta

DISTRETTO DI TEMPIO PAUSANIA

Tempio			EX INAM	CdC
Calangianus	Mista	piazza Mercato	Guardia Medica	resta
			Igiene Pubblica	resta
			Uffici Servizio Veterinario	resta
			Punto Prelievi	resta
Bortigiadas	Medica		Igiene Pubblica	resta
			Spec Ambulatoriale	resta
			MMG/PDL	resta
			Punto Prelievi	resta
	Medica	Tisiennari	MMG	resta
Luogosanto	Mista	Via Trieste	Igiene Pubblica	resta
			MMG/PDL	resta
			Guardia Medica	resta
			Punto Prelievi	resta
			Spec Ambulatoriale	resta
			Uffici Servizio Veterinario	resta
Luras	Medica	Via Nazionale	MMG/PDL	resta
			Spec Ambulatoriale	resta
			Uffici Distretto	resta
Trinità d'Agultu e Vignola	Medica		Igiene Pubblica	CdC
			Guardia Medica	
			Punto Prelievi	
			Spec Ambulatoriale	
Aggus	Medica	Via Monti di lu tronu	Igiene Pubblica	resta
			Punto Prelievi	resta
			MMG/PDL	resta
	Veterinaria	Via Roma 120	Uffici Servizio Veterinario	resta
Aglientu	Medica	Via Pariseddu 39	MMG/PDL	resta
			Punto Prelievi	resta
			Igiene Pubblica	resta
Badesi	Mista	Li casi	Uffici Servizio Veterinario	resta
			Guardia Medica Turistica	resta
			Punto Prelievi	resta
			Igiene Pubblica	resta
			Spec Ambulatoriale	resta

DISTRETTO DI LA MADDALENA

La Maddalena	Medica	Loc Padule	Vari Servizi	CdC
Santa Teresa Di Gallura	Medica	Via Carlo Felice	MMG/PDL	CdC
			Spec Ambulatoriale	
			Punto Prelievi	
			Guardia Medica	
			Guardia Medica Turistica	
	Uffici Distretto			
Mista	Via Berlinguer	Uffici Servizio Veterinario	resta	
		Igiene Pubblica	resta	
Palau	Medica	Via degli Achei	Guardia Medica	resta
			Guardia Medica Turistica	resta
			Punto Prelievi	resta
	Mista	Via Fonte Vecchia	Uffici Servizio Veterinario	resta
			Igiene Pubblica	resta

N.B. Le Strutture presenti nel Comune di Palau e nel Comune di Santa Teresa di Gallura, afferiscono al Distretto di Olbia, ma le attività presenti sono coordinate dal Distretto di La Maddalena anche con risorse dello stesso.

9 SVILUPPO FUTURO

La dimensione di un'Azienda Sanitaria è data principalmente dalla popolazione servita in un rapporto chiaro e preciso definito dal DM n.70 del 2 aprile 2015. Questo Decreto definisce gli standard strutturali e organizzativi pari a 3,7 posti letto per 1000 abitanti, di cui 0,7 per la lungodegenza e la riabilitazione. Per il territorio della Gallura si parla di 592 posti letto totali, di cui 202 presso la Struttura Privata Mater Olbia e 390 a disposizione della ASL della Gallura, a cui dovranno aggiungersi i 30 posti letto degli Ospedali di Comunità e i 16 dell'Hospice. Dei 436 posti letto possibili occorre comunque sottrarre una piccola quota da riversare sull'Hub di riferimento per l'Alta Intensità assistenziale - AOU di Sassari, dove vengono indirizzati i Cittadini della Gallura per le prestazioni non erogabili nel territorio, come, ad esempio, la cardiocirurgia.

La capienza massima di posti letto attualmente disponibili presso le Strutture della ASL della Gallura sono:

- Ospedale San Giovanni Paolo II di Olbia 204 posti letto (oltre i letti di DH);
- Ospedale Paolo Dettori di Tempio Pausania 84 posti letto comprensivi dei 20 di OdC;
- Ospedale Paolo Merlo di La Maddalena 26 posti letto, comprensivi dei 10 pl di OdC;
- Hospice di Tempio Pausania 16pl e 20 ancora liberi per 36 posti letto totali. I pl dell'hospice non sono inseriti nella rete ospedaliera regionale.

La DGR 35/36 del 2020 assegna comunque alla ASL Gallura 304 posti letto totali oltre ai 16 di Hospice e ai 30 degli Ospedali di Comunità, **per un totale di 350** che, con i 202 posti letto del Mater Olbia portano l'offerta complessiva a 552 letti. Con questi requisiti l'obiettivo è raggiungere la copertura massima dei posti letto senza ulteriori costruzioni, utilizzando i 20 pl della Struttura che ospita l'Hospice, portando i posti letto a Tempio a $84+16+20=120$; 26 a La Maddalena e 204 a Olbia. Ma saranno possibili eventuali altre soluzioni.

Un altro fattore che influisce sulla dimensione dell'Azienda è la **disponibilità economica**. Come noto, in Italia, il Servizio Sanitario Nazionale è finanziato secondo il modello *Beveridge* dalla fiscalità generale, con quota capitaria di circa 2.000€ ad abitante. La Regione Sardegna provvede direttamente al finanziamento del Fondo Sanitario Regionale, ma è comunque soggetta alle disposizioni di legge nazionali in merito ai requisiti strutturali e organizzativi e di governo, attraverso il D.L.vo 502/92 e s.m.i., il DM 70/2015 e il DM 77/2022, oltre a tutte le altre norme di regolamentazione. **Non si prevede per l'immediato futuro un incremento significativo delle risorse disponibili.**

Il terzo fattore di dimensionamento è il **personale**. Gli ultimi dati nazionali disponibili indicano circa 600.000 dipendenti del SSN, oltre a circa 43.000 Medici di Medicina Generale (in calo) e 7.000 pediatri di libera scelta. A questi bisogna aggiungere il personale della Sanità privata e privata accreditata. Possiamo dire che abbiamo 1 dipendente del SSN ogni 100 abitanti. Rapportato al territorio della Gallura dovremmo avere circa 1.600 dipendenti, da cui sottrarre la quota parte necessaria per i servizi

primari regionali e nazionali e per ARES. Al momento dipendono dalla ASL della Gallura 1.550 persone. **E' difficile pensare, per il futuro immediato, ad ulteriori, significativi, incrementi di organico.** A questo fattore si aggiunge il gravissimo problema, a livello nazionale ed internazionale, della carenza di medici, decisamente al di sotto dei fabbisogni minimi. Si prevede una perdita annua nel SSN di circa 9.000 medici. Per questo motivo si assiste, quasi impotenti, al fenomeno del concentramento dei professionisti nei Centri di riferimento principali come Sassari e Cagliari, con il progressivo depauperamento degli organici negli altri territori. Questo fatto impone il concentramento dei servizi cruciali sulla Struttura principale e con il maggiore bacino di utenza, che è Olbia. Solo in questo modo, al momento attuale, sarà possibile garantire i livelli essenziali di assistenza in sicurezza e appropriatezza.

Le soluzioni adottate a livello Nazionale e Regionale (aumento significativo delle borse di specializzazione, ad esempio) porteranno, a partire dal 2027, ad un riequilibrio, ma sbilanciato, dove alcune discipline, come la Anestesia e Rianimazione e la Medicina d'Urgenza resteranno comunque a livelli critici, avendo al momento solo il 70% e il 57% rispettivamente di copertura dei posti disponibili in Scuola di Specializzazione.

Per quanto sopra emerge con chiarezza che **i margini di potenziamento sono molto ristretti**, motivo per cui diventa necessario indirizzare lo sviluppo dell'Azienda verso la **rimodulazione e la riorganizzazione**, piuttosto che alla crescita dimensionale.

Il riferimento, per il dimensionamento, al bacino di utenza definisce inoltre il volume delle prestazioni richieste che, in un contesto infrastrutturale fortemente degradato e comunque inefficiente e insufficiente, che impedisce la mobilità verso le Strutture aziendali da altri territori non limitrofi, diventa quindi ineludibile nel definire quali servizi allocare nei diversi territori.

Il DM 70/2015 definisce un bacino di almeno 80.000 abitanti, fino a 150.000, per la realizzazione di Ospedali di Base. Questi *“sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di “Osservazione Breve Intensiva”*. La Regione Sardegna, in considerazione dell'estensione territoriale che, con circa 24.000 kmq (3.406 in Gallura) colloca la Sardegna al terzo posto tra le Regioni italiane, ma anche della scarsa popolazione, circa 1.600.000 abitanti, fatto che determina una bassissima densità abitativa (69 ab/kmq; **47 in Gallura e 16 in Alta Gallura**), ha deciso di rivedere al ribasso i bacini di utenza di riferimento per la classificazione degli ospedali e con un Documento del Consiglio Regionale, seduta del 25 ottobre 2017 (BURAS 11.12.2017) ha identificato, per l'area Nord Est, il Presidio Unico di Area Omogenea - in analogia con il Presidio di Base del DM 70/2015, mantenendo comunque i Presidi di Tempio e La Maddalena come “Strutture di completamento del Presidio di Base”. Questa tipologia prevede la sola duplicazione per Medicina, Lungodegenza e Medicina Riabilitativa poiché sono dimensionati su una popolazione di riferimento fino a 80.000 abitanti. Per questo motivo il Paolo Dettori di Tempio Pausania è stato classificato “Stabilimento di base di completamento di I livello e Ospedale di Comunità”, sono stati mantenuti i Servizi,

anche se le prestazioni previste per la popolazione di riferimento sono comunque in linea con i dati nazionali.

Ma la Gallura è fortemente interessata da due fattori che condizionano violentemente la gestione e la fruibilità dei servizi: il pesante afflusso turistico estivo e la bassissima densità abitativa che, raggiunge la **media di 47 ab/kmq**, quindi ben al di sotto della media regionale che segna un già bassissimo 68 ab/kmq rispetto ai 189 ab/kmq della media italiana. Ma il territorio dell'Alta Gallura è messo ancora peggio, **con 16 ab/kmq, meno del 10% della media italiana**. Questo fatto, unitamente ad una rete infrastrutturale adeguata ai bisogni dei primi del '900 e quindi assolutamente inadeguata oggi, comporta gravi rischi per una popolazione raccolta in piccoli Centri rurali che ha gravi difficoltà ad accedere ai servizi sanitari già in condizioni di normalità, che raggiungono situazioni di pericolo con condizioni meteorologiche avverse.

L'area dell'Alta Gallura deve diventare **Zona disagiata** ed essere salvaguardata con modalità organizzative eccezionali e non ordinarie. Per questo il DM 70/2015 non può essere adottato *sic et simpliciter* ma deve essere rimodulato secondo i principi delle zone disagiate come l'Isola di La Maddalena. Occorre che oltre ai servizi di base, siano inseriti posti letto finalizzati alla stabilizzazione dei pazienti per poi garantire un trasporto secondario protetto. Una stazione intermedia fondamentale per garantire la corretta assistenza. Per questo, in deroga al DM 70/2015, è stato configurato un modello di distribuzione dei posti letto con una duplice funzione: garantire la bassa intensità e la diagnostica, anche avanzata, per le normali richieste della popolazione di riferimento dell'Alta Gallura, pari a circa 30.000 abitanti, ma anche garantire lo *"stand and carry"* disegnato per l'area disagiata insulare di La Maddalena. **Questo Atto Aziendale restituisce quindi una nuova *mission* all'Ospedale di Tempio e crea le premesse per un potenziamento.** I tre Ospedali sono di nuovo separati ma integrati nuovamente sul principio delle attività, dei PDTA, della domanda sanitaria che porta l'Ospedale ed il Territorio a lavorare in sincronia e non in dicotomia. L'Ospedale di Tempio non è più uno *spin-off* del Presidio di Olbia ma assolve pienamente alla presa in carico della Cronicità per tutta la Gallura. Per questo la Struttura Complessa di Radiologia e la Struttura Semplice Dipartimentale di Laboratorio sono viste in chiave Ospedale -Territorio e da qui ci sarà la regia per tutta la Gallura. Non solo pensare ad una chiusura o a un ridimensionamento dell'Ospedale non è da prendere in considerazione, perché creerebbe un grosso rischio all'intera Comunità e avrebbe comunque un impatto fortemente negativo anche sui territori limitrofi, ma si procederà per passi successivi al consolidamento e potenziamento di diverse attività. Ad iniziare dall'Oculistica per finire poi con l'apertura di una unità di sub-intensiva, così come definito e suggerito dalla Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2021, dove si dice che la pandemia ha evidenziato la necessità di 0,14pl/1000 abitanti per la terapia intensiva/semintensiva. **Quindi verranno mantenute tutte le attività previste dalla pianificazione regionale e, quando le condizioni di cui sopra lo permetteranno, si potrà procedere con il potenziamento dell'intensità di cure, fornendo quindi un supporto all'Ospedale di Olbia.** Non un "modulo" quindi, così come previsto dal DCR/2017, ma una vera e propria Struttura, con 2 posti letto, ancorché collegata alla SC di Anestesia e Rianimazione di Olbia. In questi letti potranno essere collocati i pazienti che necessitano di un trattamento semi intensivo in attesa di essere trasferiti nei Centri adeguati a trattare queste tipologie. Analogamente ci sarà un letto di Cardiologia, 4 di Ginecologia e 2 di

Pediatria, inseriti, come tutti, nella piattaforma assistenziale governata da un *bed manager*, per consentire una osservazione clinica e un trattamento di bassa intensità senza dover essere obbligatoriamente trasferiti altrove, per patologie che invece possono con sicurezza essere trattate in loco. Questi letti saranno attivati da subito.

Verrà implementata, sul Presidio di Tempio Pausania, la dotazione tecnologica con l'imminente installazione di una nuova Risonanza Magnetica Nucleare da 1,5T, che andrà a completare l'assetto diagnostico della Struttura, così da garantire le migliori condizioni di offerta delle prestazioni sanitarie. Questo aspetto è cruciale anche e soprattutto per la copertura del territorio della ASL al fine di supportare le attività connesse con la Sanità di Iniziativa che si rivolge soprattutto al paziente cronico. Le Strutture di Tempio Pausania - Ospedale, Distretto, Casa di Comunità di livello Hub e COT (Centrale Operativa Territoriale) - con il supporto del Distretto di Olbia, gestiranno il coordinamento di questo importante settore che riguarda più dell'80% della domanda sanitaria della popolazione residente in Gallura.

Il potenziamento della tecnologia, ha permesso di garantire, anche in Strutture piccole o medio piccole, la diagnosi precoce delle malattie. La diretta conseguenza è stata la presa in carico immediata e l'avvio ad un percorso più sicuro e meno drammatico con esiti sempre più favorevoli. L'effetto collaterale è stato un crollo delle attività chirurgiche complesse con una riduzione conseguente dei posti letto del 50 e anche del 70%, a favore di una chirurgia meno invasiva e con degenze brevi. Non servono più quindi grandi reparti, ma snelli per una chirurgia sofisticata e molto veloce perché molto poco invasiva. In particolare il Paolo Dettori deve puntare a questo settore e per questo il suo obiettivo sarà massimizzare la diagnostica clinica multidisciplinare finalizzata alla diagnosi precoce delle malattie. La diagnosi precoce favorisce la piccola chirurgia mini invasiva senza ricovero e questo è indice di qualità assistenziale. Sempre più la degenza sarà prerogativa dei pazienti anziani, over 70, multipatologici, con necessità di tipo assistenziale, più o meno avanzata, finalizzata alla stabilizzazione clinica.

Verrà garantita la **traumatologia** anche di media intensità, come le fratture di femore degli anziani. Occorre comunque affermare che gli "Ospedali di giorno" si stanno affermando in numerose realtà metropolitane internazionali: Londra, Parigi, Milano e Genova, con l'Ospedale di Giorno del Gaslini. Sono Strutture che operano solo con cicli diurni, completando le attività nel tardo pomeriggio dei giorni feriali. Sono molto efficienti e poco costosi, garantendo comunque prestazioni di alto livello tecnologico. Questo è il futuro a cui tendere.

Presso il Paolo Dettori è prevista la conversione delle sale operatorie della ginecologia, chiuse da tempo, per l'apertura di nuove attività, come la chirurgia oculistica, per cui è già in corso la fornitura delle attrezzature. Resterà operativo il Pronto Soccorso - DEA di I livello sulle 24 ore che, da Struttura Semplice del Pronto Soccorso di Olbia, assume una sua identità diventando una SSD. La situazione contingente, da considerarsi anomala, dovrà essere sanata con la stabilizzazione del personale necessario a garantire il servizio in continuità.

Il Paolo Merlo di La Maddalena, **Stabilimento di Area Disagiata**, sarà sempre più chiamato ad un ruolo di copertura delle necessità dell'Isola, avendo la cronicità come obiettivo primario e il modello "*Stand and Carry*" ovvero di stabilizzazione primaria

e quindi trasferimento verso Strutture compatibili con un più elevato sistema di trattamento, per la patologia acuta, anche nelle condizioni di emergenza e urgenza, ad integrazione comunque dell'attività "see and treat" non delegabile o procrastinabile.

L'Ospedale San Giovanni Paolo II di Olbia, in sinergia con il Mater Olbia, dovrà invece recuperare quanto possibile la mobilità passiva dal territorio della Gallura, offrendo servizi nuovi anche in rete con le altre Strutture della Sardegna. Da qualche mese è operativa la Struttura di Urologia che sta dando importanti risposte alla popolazione con una intensa attività chirurgica e diagnostica, per cui si sta provvedendo a importanti investimenti. Analogamente per l'ematologia, per procedere alla presa in carico dei pazienti con la Talassemia e le altre malattie del sangue e così per molte altre Discipline cliniche.

Ma per quanto sopra, il **focus del potenziamento dei servizi è nel territorio** dove, grazie al progetto delle **Case di Comunità**, verranno coinvolti i Comuni, con tutti i servizi presenti che non solo non verranno eliminati ma che, al contrario, saranno potenziati per garantire la massima copertura, anche con la telemedicina, del territorio, con la **medicina di prossimità**. Le CCdC saranno il perno su cui far ruotare i servizi, anche e soprattutto domiciliari, dei Comuni, in media 3, su cui inferisce la missione della Casa di Comunità. Sarà un processo innovativo e di forte impatto che interesserà tutto il Territorio con il coinvolgimento diretto di tutti gli *Stakeholder*, tra cui i Sindaci primariamente. I Distretti saranno impegnati nel superamento del modello *Hub and Spoke* che ha caratterizzato finora la gestione del territorio, per passare al *Tile model*, alle mattonelle, dove si ha l'erogazione dei servizi al livello più prossimale possibile: le stesse case di residenza dei pazienti, come previsto dal PNRR. I Distretti avocheranno a sé la funzione di programmazione, acquisto delle prestazioni da erogare e controllo di tutto il sistema: una funzione più strategica, lasciando alle Case di Comunità la gestione diretta.

Il progetto è già stato predisposto in maniera integrale sulla base dei contenuti del DM 77/2022. Le attività sperimentali, come l'infermiere di famiglia, sono state attivate, su scala ridotta, già dal mese di maggio 2022. Progressivamente, nel giro di pochi mesi e comunque prima della stagione estiva, il sistema dovrà essere a regime o comunque prossimo al completamento.

10. MOTIVAZIONI AGGIUNTIVE A SOSTEGNO DELLE SCELTE SULLE STRUTTURE AZIENDALI

La ASL 2 della Gallura, come detto, è caratterizzata da alcuni aspetti che incidono pesantemente sulla sua operatività:

1. Innanzitutto il forte impatto dato dall'**alta affluenza turistica** nel periodo estivo, che mette in profonda crisi tutte le strutture, ospedaliere in primis, ma anche territoriali, creando situazioni di evidente difficoltà e blocco dell'attività dei servizi per sovrafflusso di persone. Solo il Pronto Soccorso di Olbia passa da 60 accessi a picchi di 300 pazienti al giorno, ma con personale

sufficiente per gestirne al massimo 50, diventando comunque la Struttura con maggior accesso di pazienti della Sardegna.

2. La **situazione orografica**, caratterizzata da prevalenti aree collinari, ripide e con infrastrutture, soprattutto stradali, assolutamente inadeguate che comportano condizioni di ostacolo alla viabilità e tempi di percorrenza molto lunghi, costringendo spesso a tortuosi percorsi per collegare Comuni che si trovano tra loro a breve distanza in linea d'aria. Questo fatto allunga a livelli inaccettabili le tempistiche anche dei mezzi di emergenza impedendo, nei fatti, il trasporto verso il Presidio di Olbia, dotato delle *facility* necessarie per affrontare le situazioni di emergenza e urgenza. Questo fatto, come già anticipato, comporta la necessità di dotare l'Ospedale di Tempio Pausania di tutto il necessario per consentire un trattamento adeguato in tempi accettabili, permettendo di gestire un percorso clinico sicuro sia in situ che con possibile trasferimento secondario protetto verso i Centri di riferimento, nella logica *stand and carry*, adottata per l'Ospedale di La Maddalena. Senza l'**Ospedale di Tempio** il territorio dell'Alta Gallura, molto vasto ma con una densità di popolazione di soli 16 abitanti/Kmq (meno del 10% della densità media italiana) sarebbe in condizioni di sicura pericolosità per i suoi abitanti, costringendoli a trasferte ben superiori ai 60 minuti.
3. L'**Ospedale Paolo Merlo di La Maddalena** opera in un'area disagiata e particolarissima essendo una piccola isola. Bisogna far sì che gli abitanti, circa 10.000, con punte di oltre 70.000 presenze durante l'estate, trovino dentro il territorio condizioni di sicurezza e di presa in carico, anche perché solo la necessità di dover usufruire del traghetto può comportare una sosta in banchina anche superiore ai 60 minuti. Quindi bisogna adeguare l'Isola con strutture in grado di garantire servizi minimali ma efficaci. In passato presso l'Ospedale erano presenti Strutture complesse come Medicina, Anestesia, la Direzione Medica del Presidio, il Pronto Soccorso. Al contempo si ritiene che i nuovi parametri imposti dal DM 70/2015, studiati su standard nazionali che non sono riproducibili in questi territori, non permettano la riattivazione di Strutture Complesse, motivo per cui si è optato per la trasformazione in SSD. Ma queste Strutture sono fondamentali per garantire il governo delle attività assistenziali del Presidio.
4. L'atto Aziendale del 2017, in ottemperanza alle regole sugli standard definiti dal DM 70/2015, aveva comunque previsto per la ASL della Gallura 42 SC, 22 SSD e 33 SS per un totale di 97 Strutture. Con il presente Atto molte strutture sono state declassate e altre eliminate, portandole a 81 (36 SC, 32 SSD e 13 SS), con una forte riduzione quindi, nonostante le evidenti peculiarità del territorio. Ma non è pensabile scendere al di sotto di una soglia di sicurezza che garantisca l'operatività delle Strutture. Diminuire ulteriormente l'Assetto organizzativo comporta la centralizzazione di attività non sinergiche con evidente disagio per i pazienti ma soprattutto per gli operatori. Questa mancanza di Strutture è inoltre un fattore di forte disincentivazione (mancanza di carriera) per le necessarie assunzioni di personale, con grave rischio di forti ripercussioni sugli organici.

Per i motivi sopraesposti, peraltro meglio esplicitati nei vari capitoli dell'Atto Aziendale, si chiede la deroga sulle SSD presenti nel Presidio Ospedaliero di Tempio e di La Maddalena, in considerazione delle forti criticità dei Territori di riferimento e

della necessità di garantire comunque servizi adeguati in risposta alla domanda sanitaria residenziale ed emergenziale.

Analogamente occorre considerare il fatto che il forte sottodimensionamento delle Strutture dei Dipartimenti Territoriali e dei Distretti, con solo 15 SSD e 2 SS, crea un grave problema nel progetto di rimodellamento e potenziamento del territorio, così come previsto dal DM 77/2022. L'Atto proposto presenta una condizione minima per la corretta operatività del Dipartimento di Prevenzione Medico (1 sola SC) e Veterinario (1 sola SC), del DSM e dei Distretti. In tale situazione è a rischio la sussistenza stessa dell'organizzazione con possibile default dei servizi in un territorio che invece si trova ad affrontare sfide difficili per quanto già enunciato nei vari capitoli del presente Atto.

Si da atto, fin d'ora, che le strutture verranno attivate compatibilmente con la capienza dei fondi all'uopo costituiti per la remunerazione accessoria del personale e compatibilmente con i vincoli di bilancio. Verrà predisposto un cronoprogramma per l'attivazione progressiva delle Strutture con sviluppo pluriennale.