

PIANO SANITARIO TRIENNALE E ANNUALE 2024/2026

AZIENDA SOCIO SANITARIA N°2 DELLA GALLURA



Novembre 2023

INDICE

PARTE I – IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	4
A. ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL’ASL GALLURA	4
B. MISSIONE E VISIONE DELL’ASL GALLURA	5
C. CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO	7
D. STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELL’AZIENDA SANITARIA	28
D.1 ORGANIGRAMMA	29
PARTE II –LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA TRIENNALE.....	34
A. INDIRIZZI STRATEGICI AZIENDALI PER LIVELLO DI ASSISTENZA..	35
A.1 AREA DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	35
1. <i>Indirizzi regionali e nazionali in materia</i>	<i>35</i>
2. <i>Offerta di prestazioni e servizio sul territorio</i>	<i>35</i>
3. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire.....</i>	<i>43</i>
A.2 AREA DELL’ASSISTENZA DISTRETTUALE.....	64
1. <i>Indirizzi regionali in materia</i>	<i>64</i>
2. <i>Offerta di prestazioni e servizio sul territorio</i>	<i>64</i>
3. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire</i>	<i>71</i>
A.3 AREA DELL’ASSISTENZA OSPEDALIERA	99
1. <i>Indirizzi Nazionali e Regionali in materia</i>	<i>99</i>
2. <i>Offerta di prestazioni e servizi sul territorio.....</i>	<i>100</i>
3. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire</i>	<i>116</i>
PARTE III - LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO PATRIMONIALE	125
A. IL BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE	125

PRESENTAZIONE DEL PIANO

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

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

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

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

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

Parte I – Il contesto di riferimento

A. Elementi identificativi dell'ASL GALLURA

Con la legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 recante "Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore" si è dato avvio alla riforma finalizzata a modificare l'organizzazione del Servizio sanitario regionale per renderlo maggiormente aderente ai bisogni della popolazione, superando la precedente organizzazione incentrata su un'unica azienda territoriale. L'attuale assetto organizzativo dell'ASL GALLURA attraversa una fase di riorganizzazione conseguente alla riforma di cui alla legge regionale n. 24 del 11.9.2020, la quale ha soppresso l'ATS Sardegna e costituito, con decorrenza 1.1.2022, otto nuove ASL territoriali e l'Ares Sardegna, azienda deputata all'erogazione di servizi tecnici e amministrativi in forma accentrata per tutte le aziende del SSR. Con la delibera RAS n.46/24 del 25 novembre 2021, ai sensi di quanto disposto dall'art. 9 della legge regionale dell'11 settembre 2020 n.24, a far data dal 1 gennaio 2022 è stata costituita l'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) n. 2 della Gallura.

L' Azienda socio-sanitaria locale della Gallura assicura, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera; ha personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione; l'organizzazione e il funzionamento è disciplinato dall'atto aziendale, di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), e successive modifiche ed integrazioni.

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

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

Il logo ufficiale è:



B. Missione e visione dell'ASL GALLURA

L'Azienda socio-sanitaria locale n.2 della Gallura concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna, contribuendo alla tutela e promozione del benessere degli individui e della collettività nel territorio di competenza, e al mantenimento e miglioramento dello stato di salute, come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività, ed esercita le proprie funzioni in maniera sinergica con gli altri soggetti del sistema sanitario regionale. L'Azienda promuove le attività di prevenzione, cura e riabilitazione in modo unitario ed in stretta connessione con i soggetti pubblici e privati presenti nel contesto socio-ambientale del proprio territorio in una logica di fiducia, di cooperazione, di integrazione socio-sanitaria e, al proprio interno, promuove la formazione e la crescita professionale per mantenere elevati i livelli qualitativi dei servizi offerti.

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

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

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

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

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

L'Azienda soddisfa i bisogni di salute della popolazione attraverso specifici interventi sociosanitari nell'ambito del sistema di cure e prevenzione, organizzando direttamente, o acquisendo presso

altre strutture pubbliche o private accreditate, le prestazioni socio-sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo appropriato la domanda emergente da tali bisogni.

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

Questi valori fondamentali si concretizzano con azioni finalizzate a garantire:

Equità

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

Centralità del cittadino/paziente

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

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

Qualità

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

Economicità

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

essenzialità e non ridondanza, in una visione sistemica che abbia come punto di riferimento l'intera rete assistenziale;

Legalità

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

Trasparenza e semplificazione dei processi amministrativi

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

Sviluppo competenze, ricerca e innovazione

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

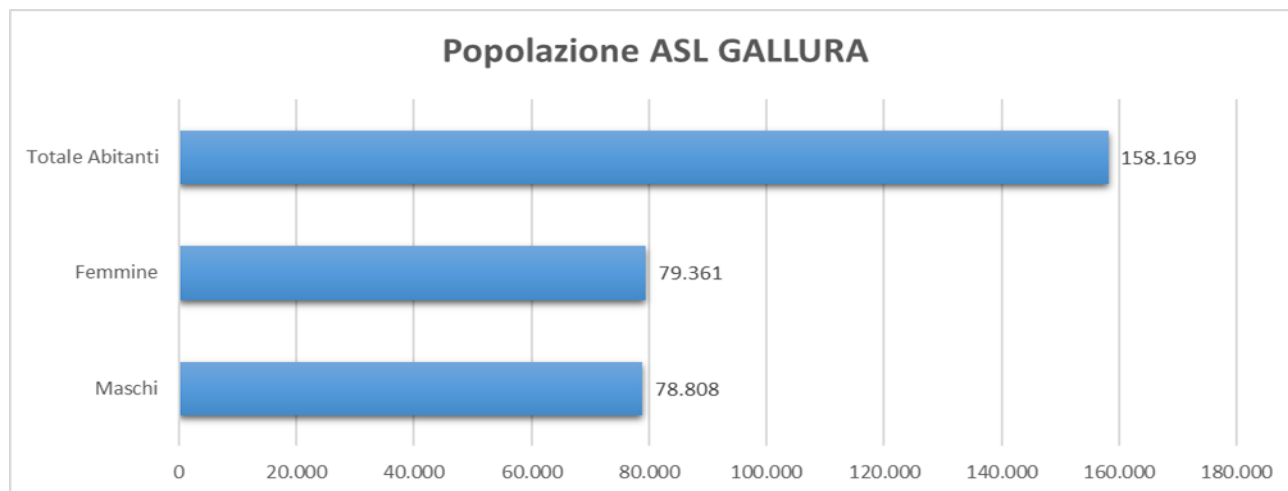
C. Contesto territoriale e demografico

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

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

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

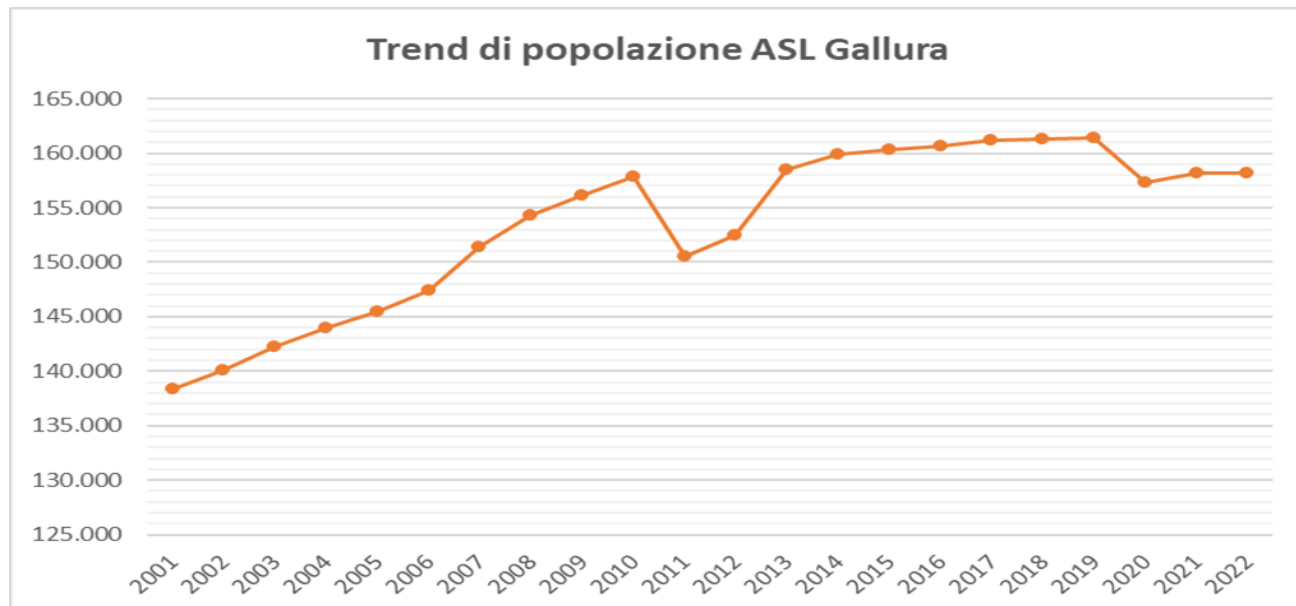
La popolazione del territorio di competenza della ASL Gallura al **01.01.2023** ammonta a 158.169 residenti.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2023)

La caratteristica dell'area geografica del Nord-Est Sardegna è stata quella di un costante incremento della propria popolazione residente, elemento che l'ha differenziata dalle tendenze in atto nel resto del territorio regionale. Nel periodo 2001-2019, la popolazione residente nel Nord-Est, ha avuto il più alto tasso di incremento (+16,9%) rapportato alle altre province della Sardegna.

8



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2023)

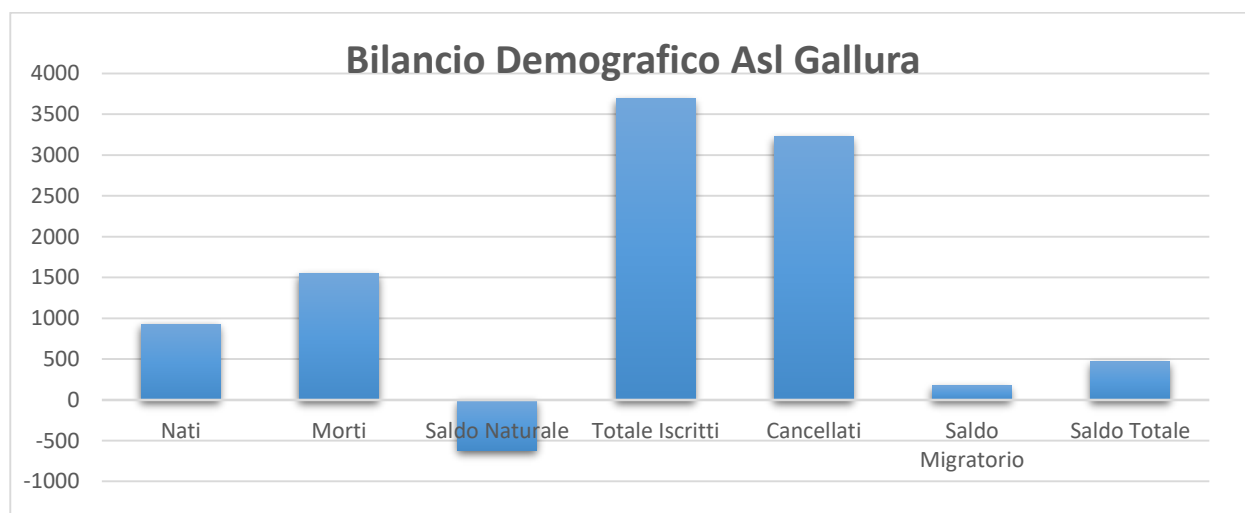
Fra il 1971 ed il 2018, l'incidenza della popolazione in Gallura, sul totale Sardegna, è passata dal 26% al 33%; infatti, negli ultimi 50 anni la popolazione è cresciuta mediamente di circa il 57% con valori percentuali importanti nei Comuni costieri a discapito di un significativo decremento nei Comuni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

stata alimentata da altre Regioni d'Italia e da altre aree dell'Isola concorrendo a determinare un contesto territoriale in cui la popolazione ha stabilito la propria residenza nei Comuni costieri. La maggior parte della popolazione risiede nei comuni di Olbia (61.048 abitanti) Tempio Pausania (13.196 abitanti), Arzachena (13.362 abitanti) e La Maddalena (10.592 abitanti) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale.

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

Nonostante la densità demografica molto bassa (47 ab/km²) ed una estensione di 3.397 kmq, una popolazione ancora non particolarmente "invecchiata" (specie nel contesto sardo) si traduce in saldi tendenzialmente positivi. La positività del tasso di crescita totale, in questi ultimi anni, è stato determinato da un positivo saldo migratorio totale.

Analizzando i dati, l'Azienda Sanitaria della Gallura registra in valore assoluto, per il periodo 2001-2022, un incremento della popolazione di circa 19.786 abitanti. La città di Olbia cresce in maniera costante superando la soglia dei 60mila abitanti, numero che non tiene conto delle migliaia di persone che vivono in città ma non risultano residenti. Vero punto di forza della Gallura è sempre stato il suo essere un punto focale per i lavoratori e per chi cerca un impiego, vista l'alta densità di aziende e attività.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)

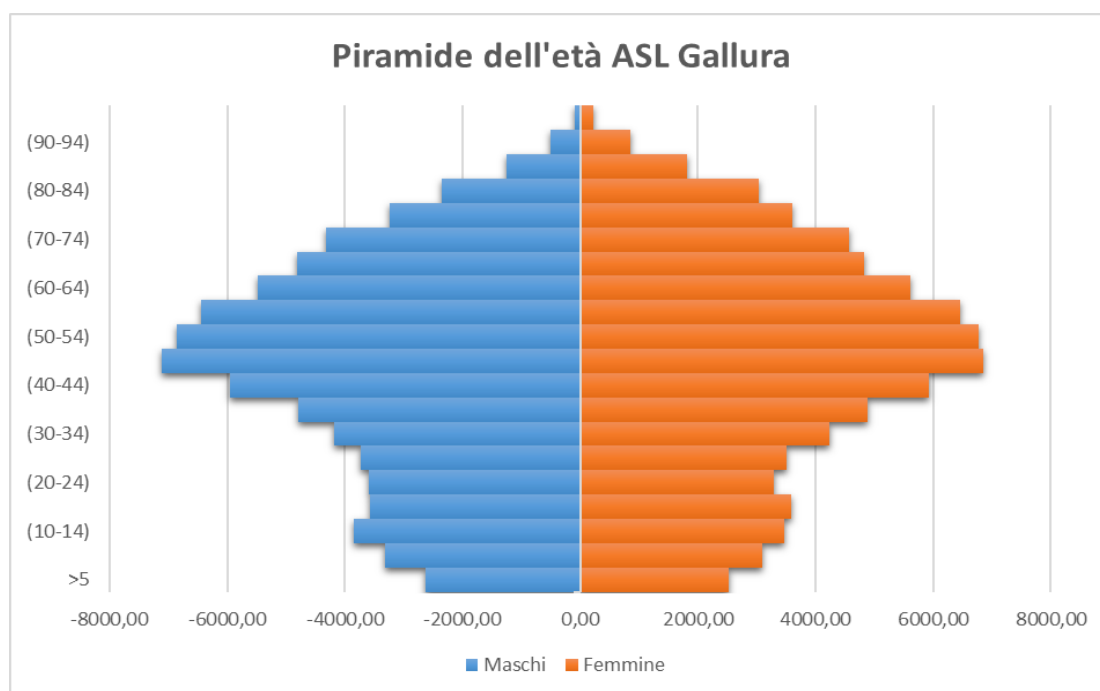
* ultimo dato disponibile

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

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

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

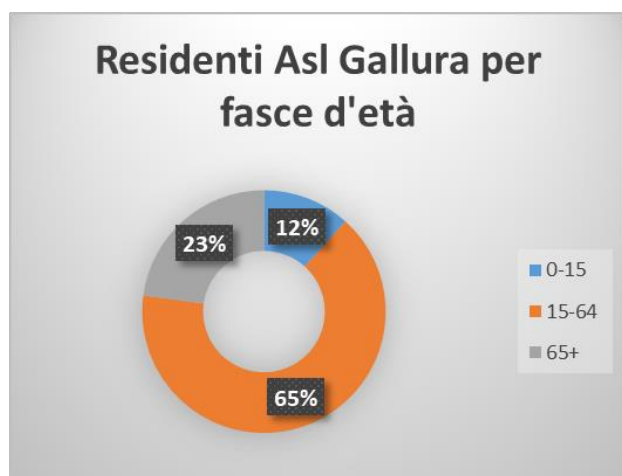
L'analisi della composizione per classi di età rappresenta la risultante del movimento nelle dinamiche naturali e migratorie, traduce le potenzialità e le energie di una popolazione, ed aiuta anche a coglierne qualche debolezza, che l'utilizzo di alcuni "indici" consente di esaminare in modo ravvicinato.



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2022)

L'aspetto piramidale evidenzia una popolazione caratterizzata da una numerosità statistica nelle fasce d'età giovanile e in età lavorativa, interessata in misura minore ad un progressivo processo di invecchiamento rispetto alle altre aree regionali. La forma piramidale caratterizza l'area come

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



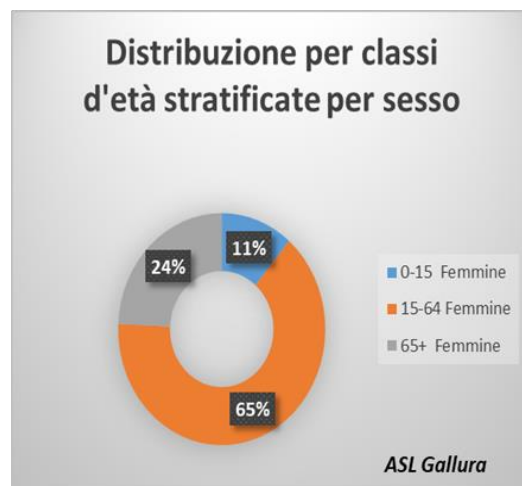
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)

Classi d'età	Totale
0-15	18.471
15-64	103.509
>65	36.189

11



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione	Indice di carico di figli per donna
195,9	52,8	154,7	163,3	15,1

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)

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

L'indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 195,9%, valore inferiore rispetto a quello regionale (241,8%), ma non a quello nazionale (187,6). Allo stesso modo, anche l'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, presenta un valore, pari al 52,8%, inferiore rispetto sia a quello regionale (57,2%) e a quello nazionale (57,5%). Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente. L'indice di struttura della popolazione, che, rapportando percentualmente il numero degli individui di età compresa tra 40 e 64 anni con quello di individui di età compresa tra i 15 e i 39, indica il grado di invecchiamento della popolazione, si attesta al 163,3%, ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più "vecchia" il che rappresenta un indubbio vantaggio in termini di dinamismo della popolazione. Infine, l'indice di ricambio, che rapporta la popolazione in procinto di uscire dall'età lavorativa (60-64 anni) su quella che è appena entrata a farne parte, è pari al 154,7%: tale valore, tipico delle popolazioni giovani, può però sottintendere un aumento della tendenza alla disoccupazione dei giovani in cerca di prima occupazione.

12

	Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda
ASL Gallura	195,9	52,8	154,7	163,3	15,1
Sardegna	241,8	57,2	177,2	163,4	14,4
Italia	187,6	57,5	141,4	143,2	17,9

Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2023)

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

La distribuzione della popolazione per Distretto è fortemente disomogenea; il Distretto più popoloso è il Distretto di Olbia dove è concentrato il 75% della popolazione, segue il Distretto di

Tempio Pausania con il 18% e il Distretto della Maddalena con il 7% del totale della popolazione residente.



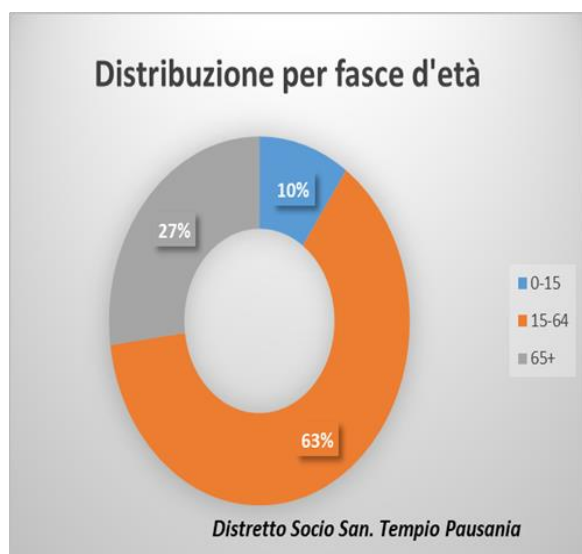
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)



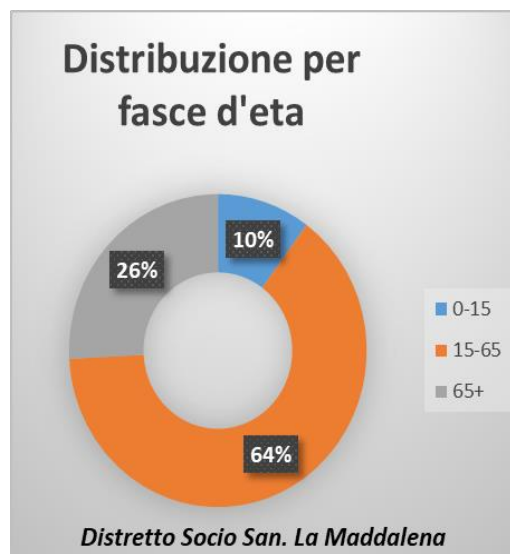
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)

Classi d'età	Totale
0-15	14.744
15-64	78.640
>65	25.627

13



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)

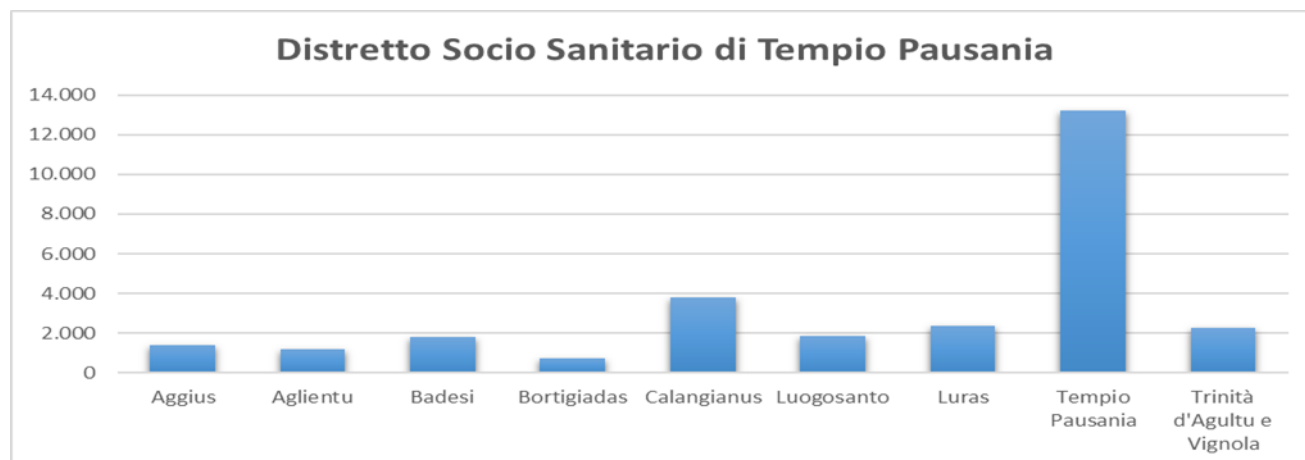
Tasso di natalità e di mortalità 2011-2020										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sardegna										
tasso di natalità	7,9	7,5	7,2	7,0	6,7	6,4	6,2	5,8	5,5	5,2
tasso di mortalità	9,1	9,4	9,2	9,4	10,0	9,8	10,3	10,0	10,5	11,7
Italia										
tasso di natalità	9,1	8,9	8,5	8,3	8,1	7,9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

Fonte dati: Sistema di nowcast per indicatori demografici

Il Distretto di Tempio Pausania

L'area di riferimento, prevalentemente interna si espone sul mare sul lato di nordovest, al lato nord-est confina con gli altri comuni della Provincia Gallura, mentre ai due lati a sud confina rispettivamente con la Provincia di Sassari e con la Provincia di Nuoro. La popolazione residente nel Distretto Socio Sanitario di Tempio Pausania è risultata, ultimi dati ISTAT del 2022, pari a **28.566 unità**, che rappresenta il 18% della popolazione.

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



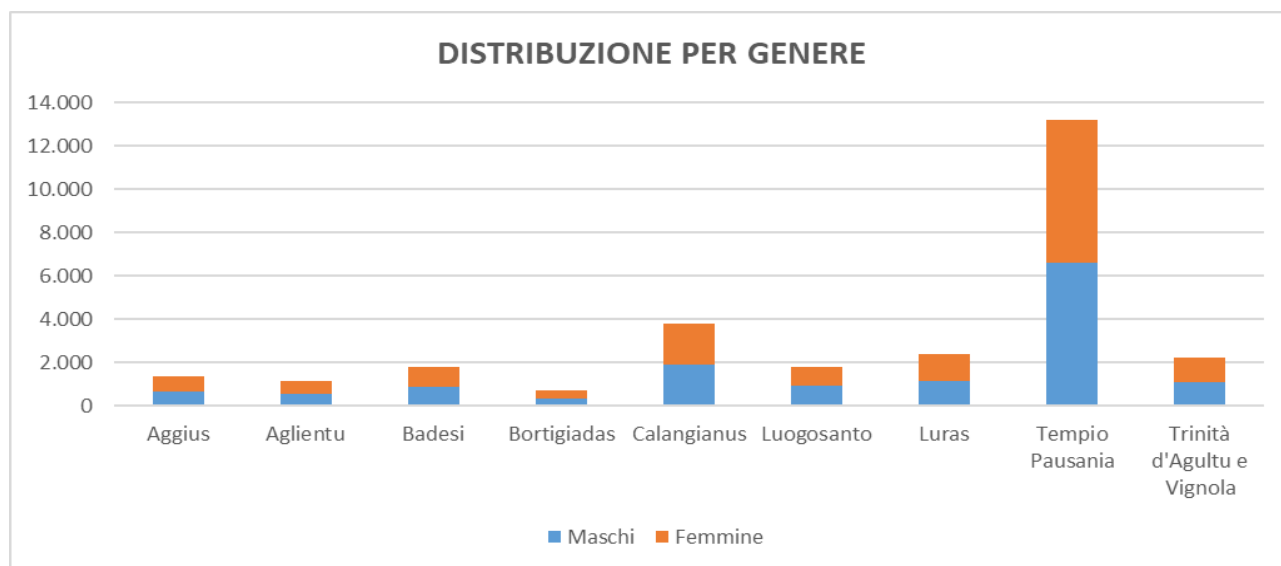
Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2023)

Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza Strutturale	Indice di Ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico per figli per donna
276,5	58,4	172,9	164,0	14,3

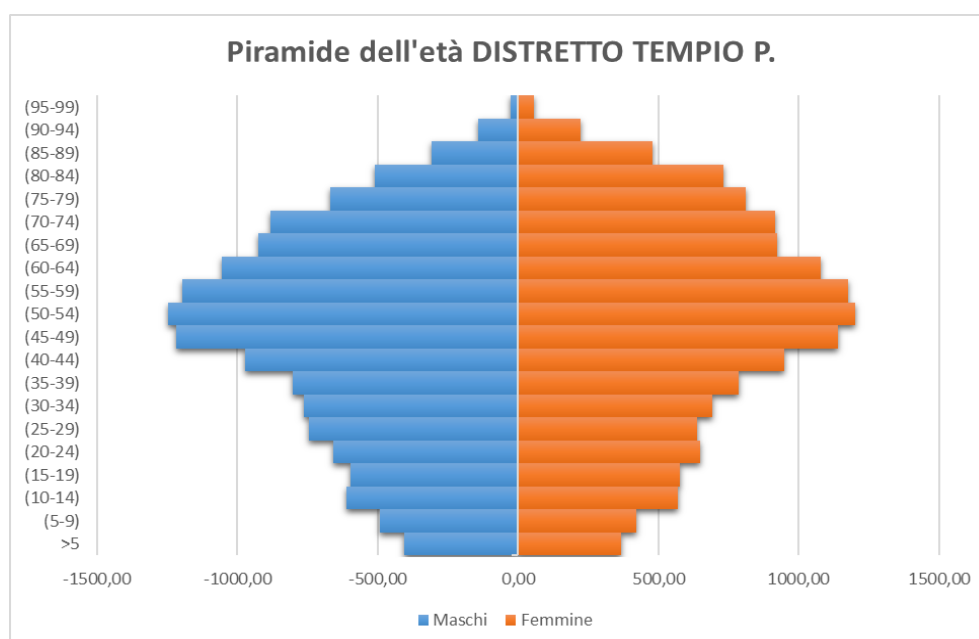
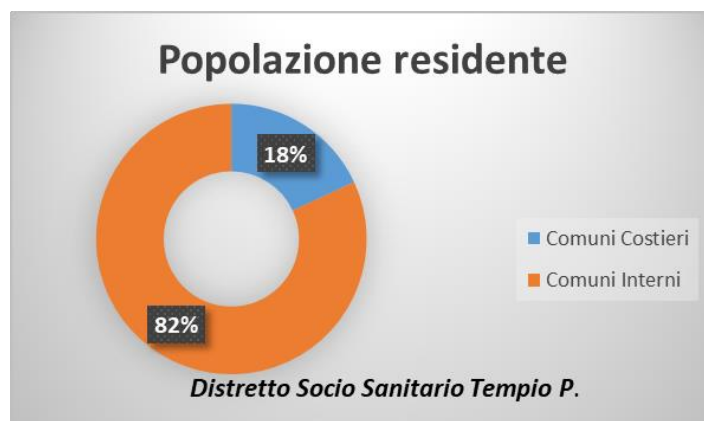
Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2023)

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

L'indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 276,5%, valore superiore sia a quello regionale (241,8%), che a quello nazionale (187,6). Allo stesso modo, anche l'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, che presenta un valore, pari al 58,4%, è superiore rispetto sia a quello regionale (57,2%) che a quello nazionale (57,5%). Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente. L'indice di struttura della popolazione, che, rapportando percentualmente il numero degli individui di età compresa tra 40 e 64 anni con quello di individui di età compresa tra i 15 e i 39, indica il grado di invecchiamento della popolazione, si attesta al 164,0%, ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più anziana (questo dato è però influenzato da una bassa numerosità delle classi d'età in esame). Infine, l'indice di ricambio, che rapporta la popolazione in procinto di uscire dall'età lavorativa (60-64 anni) su quella che è appena entrata a farne parte, è pari al 172,9%.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2023)



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2022)

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

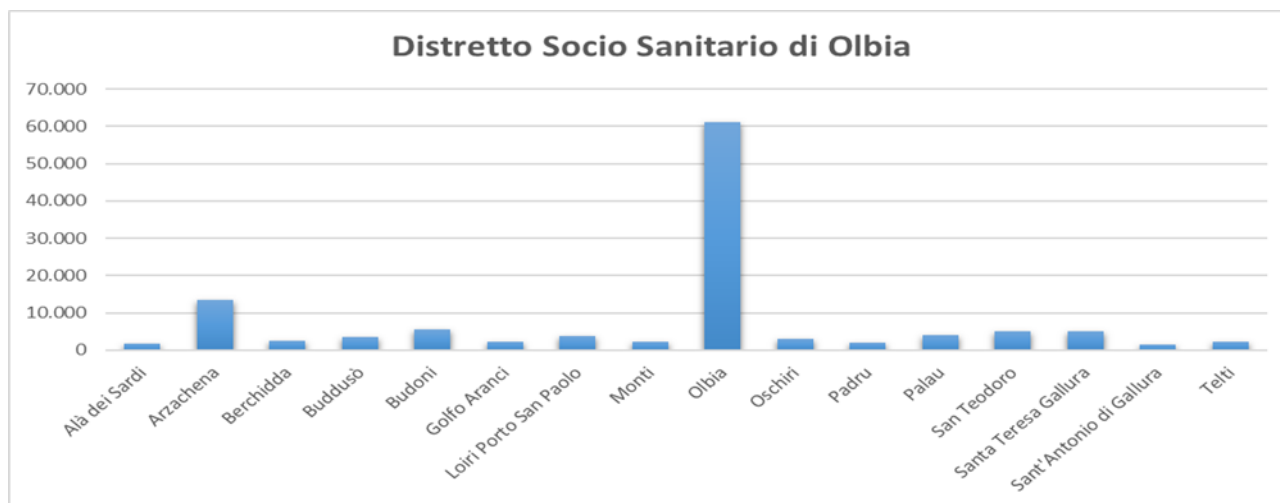
Risulta in aumento la quota costituita dalle classi più anziane che sta determinando un appesantimento della struttura per età della popolazione con evidente diversità per genere. Il distretto socio sanitario di Tempio Pausania conferma una bassa natalità e una tendenza all'invecchiamento. Il Distretto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

accessi impropri al pronto soccorso, a contenere i ricoveri inappropriati e a ridurre il consumo di prestazioni specialistiche non coerenti con i percorsi diagnostici terapeutici

Il Distretto di Olbia

L'area di riferimento comprende il versante Nord-Est della Gallura, e si estende a nord dai comuni che si affacciano sulle Bocche di Bonifacio e dall'Arcipelago della Maddalena, fino alla costa esposta a nord-est sul Mar Tirreno fino a Budoni. I versanti a nord e sud-ovest confinano con la Provincia di Sassari e con la Provincia di Nuoro e comprendono la parte settentrionale del Monte Acuto, una piccola parte della Baronia e il versante orientale del Lago del Coghinas.

La popolazione residente nel Distretto Socio Sanitario di Olbia è risultata pari a **119.011 unità**, che rappresenta **il 75%** della popolazione di riferimento della ASL Gallura. I dati ISTAT 2022 evidenziano una scarsa numerosità degli anziani nella popolazione residente ed una certa numerosità delle classi di età più giovane (fino a 35-39 anni). La percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, presenti nel Distretto è infatti del **22%**. Il Distretto di Olbia è relativamente più giovane con una tendenza che va consolidandosi ad assorbire residenti da altre aree della Sardegna ma anche dal resto d'Italia, si caratterizza infatti come territorio da una buona dinamicità demografica; fenomeno messo in evidenza sia da una costante natalità che da una numerosa presenza di immigrati extracomunitari.



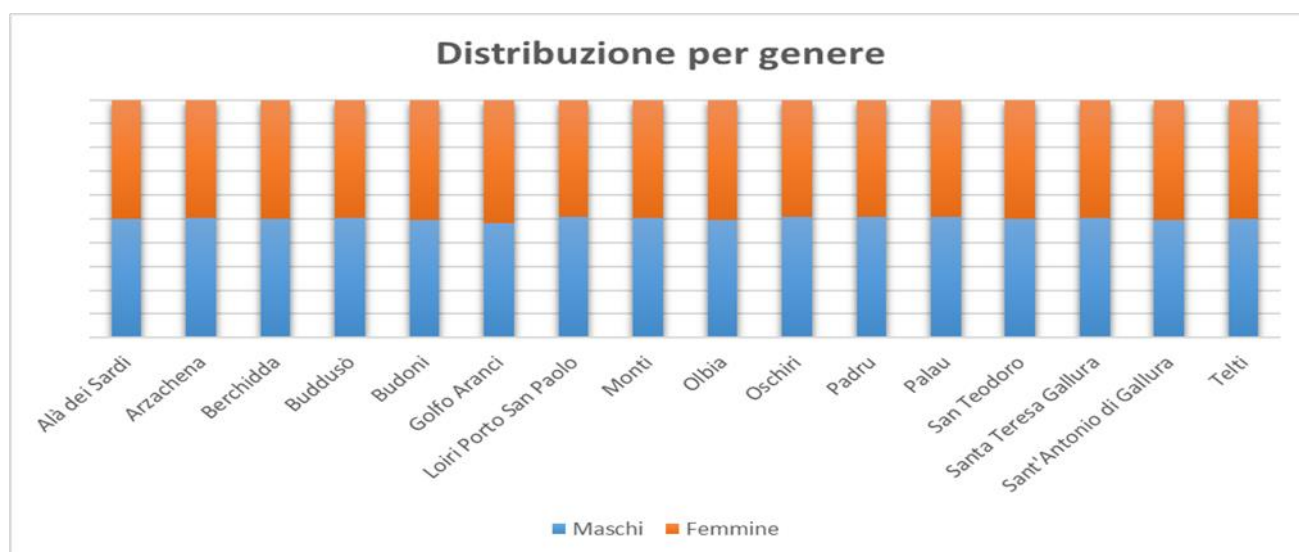
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)

L'indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 173,8%, valore inferiore sia a quello regionale (241,8%), che a quello nazionale (187,6). L'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, presenta un valore, pari al 51,3%, è inferiore rispetto sia a quello regionale (57,2%) e a quello nazionale (57,5%). L'indice di struttura della popolazione, che, rapportando percentualmente il numero degli individui di età compresa tra 40 e 64 anni con quello di individui di età compresa tra i 15 e

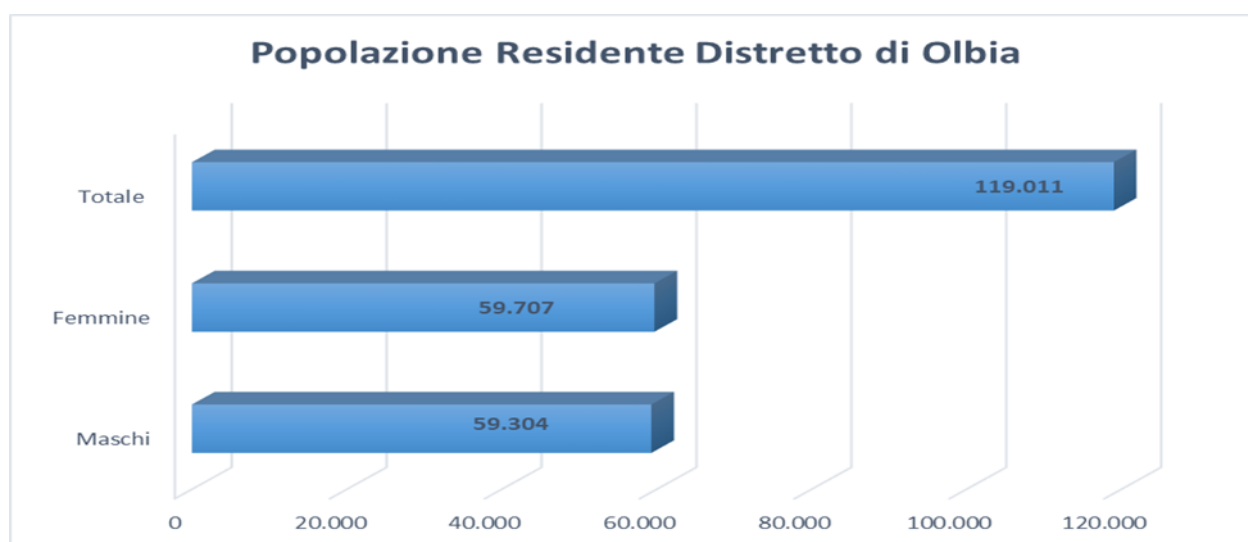
i 39, indica il grado di invecchiamento della popolazione, si attesta al 163,2%, ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più anziana.

Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza Strutturale	Indice di Ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico per figli per donna
173,8	51,3	151,8	163,2	15,5

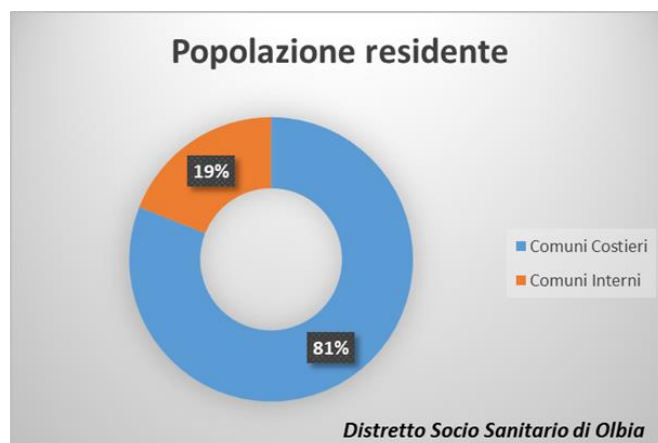
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)



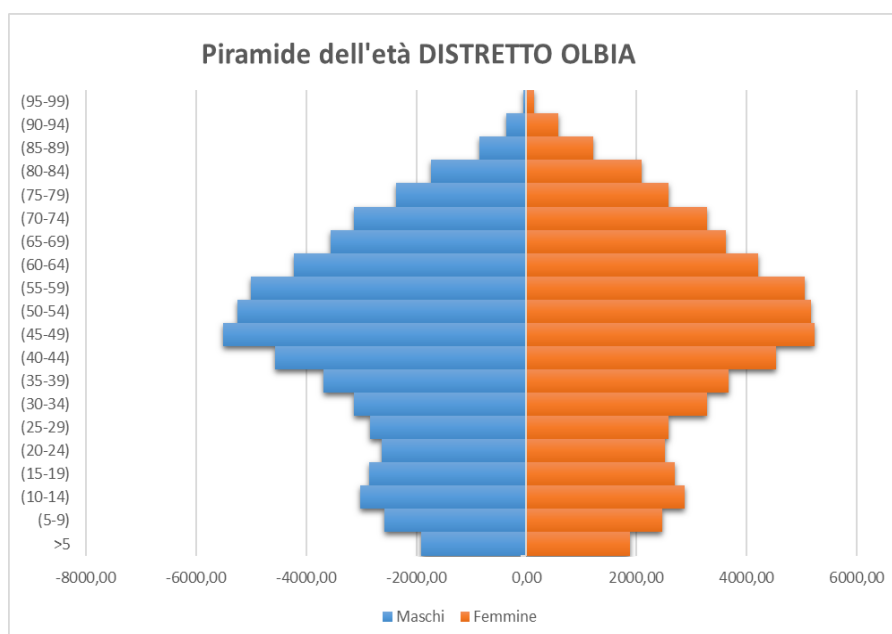
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)

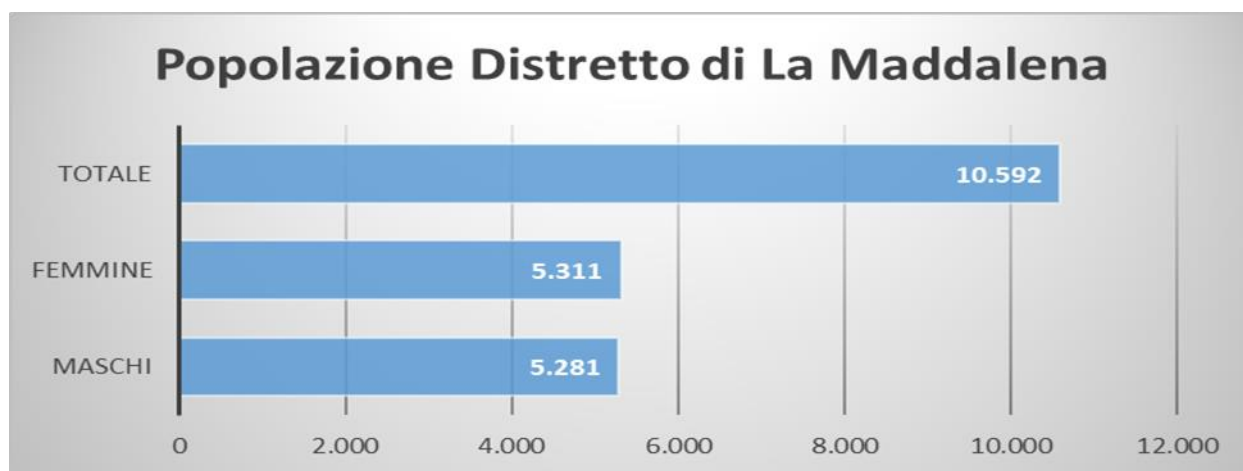
L'aspetto piramidale evidenzia una popolazione caratterizzata da una numerosità statistica nelle fasce d'età giovanile e in età lavorativa, interessata in misura minore ad un progressivo processo di invecchiamento rispetto alle altre aree socio sanitarie Regionali. La forma piramidale caratterizza l'area come un territorio ad alta dinamicità demografica, fenomeno confermato da un buon livello di natalità rispetto al contesto Regionale e da una numerosa presenza di immigrati extracomunitari. Rappresenta una struttura socio-demografica caratterizzata da rapidi mutamenti e da una pluralità di bisogni.

Il Distretto di La Maddalena

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

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

La Maddalena è una cittadina che attrae ogni anno nella stagione estiva un importante flusso turistico; è separata da quattro km di mare dalle coste della Sardegna alle quali è collegata da un traghetto che impiega circa 30 minuti per arrivare a Palau. La popolazione residente è di circa 10.592 abitanti.



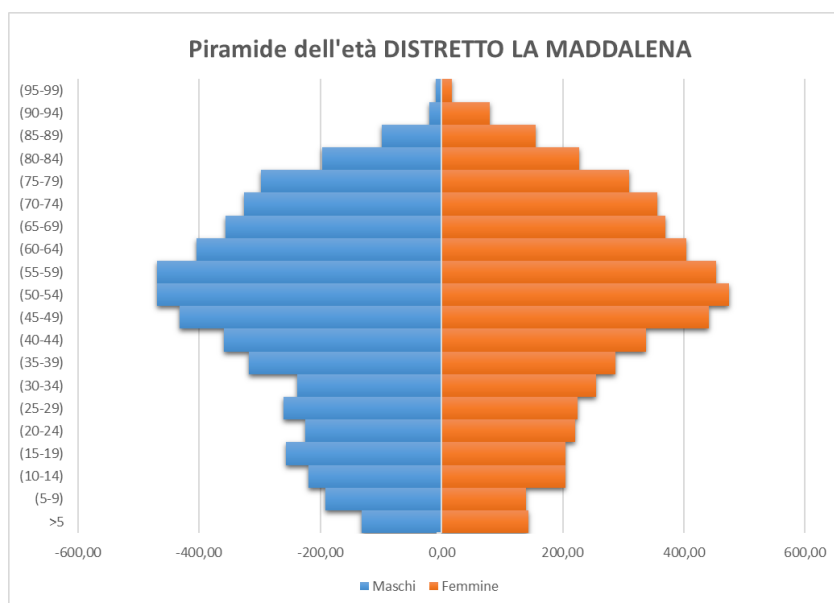
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)

La popolazione residente nel Distretto Socio Sanitario di La Maddalena è risultata pari a **10.592 unità**, che rappresenta il **7%** della popolazione della Azienda Sanitaria Gallura. La percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, è pari a 2.826 unità che rappresenta il **27%** della popolazione. La fascia d'età di popolazione tra i 15 e i 64 anni rappresenta il **63%** della popolazione.

Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza Strutturale	Indice di Ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico per figli per donna
273,8	57,3	174,9	170,4	14,0

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)

L'indice di vecchiaia della popolazione, risulta pari a 273,8 valore superiore sia a quello nazionale (187,6) che a quello regionale (241,8). L'indice di dipendenza strutturale, presenta un valore, pari al 56,8%, inferiore al valore nazionale e in linea con quello regionale (57,3%), ma questo dato è influenzato dalla bassa numerosità statistica delle classi d'età in esame. Questa osservazione si riscontra anche nella misurazione dei valori dell'indice di struttura della popolazione e per l'indice di ricambio della popolazione.



L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali. Le anomalie nella forma della piramide sono estremamente indicative e inducono alla ricerca delle cause che le hanno determinate. La bassa numerosità statistica delle classi d'età più giovani conferma la tendenza allo spopolamento (un modesto aumento dei flussi migratori in ingresso e una crescita dei flussi in uscita) dovuto a diversi fattori socio economici. La struttura della piramide conferma una tendenza all'invecchiamento della popolazione.

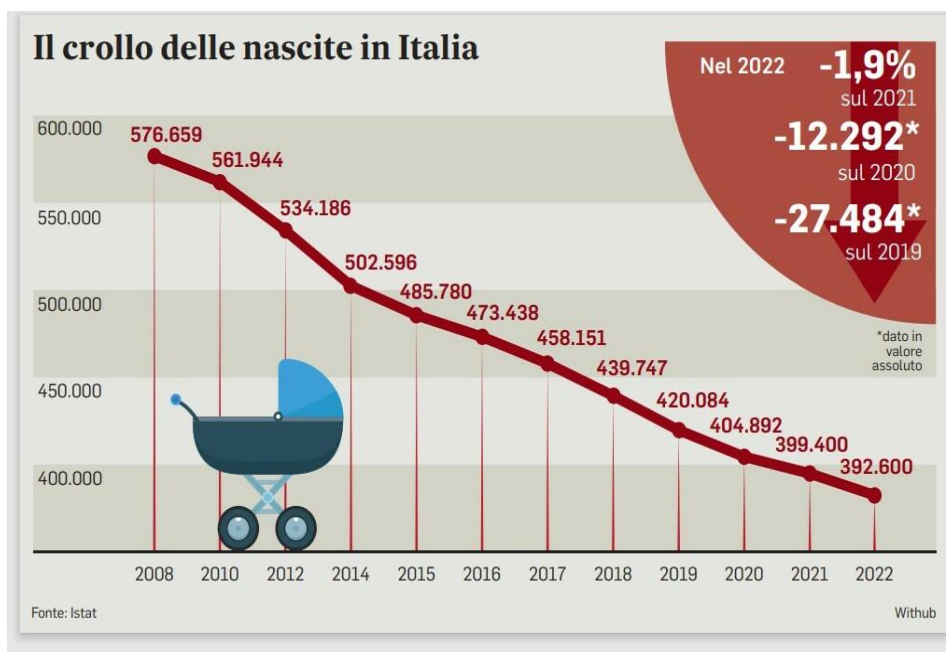


Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)

La natalità e il calo delle nascite

Dall'anno 2022 prosegue il calo delle nascite. Il fenomeno per l'80% dipende dal cosiddetto "effetto struttura", ovvero dalla minore numerosità e dalla composizione per età delle donne. Il restante 20 per cento è dovuto, invece, alla minore fecondità: da 1,27 figli in media per donna del 2019 a 1,24 del 2022. L'evoluzione di periodo del numero medio di figli per donna in Italia continua a essere fortemente condizionato dalla posticipazione della genitorialità verso età più avanzate, dovuto anche alla mancanza di politiche a sostegno della natalità.

22



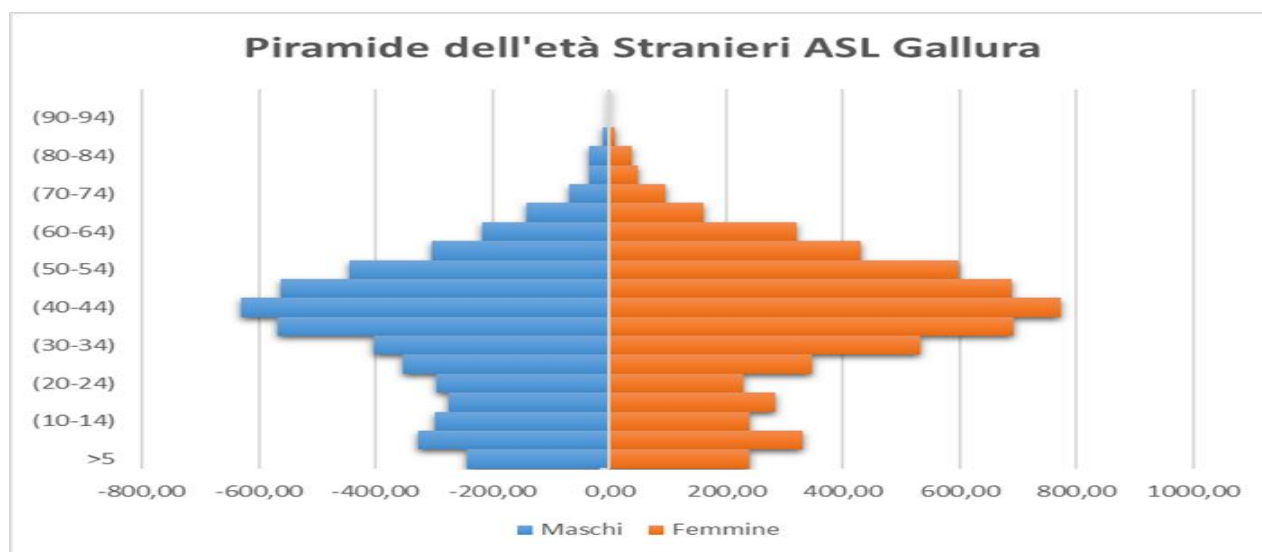
L'età media al parto per le donne residenti in Italia, aumentata di un anno dal 2010 al 2020, è stabile negli ultimi due anni e pari a 32,4 anni. Delle donne che hanno partorito nell'anno 2022 il 42,5% ha una scolarità medio alta, il 22,7% medio bassa e il 34,8% ha conseguito la laurea.

L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 58,6% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 24,7% sono casalinghe e il 14,5% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. I livelli più elevati di fecondità sono al Nord nelle Province Autonome di Trento e Bolzano (1,51) e nel Mezzogiorno in

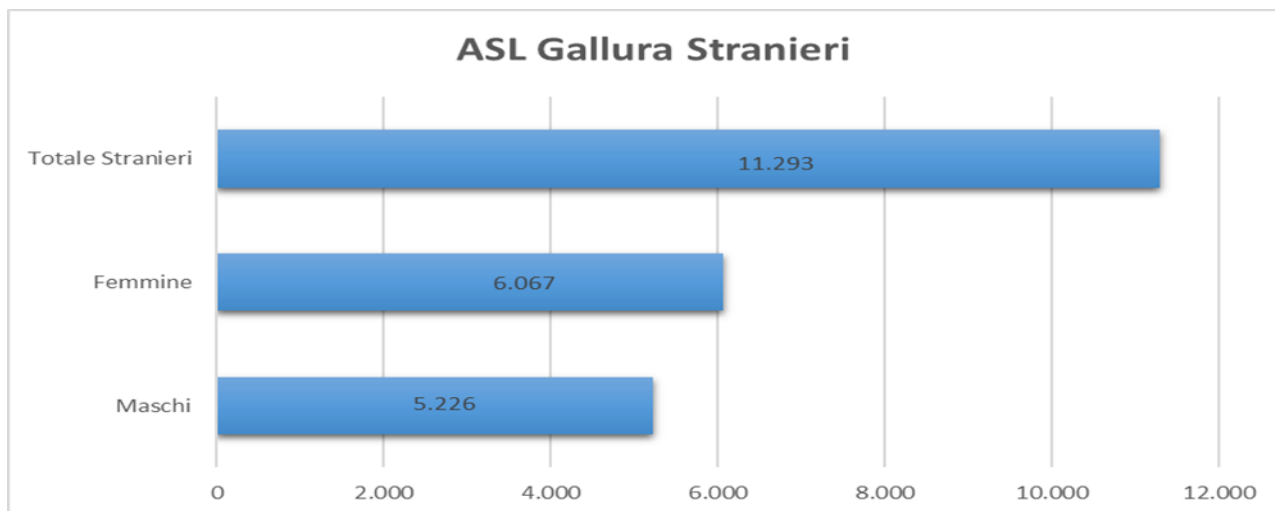
Campania (1,35) e Sicilia (1,33). Regioni con fecondità decisamente contenuta sono il Molise e la Basilicata, con un valore di 1,09 figli per donna. La Sardegna con un valore pari a 0,95, è per il terzo anno consecutivo l'unica regione con una fecondità al di sotto dell'unità. L'età media al parto è leggermente superiore nel Nord e nel Centro (32,6 e 32,9) rispetto al Mezzogiorno (32,1). Se l'immigrazione straniera ha permesso negli anni Duemila che il tasso di fecondità in Italia non crollasse, ora le nuove generazioni di stranieri seguono la tendenza del Paese e hanno smesso anche loro di fare tanti figli. Nel 2022, circa il 20,0% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (41,3%). Le aree geografiche di provenienza più rappresentate, sono quella dell'Africa (28,7%) e dell'Unione Europea (19,6%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana costituiscono rispettivamente il 19,3% e il 7,9% delle madri straniere. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (41,3%). Il 62,2% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui.

La componente straniera

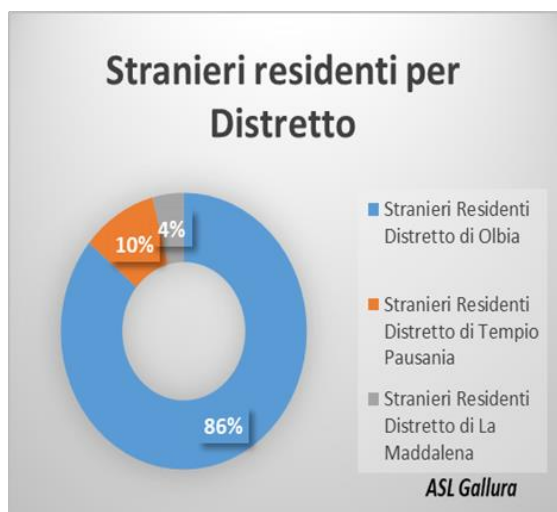
Osservando la piramide dell'età della popolazione straniera, si può notare una base allargata almeno nella fascia d'età 0-4 e 5-9 anni, che indica una fecondità alta, poi una diminuzione nell'età adolescenziale e post adolescenziale. Si osserva un ulteriore rigonfiamento nella età adulta: per la componente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



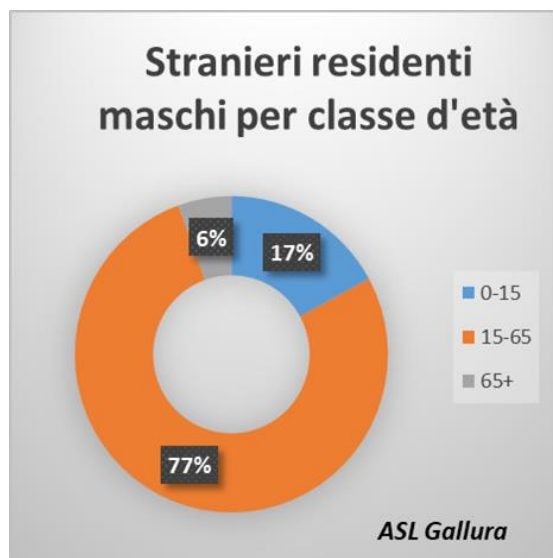
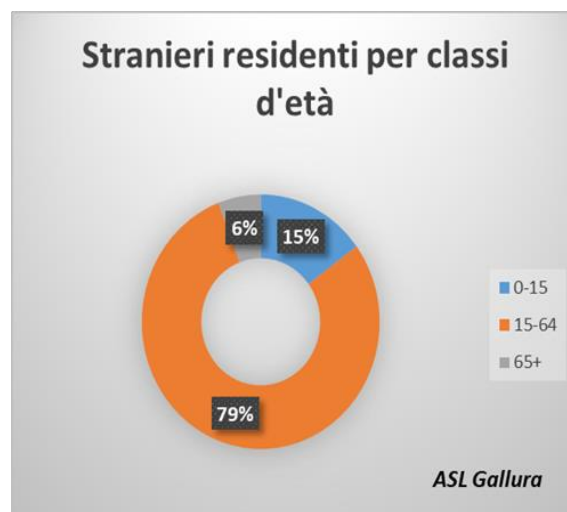
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)



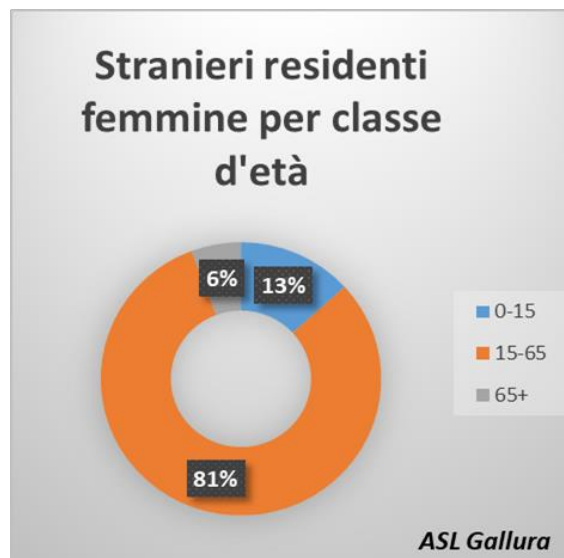
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2023)



I livelli di scolarità

La dispersione scolastica è fortemente condizionata dalle caratteristiche socio economiche della famiglia di origine. Per dispersione scolastica intendiamo il mancato, incompleto o irregolare percorso scolastico da parte dei giovani in età scolare. Rientrano in questa definizione l'abbandono scolastico, l'uscita precoce dal sistema formativo, l'assenteismo, la ripetenza e l'accumulo di lacune e ritardi nell'acquisizione di competenze che possono compromettere le prospettive di crescita personale, culturale e professionale degli individui.

Lo svantaggio dell'ambiente familiare sembra condizionare l'abbandono scolastico precoce dei giovani residenti più nelle regioni meridionali. Le quote di abbandoni tra i giovani con genitori di medio e alto livello di istruzione sono infatti piuttosto simili al Nord e nel Mezzogiorno mentre si registrano ampie differenze nel caso di genitori con al massimo la licenza media. Il divario territoriale nei livelli di istruzione è indipendente dal genere, sebbene più marcato per la componente femminile. Il tasso di abbandono scolastico in Italia è del 12,7% con picchi in Sicilia (21,1%), Puglia (17,6), Campania (16,4%) e Calabria (14%). Secondo i dati INVALSI, la percentuale di studenti che non raggiunge livelli adeguati di lettura e comprensione del testo è passata dal 34% del 2018 al 39% del 2022. In matematica tale quota è passata dal 39% al 44%. I risultati si fanno ancora più preoccupanti se guardiamo alle differenziazioni regionali: tra le regioni del Sud e del Nord troviamo un distacco di ben 10 punti percentuali.

25

Sinteticamente, il fenomeno della dispersione scolastica riguarda soprattutto:

- principalmente i maschi nella fascia di età 14-15 anni;
- gli studenti delle regioni meridionali: sebbene il fenomeno sia in calo, il divario fra Nord e Sud continua a presentare livelli preoccupanti;
- gli alunni stranieri nati all'estero (in maggiore difficoltà rispetto ai nati in Italia);
- il periodo di passaggio tra le medie e le superiori, che rappresenta ad oggi il momento più "critico" si concentra soprattutto in alcuni istituti: il tasso di dispersione scolastica più contenuto si registra nei licei (1,8%), seguiti dagli istituti tecnici (4,3%) e dagli istituti professionali (7,7%).

In Sardegna, nel 2022, circa il 9,7% degli studenti con un diploma superiore si ritrova in condizioni di dispersione "implicita", cioè senza le competenze minime necessarie per entrare nel mondo del lavoro o dell'Università. Nell'Isola il 13,2% dei minori non arriva neanche al diploma delle superiori in quanto abbandona precocemente gli studi.

Il dato sui **NEET** (né occupati né inseriti in un percorso di istruzione o di formazione), a fronte di una media nazionale del 23,1%, in Sardegna raggiunge il 23,6%. Oltre 10 punti sopra la media UE. Per fronteggiare questo problema servono maggiori investimenti sull'edilizia

scolastica, per una scuola a tempo pieno con mensa e palestre. Già nel 2021 la povertà assoluta riguardava 1 milione e 382mila minori nel nostro Paese, il 14,2%, in crescita rispetto al 2020 (13,5%). Le conseguenze della crisi energetica e l'inflazione a livelli record hanno un impatto maggiore sulle famiglie meno abbienti e con minore capacità di spesa (+9,8% contro il +6,1% delle famiglie con livelli di spesa più elevati).

Sono evidenti e preoccupanti le correlazioni tra disuguaglianze di offerta sui territori ed esiti scolastici. In questo quadro la Sardegna presenta forti deficit rispetto a tutti gli indicatori: nelle province dove l'indice di "dispersione implicita" è più basso, le scuole primarie hanno assicurato ai bambini maggior offerta di tempo pieno (frequentato dal 31,5% degli studenti contro il 24,9% nelle province ad alta dispersione), maggior numero di mense scolastiche (il 25,9% contro il 18,8%), di palestre (42,4% contro 29%) dotate di certificato di agibilità (47,9% contro 25,3%). Con un'offerta adeguata di spazi e tempi educativi si può contribuire efficacemente a ridurre le disuguaglianze educative territoriali. Occorre un investimento straordinario che preveda vere e proprie zone specifiche ad alta densità educativa nei territori più disagiati.

La lotta alla dispersione scolastica è di fondamentale importanza per costruire una società più equa. Una delle prime azioni di contrasto e prevenzione, è garantire uguali condizioni di partenza a tutti i bambini e bambine, ricordandoci che la povertà educativa si riflette sui livelli di benessere sociale, economico e psicologico di ciascuno di noi.

Il mercato del lavoro

L'andamento del mercato del lavoro in Sardegna negli ultimi anni ha subito notevoli ripercussioni dovute alla pandemia. Dopo un periodo di forti contrazioni, la ripresa è stata decisa, specie nel 2021, per poi arrestarsi nel 2022. Il primo semestre dell'anno evidenzia un miglioramento del mercato del lavoro, rispetto allo stesso periodo del 2022. Ad influire positivamente è l'occupazione femminile, che migliora al punto da compensare il risultato del lavoro maschile. In particolare, in base ai dati elaborati dall'Ufficio di Statistica della Regione nell'isola si registra un aumento della forza lavoro che passa da 628 mila del primo trimestre 2022 a 636,3 mila del primo trimestre 2023, con una variazione dell'1,3%. Il dato è trainato interamente dall'aumento della forza lavoro femminile, mentre quella maschile resta sostanzialmente immutata. L'ingresso di nuova forza lavoro nel mercato è un segnale positivo perché coincide con una diminuzione degli inattivi. In questo senso, in Sardegna il tasso di inattivi passa da 39% a 38,1%, ancora distante rispetto alla performance nazionale ma comunque in miglioramento. Nello specifico ci si riferisce a coloro che tipicamente restano fuori dal mercato del lavoro o perché scoraggiati o perché giovani inattivi, non occupati, che non studiano e non seguono corsi di formazione (NEET). Per quanto riguarda la disoccupazione, i disoccupati nell'isola diminuiscono del 5,2%, passando da 81,6 mila del primo

trimestre 2022 a 77,4 mila del primo trimestre 2023. Le dinamiche maschile e femminile sono però di segno opposto.

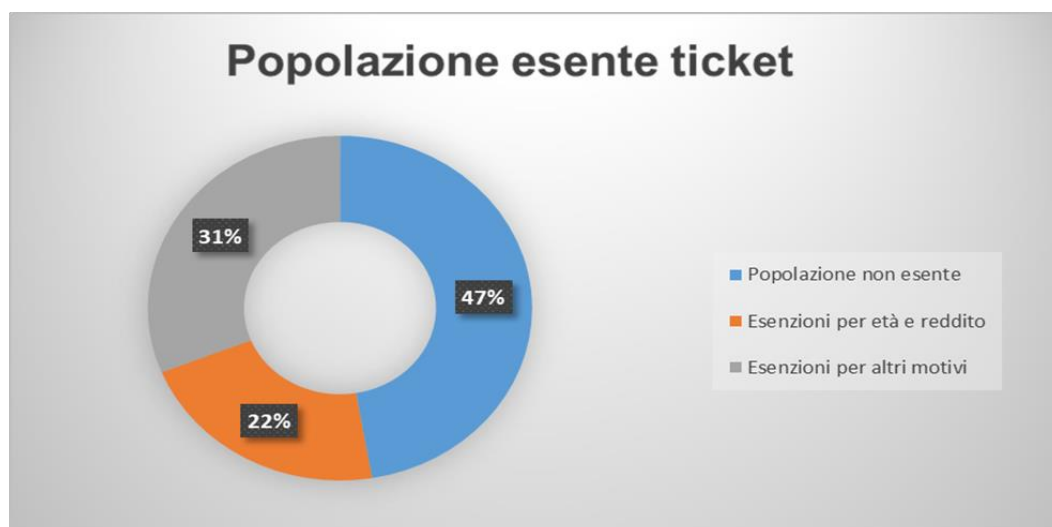
L'occupazione in Sardegna cresce da 546,4 mila del primo trimestre 2022 a 558,9 mila del primo trimestre 2023, con una variazione percentuale complessiva del +2,3%. Anche in questo caso è grazie alla componente femminile (+9,0%) che nell'isola si registra una dinamica positiva, mentre la componente maschile segna il passo con un -2,6%. Rispetto al Mezzogiorno la crescita degli occupati in Sardegna è inferiore a quella registrata nel Mezzogiorno (+3,1%) e in linea con quella nazionale (+2,3%). La crescita della componente femminile (da 44,9% a 49,2%) porta a un aumento del tasso di occupazione complessivo della Sardegna da 52,9% a 54,3% (il tasso di occupazione maschile registra un calo, passando da 60,8% a 59,3%).

Popolazione esente ticket

L'applicazione di un ticket corretto con esenzioni mirate e calibrate favorisce il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza, con effetti positivi in termini di equità, e una certa possibilità di espansione della gamma delle prestazioni rientranti nella copertura pubblica di base, consentendo al sistema sanitario nazionale di adattarsi all'evoluzione dei bisogni di salute e delle innovazioni in campo biomedico.

Per quanto riguarda i nostri assistiti, il totale delle esenzioni è pari al 53% della popolazione, di cui il 22% per età e per reddito e il 31% per altri motivi. È evidente il ricorso alle esenzioni per ridurre l'impatto negativo del ticket sull'accesso ai servizi essenziali per le persone con elevato rischio di salute e con ridotta capacità economica.

27



Fonte Dati: Quadro H FLS.11

ASL	Popolazione Residente	Totale esenzioni	Esenzioni ticket per età e reddito	Esenzioni ticket per altri motivi
Gallura	158.169	83.331	34.167	49.164

Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2022 (31.01.2023)

D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria

L'art. 3, comma 1-bis, del decreto legislativo n. 502/1992, recante *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"* prevede che, in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le aziende socio sanitarie locali disciplinano l'organizzazione ed il funzionamento con l'adozione di un atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti dalle disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica. L'organizzazione aziendale della ASL GALLURA è caratterizzata dalle componenti strutturali previste dall'atto aziendale adottato in via preliminare, con delibera del Direttore Generale n. 403 del 18.11.2022; successivamente con delibera del Direttore Generale n. 44 del 27.01.2023 l'atto aziendale è stato integrato con le osservazioni richieste dalla Regione Sardegna con la DGR 1/1 del 03.01.2023;

infine la RAS con DGR 4/65 del 16.02.2023 *"Atto aziendale dell'Azienda socio-sanitaria locale della Gallura. Esito verifica di conformità ai sensi dell'art. 16, comma 2, L.R. 11.9.2020, n. 24"*, ha dichiarato conforme, ai sensi dell'art. 16, comma 2, della L.R. 11 settembre 2020, n. 24, l'atto aziendale definitivo approvato dall'Azienda socio-sanitaria locale n. 2 della Gallura, con la deliberazione n. 44 del 27.1.2023, e con delibera del Direttore Generale n. 94 del 24.02.2023 l'Atto Aziendale dell'ASL n. 2 della Gallura è stato adottato in via definitiva.

L'atto aziendale individua in particolare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e disciplina l'organizzazione dell'ASL secondo il modello dipartimentale e i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto socio-sanitario;

Il dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa a livello aziendale quale struttura sovraordinata e di coordinamento, di orientamento, di consulenza, di supervisione, di governo unitario dell'offerta e di gestione integrata delle risorse assegnate alle strutture in esso aggregate, essendo costituito da articolazioni aziendali che svolgono processi comuni, simili o affini, omogenei o complementari, per i profili tecnici e disciplinari o processi che richiedono un coordinamento unitario delle funzioni attribuite alle unità operative afferenti, ovvero una tensione specifica al conseguimento di un comune risultato, per strategicità rispetto al governo dell'Azienda o di un'area assistenziale e/o organizzativa.

I Dipartimenti strutturali sono costituiti dall'aggregazione di più strutture complesse e di strutture semplici dipartimentali; sono dotati di autonomia tecnico-professionale nonché possono essere dotati, di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti, e di apposito budget, assegnato dal Direttore Generale, la cui gestione è affidata al Direttore di Dipartimento; sono finalizzati a migliorare l'efficiente utilizzo delle risorse, in particolare di quelle professionali, e l'efficacia dei servizi e delle prestazioni.

L'ASL GALLURA attraverso il modello dipartimentale, intende perseguire, per quanto più possibile, l'aggregazione di compiti, processi e percorsi al fine di razionalizzare le risorse, di realizzare economie di apprendimento o di esperienza, di scala e di gestione, e di migliorare la qualità delle prestazioni in coesione multiprofessionale; ciò, inoltre, al fine di perseguire il massimo coordinamento di processi unitari o omogenei che interessano più presidi ospedalieri, più dipartimenti, più distretti e, contestualmente, ospedale e territorio.

D.1 Organigramma

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

Il modello organizzativo delineato evidenzia la:

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

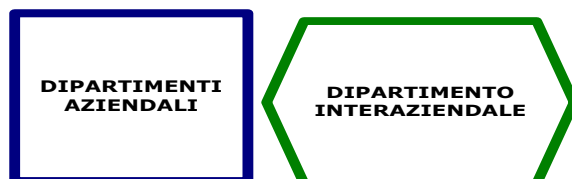
stretto supporto che concorrono direttamente alla produzione ed erogazione dei detti servizi e prestazioni.

Di seguito la legenda dell'Assetto Organizzativo dell'ASL GALLURA:

➤ **Direzione, Organi e Organismi sono così rappresentati:**



➤ **Macro-articolazioni:**



➤ **Articolazioni:**

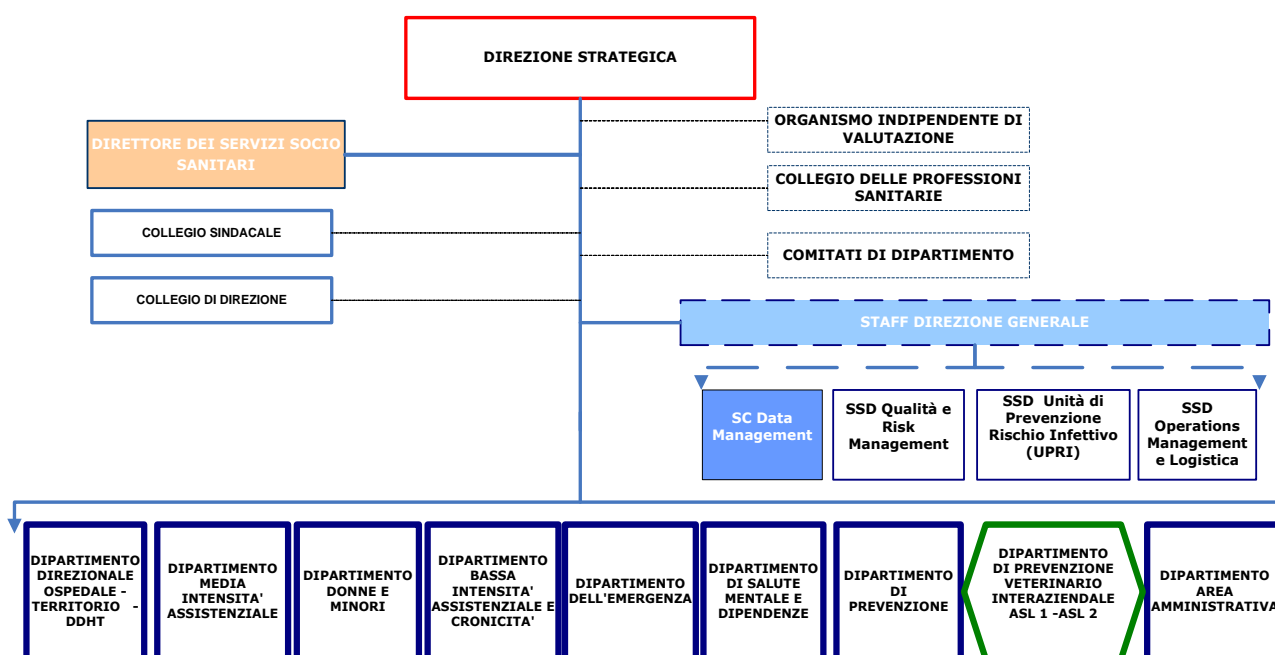


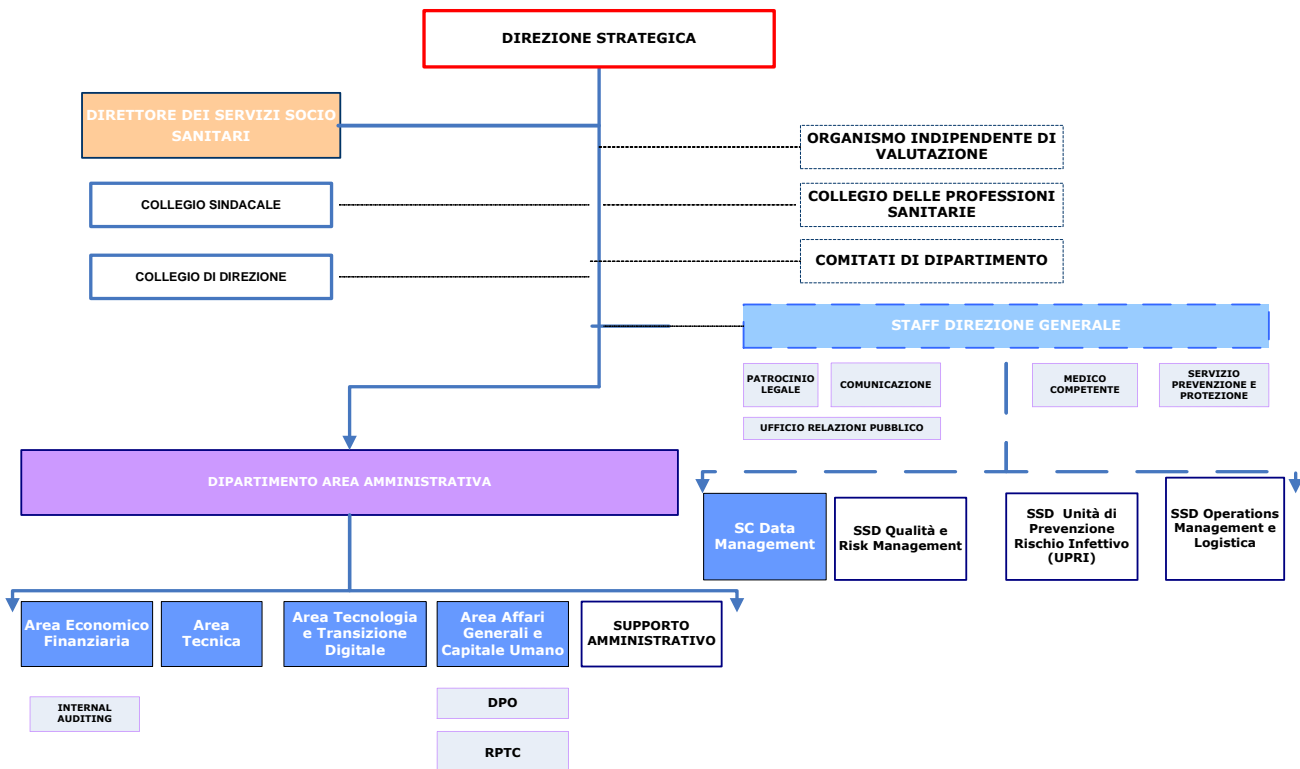
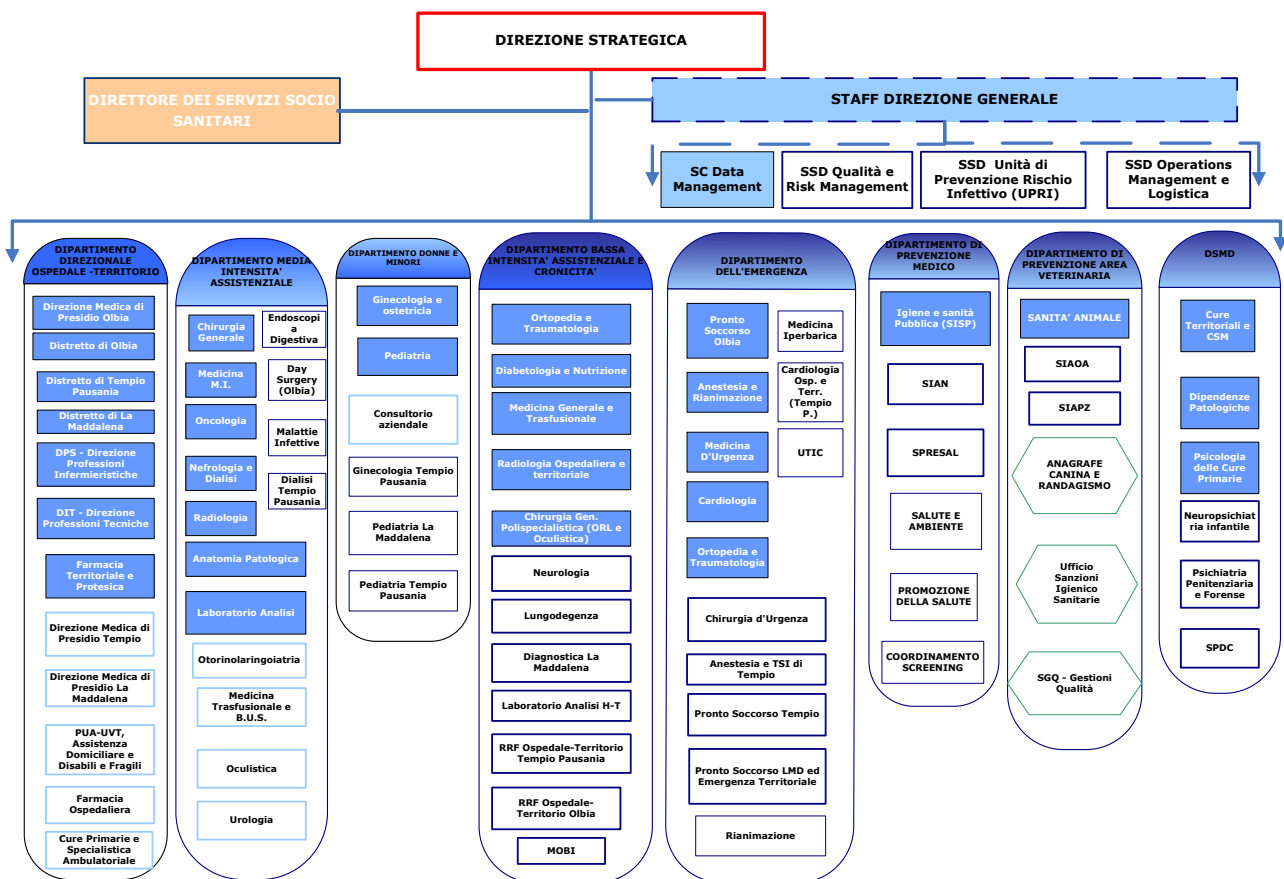
➤ **Relazioni:**

Dipendenza gerarchica —————

Coordinamento - - - - -

30





Con riferimento all'organizzazione delineata dal nuovo atto aziendale, il Direttore Generale con delibera n°114 del 03.03.2023 ha attivato in via **provvisoria e temporanea** i seguenti Dipartimenti aziendali:

DENOMINAZIONE DIPARTIMENTO	INCARICO PROVVISORIO DIRETTORE/COORDINATORE DIPARTIMENTO
Dipartimento Direzionale Ospedale Territorio - DDHT;	Dott.ssa Anna Maria Sanna
Dipartimento patologia acuta di Media intensità - DMI;	Dott. Luigi Presenti
Dipartimento per Donne e Minori - DDM;	Dott. Peppi Giangavino
Dipartimento di Bassa Intensità Assistenziale e cronicità - DBIA;	Dott. Giancarlo Tonolo
Dipartimento di Emergenza Clinica - DE;	Dott. Sebastiano Cudoni
Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze - DSMD;	Dott. Salvatore Carai
Dipartimento One Health della Prevenzione	Dott.ssa Rosalia Ragaglia
Dipartimento tecnico amministrativo	Ing. Paolo Tauro

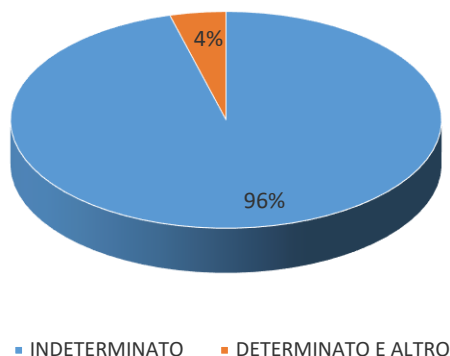
L'attivazione si è resa necessaria per presidiare le funzioni sanitarie e amministrative di competenza dell'ASL GALLURA, nelle more dell'adozione dei regolamenti per l'organizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti aziendali e dei regolamenti di conferimento e graduazione degli incarichi dirigenziali per l'Area contrattuale della Dirigenza dell'Area Sanità e dell'Area PTA.

Le risorse umane

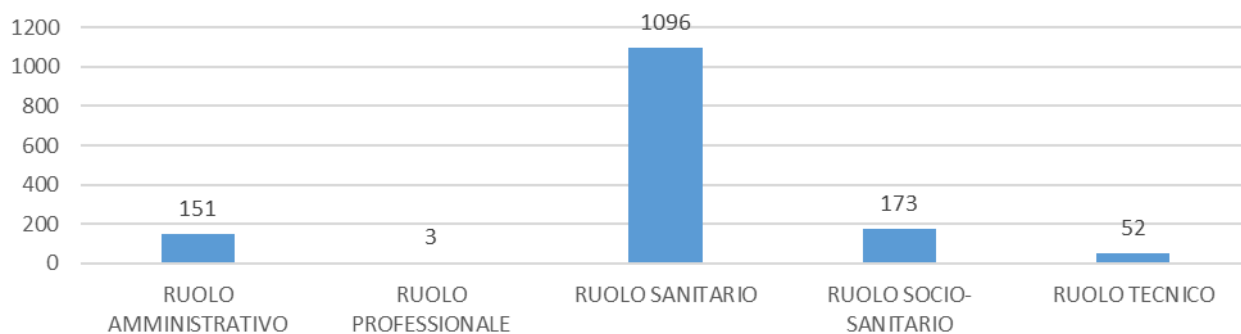
L'organico attuale rappresenta l'elemento fondamentale, caratterizzante e distintivo dell'Azienda socio-sanitaria n.2 della Gallura nel perseguimento della missione aziendale. Di seguito l'organico dell'azienda suddiviso per Ruolo e per tipologia contrattuale.

PERSONALE ASL GALLURA AL 15.08.2023			
RUOLO	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO E ALTRO	TOTALE
RUOLO AMMINISTRATIVO	129	22	151
RUOLO PROFESSIONALE	2	1	3
RUOLO SANITARIO	1.064	32	1096
RUOLO SOCIO-SANITARIO	169	4	173
RUOLO TECNICO	49	3	52
TOTALE	1.413	62	1.475

PERSONALE PER TIPOLOGIA CONTRATTUALE



PERSONALE PER RUOLO



La tabella seguente riporta la distribuzione del Personale pari a n° 1475 teste suddiviso per macro-area, ruolo e contratto al 15/08/2023:

MACRO-AREA	RUOLO	COMPARTO	DIRIGENZA	TOTALE
STAFF E AREA AMMINISTRATIVA	RUOLO AMMINISTRATIVO	46	5	51
	RUOLO PROFESSIONALE	1	2	3
	RUOLO SANITARIO	11	2	13
	RUOLO TECNICO	18		18
STAFF E AREA AMMINISTRATIVA Totale		76	9	85
AREA OSPEDALIERA	RUOLO AMMINISTRATIVO	24	0	24
	RUOLO SANITARIO	528	259	787
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	153	0	153
	RUOLO TECNICO	27	0	27
AREA OSPEDALIERA- Totale		732	259	991
AREA DISTRETTUALE	RUOLO AMMINISTRATIVO	55	1	56
	RUOLO SANITARIO	87	30	117
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	9		9
	RUOLO TECNICO	4		4
AREA DISTRETTUALE- Totale		155	31	186

MACRO-AREA	RUOLO	COMPARTO	DIRIGENZA	TOTALE
AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	RUOLO SANITARIO	50	28	78
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	10		10
	RUOLO TECNICO	2		2
AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE Totale		62	28	90
AREA DELLA PREVENZIONE	RUOLO AMMINISTRATIVO	20		20
	RUOLO SANITARIO	51	50	101
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	1		1
	RUOLO TECNICO	1		1
AREA DELLA PREVENZIONE Totale		73	50	123
Totale complessivo		1.098	377	1.475

Parte II –La programmazione sanitaria triennale

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

La Missione 6 Salute si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale i cui interventi sono finalizzati a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali come le *Case della Comunità* e gli *Ospedali di Comunità*, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale le cui misure sono finalizzate al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del fascicolo

sanitario elettronico, a migliorare la capacità erogazione e monitoraggio dei Livelli essenziali di Assistenza attraverso efficaci sistemi informativi.

A. Indirizzi strategici aziendali per livello di assistenza

A.1 Area della Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica

1. Indirizzi regionali e nazionali in materia

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

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

2. Offerta di prestazioni e servizio sul territorio

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

IGIENE PUBBLICA

Medicina legale		Visite Necroscopiche	Certifica to Idoneità fisica alla guida	Certific ati idoneità fisica alla guida di natanti	Certificato idoneità fisica per detenzione/ uso di armi	Certific ati di adozion e minori	Certificato ròascop/ rinn ovo parcheggio riservato	Certifica to esenzio ne uso cinture di sicurez za	Certificato idoneità fisica addetti sicurezza locali di intrattenime nto	Certifica to idoneità fisica conduce nti NCC	Attività di estumulazio ne e riduzione cadaverica
ASL GALLU RA	202 2	850	338	37	312	5	116	1	0	3	31
	202 1	572	1105	213	392	8	150	3	2	15	84
	Delt a	48,60%	69,41%	82,63%	-20,41%	37,50%	-22,67%	66,67%	-100,00%	-80,00%	-63,10%

Vigilanza luoghi di vita		Sopralluoghi igienici sanitari Vigilanza	Pareri Commissione di Vigilanza Pubblico Spettacolo	Sopralluoghi vigilanza impianti sportivi/natatori	Indagine epidemiologica per malattie infettive	sopralluoghi case di riposo	Sopralluoghi case di riposo e CAM	Verifica pratiche edilizie Duaap: istruttoria/p areri	campionamenti legionella	Sorveglianza Sanitaria Passi e Passi D'Argento	Registrazioni schede Rencam
ASL GALLURA	2022	57	12	6	32	6	3	199	16	229	1532
	2021	74	0	0	24	0	0	107	22	0	1414
	Delta	-22,97%	0%	0,00%	33,33%	0%	0%	85,98%	-27,27%	0%	8,35%

SIAN

AREA SICUREZZA ALIMENTARE			
Ispezioni e Verifiche	2023	2022	OLBIA
			(Delta %)
Alimenti	95	210	-55%
Acque di destinazione al consumo umano	385	1100	-65%
Prodotti fitosanitari IMPIEGO (controlli all'utilizzo nella produzione primaria)	0	0	
Prodotti fitosanitari COMMERCIO (controlli alla commercializzazione/rivendita/importazione)	0	0	
Valutazione per il rilascio delle abilitazioni alla vendita di fitosanitari (certificazioni CAV)	3	2	50%
Valutazione per il rilascio delle abilitazioni all'acquisto e all'utilizzo dei fitosanitari	19	70	-73%
Certificati di export	5	5	0%
Ispettorato micologico	23	158	-85%
Infezioni - intossicazioni e tossinfezioni alimentari (MTA)	0	0	

Campionamenti e Controlli	2023	2022	OLBIA
			(Delta %)
Alimenti (farine, frutta, bevande, preparazioni Gastronomiche)	27	82	-67%
Acque destinate al consumo umano***	31	48	-35%

AREA SICUREZZA NUTRIZIONALE		
Area sicurezza nutrizionale	Anno 2023	Anno 2022
Tabelle dietetiche	10	19
Diete speciali	1	8
Controllo qualità nutrizione pasti	0	0
Consulenza capitolato d'appalto per mense collettive	0	0
Pareri per convenzione prodotti dietetici	1	4

SPRESAL

ASL	PERIODO	LAVORATORI CONTROLLATI	LAVORATORI CONTROLL. APPR. O MINORI	INDAGINI PER INFORTUNI	INDAGINI PER MALATTIE	AZIENDE INTERESSATE	AZIENDE CON INTERVENTI DI VIGILANZA
Olbia	2023	4	0	18	1	247	247
	2022	15	0	37	107	466	466
	Δ	-73%		-51%	-99%	-47%	-47%

Attività di Vigilanza						
	Programmati		Esaminati		Sanzionati	
	2023	2022	2023	2022	2023	2022
Edilizia: Numero cantieri ispezionati	175	175	102	206	9	14
Edilizia: Numero aziende da ispezionare, comprese ispezione cantieri di amianto	260	200	152	236	9	14
Agricoltura: numero aziende controllate	40	45	13	45	0	0

Attività di Vigilanza						
	Programmati		Esaminati		Sanzionati	
	2023	2022	2023	2022	2023	2022
Comparto portuale, marittimo e della pesca: numero ispezioni autorità portuale Nord Sardegna	8	10	6	10	0	2

Attività di Vigilanza						
ASL	Programmati		Esaminati		Sanzionati	
	2023	2022	2023	2022	2023	2022
N° complessivo di cantieri edili ispezionati	175	175	102	206	9	14
N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione in Edilizia	260	200	152	236	9	14
N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione in Agricoltura	40	45	13	45	0	0
N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione in Altri Comparti	158	221	82	236	9	19
Numero di aziende totali con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	458	466	247	517	18	33

SCREENING

ASSL	Anno	Attività	Screening Cervice Uterina	Screening Mammografico	Screening Colon Retto
OLBIA	2022 al 31 dicembre	Inviti al 1° livello	3451	0	6.564
		Adesioni	2050	0	1383

ASSL	Anno	Attività	Screening Cervice Uterina	Screening Mammografico	Screening Colon Retto
		Tasso di adesione	59,40%	0,00%	21,00%
	2023 al 30 giugno	Inviti al 1° livello	6.110	0	8.244
		Adesioni	2.584	0	1.664
		Tasso di adesione	42,30%	0,00%	20,10%
	Delta	Tasso di adesione	-17,10%	0,00%	-0,90%

SALUTE E AMBIENTE

Vigilanza Rischio Amianto (SPreSAL)	2022	2023
N. Segnalazioni pervenute	0	0
N. Sopralluoghi effettuati	31	1
N. Campioni prelevati	0	0
N. Comunicazioni Autorità	0	0
N. Sanzioni	0	0

Vigilanza Rischio Amianto (Salute e Ambiente)	2022	2023
N. Segnalazioni pervenute	1	1
N. Sopralluoghi effettuati	1	1
N. Campioni prelevati	0	0
N. Comunicazioni Autorità	1	1
N. Sanzioni	0	0

Conferenze di servizi	2022	2023
N. Convocazioni Conferenze Servizi per AUA	1	3
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per AUA	0	0
N. Convocazioni Conferenza Servizi per VIA **	0	1
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per VIA	0	0
N. Convocazioni Conferenza Servizi per VAS***	1	6
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per VAS	0	0
N. Convocazioni Conferenza Servizi per AIA****	0	0
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per AIA	0	0
N. Convocazioni Altre Conferenze Servizi	23	4
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per Altre	0	5

Controlli ufficiali REACH e CLP e BIOCIDII	2022	2023
N. controlli effettuati	14	0
N. sopralluoghi effettuati	5	0
N. campionamenti	1	0
N. sanzioni	1	0

Verifica sulla salute derivante dall'inquinamento dell'aria, suolo e acqua*	2022	2023
N. segnalazioni pervenute	12	20
N. sopralluoghi effettuati	9	18
N. comunicazioni autorità	9	18
N. partecipazioni riunioni sulle tematiche salute e Ambiente	0	0

DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA VETERINARIA

SANITA' ANIMALE

ASL GALLURA	Allevamenti ovi-caprini	Consistenza capi ovi-caprini	Allevamenti bovini	Consistenza capi bovini	Allevamenti suini	Consistenza capi suini	Allevamenti equini
Olbia	1.383	150.855	1.780	35.662	1.604	6.852	1.202

Patrimonio Presente al 01.01.2023			
	N° codici Aziende Aperte		
	N° Aziende	N° Allevamenti	Totale capi
BOVINI	1.721	1.781	35.662
OVICAPRINE	1.164	1.383	150.855
SUINE	1.032	1.062	6.852
EQUINE	1.202	1.208	1.454
AVICOLI	11	13	
ACQUACOLTURA	12	113	
AZIENDE APISTICHE	326	572	

Controlli - ANNO 2022			
Numero controlli	Programmati	Eseguiti	%
Tubercolosi bovina e bufalina: aziende controllate	487	495	102%
Peste suina africana suino domestico	200	0	0%
Brucellosi Bovina e Ovicaprina e leucosi bovina: aziende controllate	67	67	100%
Blue Tongue profilassi vaccinale: n. aziende	434	434	100%
controlli identificazione e registrazione Bovini, ovicapri, suini ed equidi: aziende controllate	167	175	105%

Controlli - ANNO 2022			
Numero controlli	Programmati	Eseguiti	%
West Nile Disease: sorveglianza volatili morti (n. capi conferiti)	297	296	99%
Piano arboviroosi: sorveglianza entomologica (pool insetti conferiti)	290	307	106%
TSE: campioni obex conferiti	306	218	71%
Piano di genotipizzazione arieti: numero capi controllati	900	874	97%
Sorveglianza BT: n. prelievi	1404	1681	52%
stagione venatoria: cinghiali campionati	3246	194	100%
piano salmonellosi aviare	0	0	0%
controlli su richiesta e programmati UVAC	3	3	100%
BSE: campioni obex conferiti	686	62	9%

CONTROLLI	Eseguiti	Positivi	%
Tubercolosi bovina e bufalina	10480	0	0%
Peste suina africana suino domestico	19	0	0%
Brucellosi Bovina e Ovicaprina e Leucosi bovina	1957	0	0%
Blue Tongue	1681	0	0%
West Nile Disease	290	0	0%

controlli non programmati	Eseguiti	Positivi	%
Tubercolosi bovina e bufalina: attività di controllo per compravendita n. capi controllati	10047	0	0
anemia infettiva equidi	643	0	0
malattie virali suino: n. capi prelevati per malattia di Aujeszky	440	0	0%
Psa selvatico: sorveglianza passiva	194	0	0
interventi in pronta disponibilità	206	0	0

SIAPZ

Ispezioni e Verifiche	2023	2022	OLBIA
			(Delta %)
Allev. Prod. Zootecniche**			
Latte	19	15	27%
Miele	5	0	100%
Farmaci	34	45	-24%
Alimentazione animale	20	3	567%
Benessere animale	30	33	-9%

Ispezioni e Verifiche	2023	2022	OLBIA
			(Delta %)
Allev. Prod. Zootecniche**			
Stabilimenti trasf. Latte (caseifici) con non conf.	7	3	133%
Certificazioni pre export	13	32	-59%
Certificazioni con ispezione per export formaggi	0	0	

Campionamenti e Controlli	2023	2022	OLBIA
			(Delta %)
Allev. Prod. Zootecniche			
Latte e formaggi	6	15	-60%
Ricerca residui	8	21	-62%
Alimentazione animale	19	35	-46%
MBV	761	1115	-32%

SIAOA

<u>Controlli Ufficiali e verifica di Efficacia dei Controlli Ufficiali</u>			
Somma di Ispezione, Verifiche, Audit e successivi follow-up	2021	2022	SIAOA ASL GALLURA
			(Delta %)
Igiene Alimenti di Origine Animale			
Controlli ufficiali in Stabilimenti registrati	131	336	156%
Controlli ufficiali in Stabilimenti riconosciuti	337	433	28%
Verifiche sulla tutela del benessere animale presso stabilimenti di macellazione	4	5	25%
Verifiche di efficacia sulle corrette prassi del Controllo Ufficiale (verifiche interne sull'operato dei Dirigenti Medici Veterinari e Tecnici della Prevenzione) – Audit Interni	6	6	0%
Controlli Ufficiali su richiesta di altre Autorità Competenti	25	10	-60%
Controlli ufficiali per eventi di Allerta alimentare	17	10	-41%
Controlli Ufficiali su richiesta dell'Utente per attestazioni o certificazioni	20	14	-30%

Fonte dati: CORAN IZS – BDN TERAMO – SISAR-VET – iRASFF (Portale della Unione Europea per Allerta Alimentare)
 Report interni

<u>Controlli Ufficiali – Campionamenti su matrici alimentari di origine animale</u>			
Igiene Alimenti di Origine Animale	2021	2022	OLBIA
			(Delta %)
Piano Alimenti controlli criteri sicurezza alimentare	210	205	-2%
Piano Alimenti controlli presenza di sostanze chimiche (metalli pesanti, Diossine, PCB, Allergeni, Fitosanitari, ecc)	16	14	-13%

Controlli Ufficiali – Campionamenti su matrici alimentari di origine animale			
Igiene Alimenti di Origine Animale	2021	2022	OLBIA (Delta %)
Piano residui e ricerca sostanza illecite	51	39	-24%
Ricerca parassiti agenti di zoonosi	57.322	23.347	-59%

Fonte dati: Izs (Istituto Zooprofilattico della Sardegna) Coran - Fonte dati: CORAN IZS – SISAR-VET – Report interni

Anagrafe Operatori del Settore Alimentare			
	2021	2022	OLBIA (Delta %)
Igiene Alimenti di Origine Animale			
Stabilimenti registrati	65	62	-5%
Stabilimenti riconosciuti	11	8	-27%

Fonte dati: SISAR VET (SICER GPI) E ATTI PRESENTI IN ARCHIVIO INFORMATIZZATO DEL SIAOA

3. Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire

Le linee di indirizzo programmatico nazionali e regionali convergono sulla necessità di implementare gli investimenti in promozione della salute e prevenzione, quali elementi cruciali per lo sviluppo della società e la tutela della salute, favorendo l'integrazione delle politiche sanitarie e il raccordo funzionale tra Piano Nazionale Prevenzione e Piano Nazionale Cronicità e gli ulteriori strumenti di pianificazione nazionale. Il Patto per la salute 2019-2021 evidenzia la necessità di garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute, di rafforzare l'attenzione ai gruppi fragili e di perseguire un approccio di genere, di considerare le persone e le popolazioni in rapporto agli ambienti di vita (setting di azione), di orientare le azioni al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza (approccio life course), ponendo in atto interventi basati su evidenze di costo efficacia, equità e sostenibilità, finalizzati alla promozione di stili di vita sani e alla rimozione dei fattori di rischio correlati alle malattie croniche non trasmissibili.

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

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

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

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

Pertanto, nel livello di assistenza collettiva si è fatto proprio il concetto di rete di prevenzione espresso dal Piano di Prevenzione Regionale (PRP) 2014-2018 adottato con la deliberazione della Giunta Regionale n. 30/21 del 16.6.2015 e rimodulato e prorogato al 31/12/2019 con la delibera RAS n.33/9 del 26/06/2018 e in continuità il Piano regionale di Prevenzione 2020 – 2025.

Atteso, che la salute delle persone è largamente influenzata da fattori esterni al sistema sanitario quali i determinanti sociali, economici, comportamentali ed ambientali, tenuto conto che è ormai evidente che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è sufficiente, è necessario costruire una cultura condivisa in un sistema di rete in cui la "salute" diviene preoccupazione globale del Paese e non solo del sistema sanitario. Nell'ambito della Prevenzione si propone di porre in essere gli strumenti organizzativi necessari per assicurare una costante analisi dei bisogni e della domanda di salute, anche inespressa, della popolazione, compresa la sorveglianza epidemiologica, strumento indispensabile per la verifica dell'efficacia di tutti gli interventi di prevenzione adottati. I Macro obiettivi del Piano sanitario, sono riassumibili in una serie di priorità di seguito elencate:

- Ridurre il carico di malattia mettendo le basi per sollevare il nostro sistema paese da un carico prevenibile di eventi morbosi e mortali, rafforzando il contributo da parte del servizio sanitario al sistema di welfare e rendendo questo più sostenibile, anche in relazione agli andamenti demografici tipici del nostro Paese.
- Investire sul benessere dei giovani. È una scelta dal forte contenuto formativo e di empowerment che si rivolge, in un approccio il più possibile olistico, a quella che sarà la classe attiva (lavorativa e dirigente) nella società del prossimo futuro, e intende promuovere una crescita responsabile e consapevole attraverso l'adozione di stili di vita

sani e di comportamenti di rifiuto nei confronti di qualunque forma di dipendenza in una logica di ricerca di un benessere psicofisico e affettivo.

- Rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive investendo in un patrimonio culturale di grande rilevanza sociale e che nel corso degli anni, anche in relazione agli atti di pianificazione nazionale e ai conseguenti sforzi attuati dalle istituzioni e dai professionisti del sistema sanitario, ha portato il nostro Paese a considerare come bene comune la pratica di interventi preventivi quali quelli a salvaguardia della salute dei lavoratori, quelli relativi alla prevenzione oncologica e alle vaccinazioni.
- Mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili. Questa scelta si implementa sia come lotta alle disuguaglianze sia come messa a sistema di interventi (magari già offerti in modo diseguale) per la prevenzione di disabilità.
- Considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente.
- Contrastare il fenomeno dell'antimicrobico-resistenza attraverso l'impegno a dare piena attuazione al Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020.
- Confermare l'importanza delle attività di vigilanza sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dall'art.13 del decreto legislativo n. 81/2008.
- Attuazione del Piano coordinato nazionale dei controlli (PCNC) che ricomprende tutti i piani specifici di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.
- Garantire il raggiungimento di adeguate percentuali di adesione grezza agli screening oncologici.
- Garantire la prosecuzione della Vaccinazione ANTI-COVID -19.
- Garantire il contrasto delle zoonosi.
- Valorizzare inoltre l'impegno a rafforzare una visione di salute pubblica in un'ottica "One Health", che si basa sulla progettazione e attuazione di programmi, politiche, legislazione e ricerca, in cui più settori comunicano e collaborano per ottenere migliori risultati di salute pubblica, mediante un metodo collaborativo, multidisciplinare, multi-professionale. L'approccio "One Health" considera la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legati alla salute degli ecosistemi in cui sono contestualizzati

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

Il Dipartimento di Prevenzione di fatto accoglie in sé anche l'esigenza di adeguare l'offerta al costante mutamento della domanda di salute individuando sia nuovi ambiti di interesse che una

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA

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

- Promuove la salute e la prevenzione delle malattie e delle disabilità.
- Promuove gli stili di vita sani.
- Realizza azioni di prevenzione degli stati morbosi acuti e cronici.
- Individua e rimuove le cause di nocività e di malattia di origine ambientale e umana.

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

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

SPRESAL

Il territorio produttivo locale mantiene il profilo saliente a suo tempo rappresentato (consistenza dei comparti edile e agricolo, spessore della filiera agro-alimentare e delle attività a questa connesse, volume delle attività di servizi alle imprese e alla persona), all'origine del programma di attività del Servizio reso noto attraverso il *Piano operativo integrato di vigilanza e prevenzione – anno 2023* (Comitato ex D. Lgs. 81/08 – art. 7; vedi allegato). Il territorio si caratterizza, inoltre, nel 2022, per un tasso medio di crescita di impresa ampiamente positivo, pari a +2,59%,

il più alto dell'isola (rispetto al sassarese – +1,52% –, al cagliaritano – +1,18% –, al nuorese – +1,11% – e all'oristanese – +0,74%; il dato è della CCIA di Sassari – *Rapporto delle imprese del Nord Sardegna* – giugno 2023).

L'attività di vigilanza. Gli obiettivi numerici per comparto dell'attività di vigilanza del Servizio sono quelli statuiti annualmente in seno al citato Comitato regionale (che li rende pubblici mediante il richiamato *Piano operativo*). Allo stato attuale, si stima che, per il 2024, i comparti lavorativi di interesse resteranno i medesimi, ferme restando le puntualizzazioni numeriche che saranno determinate a tempo debito.

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

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

L'attività di informazione e assistenza. Parimenti contenuta, per l'addietro, nel *Piano operativo* annuale, l'attività di informazione e assistenza per Servizio è attualmente raccolta – e come ratificata con maggior forza – nel vigente *Piano regionale della prevenzione 2020 - 2025*, rispetto al quale il *Piano operativo* diviene occasione di mera presa d'atto). Pertanto, si rimanda ai macro-obiettivi 1 e 7 del citato *Piano regionale* e ai programmi predefiniti (PP) 6, 7 e 8 per il dettaglio delle attività di informazione e assistenza richieste al Servizio nell'anno in corso e nel prossimo.

Programma per il triennio 2024-26.

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

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

Ciò premesso, si precisa quanto segue.

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

- Alla luce degli elementi attualmente disponibili, non si ritiene necessario variare, nel triennio 2024-26, il target operativo del Servizio, con riferimento ai comparti produttivi oggetto del programma di attività. Pertanto, in assenza di sensibili mutamenti di contesto, a tempo debito si porteranno all'attenzione degli interlocutori regionali (e aziendali, se richiesto) considerazioni del tutto analoghe a quelle che hanno informato, per l'addietro, la discussione corsa nel merito.
- Già si è sottolineata, lo scorso anno, la novità del *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-25* circa i programmi di prevenzione relativi ai luoghi di lavoro, con l'introduzione del modello del *piano mirato di prevenzione* (PMP) quale strumento di assistenza alle imprese (D.Lgs. 81/08 – art. 10) e, ad un tempo, di controllo del territorio produttivo circa l'attuazione delle misure di contrasto esigibili. In questa occasione, si precisa che sono in corso le attività di assistenza, previste per il 2023, a favore delle imprese afferenti agli otto ambiti lavorativi oggetto del piano regionale di prevenzione. Il programma continuerà, nel 2024, con l'attività di vigilanza nelle stesse unità produttive, senza soluzione di continuità dell'offerta di assistenza rivolta alle medesime imprese. Si rammenta, con l'occasione, che il Servizio mantiene il ruolo di capofila per il PMP intitolato *Piano mirato di prevenzione relativo ai rischi di malattie professionali nel comparto pesca*.

L'attività del Servizio sarà dunque divisa tra gli obiettivi numerici concordati in sede regionale e gli obiettivi previsti dal vigente piano regionale della prevenzione.

SALUTE E AMBIENTE

La Struttura Semplice Salute e Ambiente si occupa di promozione della salute, prevenzione e controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali (di origine antropica, presenti in natura, di origine infettiva) e climatici in ottica One Health e coniugati agli Obiettivi dell'Agenda 2030. Alla luce del nuovo quadro normativo, all'interno del Dipartimento di Prevenzione, essa svolgerà un ruolo di collettore tra Sistema Nazionale a rete per la Protezione Ambientale (ARPA e ISPRA) e il Sistema Nazionale Prevenzione Salute, unitamente alla sua entità territoriale, che verrà formalizzata dalla Regione Sardegna nel Sistema Regionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici SRPS. Inoltre Salute e Ambiente svolge un ruolo di indirizzo e supporto alle altre professionalità dell'Azienda coinvolte nella prevenzione primaria (Dipartimento di prevenzione veterinaria e altri Servizi afferenti al Dipartimento di area Medica).

Il Servizio si propone di:

- Promuovere e rafforzare integrazione e sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del Sistema nazionale di protezione ambientale SNPA e le Autorità Competenti deputate al rilascio delle autorizzazioni ambientali anche attraverso protocolli condivisi di

intervento e collaborazione. Avviare percorsi di collaborazione e ricerca nella materia con IZS (ente del SRPS) e Università;

- Sostenere gli Enti e/o Servizi competenti nella scelta delle migliori strategie a riguardo dei diversi comparti che incidono su salute e benessere della popolazione e sulla tutela dell'ambiente.

Le sue attività saranno implementate attraverso attività di consulenza e di azione coordinata con strutture SNPA e Enti pubblici (Comune, Provincia, Regione) il cui ruolo sarà definito dalla fattispecie oggetto di valutazione, promuovendo, per aree tematiche, le seguenti azioni:

URBAN HEALTH

1 – Attività di divulgazione e consulenza per pianificazione e urbanizzazione territorio:

- le buone pratiche sanitarie in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione, ristrutturazione e di "efficientamento" energetico degli edifici per la mitigazione del rischio indoor e outdoor, anche in relazione alla presenza di sostanze chimiche, biologiche e fisiche quale il Radon.
- L'applicazione dei principi dell'*Urban Health* fornendo linee di indirizzo per i Piani/Programmi urbanistici e di antropizzazione dei territori i quali siano progettati con azioni di tutela e promozione della salute, sottolineando la forte dipendenza tra il benessere fisico, psichico e sociale e l'ambiente urbano in cui si vive, ponendo particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili.
- Valutazione dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici e agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute. Tale attività è resa attraverso la valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica, espressa attraverso partecipazione ai procedimenti di VAS e VIA, unitamente agli Enti coinvolti a vario titolo e conseguente formulazione di osservazioni e/o parere/contributo.

49

PREVENZIONE RISCHI INQUINAMENTO

2 – Attività di consulenza e/o di tipo autorizzativo per la prevenzione degli effetti ambientali e sanitari avversi causati da:

- avvio nuovi impianti potenzialmente inquinanti(D.lgs 152/06 smi);
- variazioni sostanziali e non sostanziali di impianti potenzialmente inquinanti già in funzione e regolarmente autorizzati (D.lgs 152/06 smi);
- gestione dei rifiuti, smaltimento e End of Waste e azioni conseguenti a rilevazioni sfavorevoli dei monitoraggi;
- monitoraggio delle attività per la bonifica dei siti contaminati,

partecipando alle attività di rilascio delle autorizzazioni attraverso la valutazione di impatto sanitario da esposizione a fattori ambientali antropici e naturali che da esse derivano, anche

cumulativo rispetto a più fattori e sorgenti inquinanti, la comunicazione e la gestione integrata dei rischi. Svolgendo anche attività di tipo autorizzativo nell'ambito della VIA in cui è rilevata la necessità di svolgere la VIS (VIS statali e regionali) dal cui esito può dipendere la realizzazione dell'opera. Inoltre, si valuta la partecipazione ad azioni su eventi imprevedibili di episodi di inquinamento di varia origine e natura.

INTERVENTI DI ADVOCACY

3 - Funzioni propositive e tecnico-consultive, in collaborazione con le altre Strutture Aziendali, per la definizione dei percorsi di prevenzione nel settore delle correlazioni tra ambiente e salute

- sensibilizzazione e supporto alle amministrazioni comunali con maggiore percentuali di incidenti stradali per la definizione dei Piani Urbani della Mobilità Sostenibile con particolare riferimento alla prevenzione degli incidenti stradali che colpiscono le fasce di età infantile (2024-2026).
- Supporto e partecipazione gruppo di lavoro per proceduralizzazione servizi afferenti ai Dipartimento di Prevenzione veterinaria e Dipartimento di area medica in ottica One Health e planetary health– Fase 1 (2023 – 2024)

STRATEGIA DI COMUNICAZIONE, FORMAZIONE E INFORMAZIONE

4 - Promozione delle conoscenze sulla relazione ambiente-salute-clima attraverso percorsi formativi rivolti a popolazione, personale SSN coinvolto nella prevenzione, MMG, PLS e personale del SNPA

- divulgazione delle informazioni per uno stile di vita ecosostenibile e conoscenza del concetto di impronta ecologica e contributo di ciascuno, a tutti i livelli, nella tutela dell'ambiente (2024-2026)
- formazione per esperti in interventi di risanamento Radon ai sensi del D.lgs 101/2020 smi in collaborazione con Area Formazione ARES Sardegna (2024-2025)
- divulgazione corso e-learning in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (2024-2025)
- organizzazione corso su Ambiente, clima e salute e comunicazione del rischio (2024)
- organizzazione corso su Valutazione di impatto ambientale e sanitario (2025)
- promuovere l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, con riferimento all'azione volte alla prevenzione delle zoonosi emergenti e delle malattie infettive prioritarie dove spicca la prossima pandemia di influenza aviaria in compartecipazione con i servizi veterinari (gestione animali selvatici e igiene urbana veterinaria), analizzando la nuova evoluzione del rapporto uomo animale da affezione con estensione a specie che non rientravano tra gli animali da compagnia (mini pig, galline ornamentali, etc.). (2024 -2026)

- sviluppo di strategie di comunicazione su questioni ambientali e sanitarie e di misure efficaci per la loro attuazione, assicurando l'approccio One Health nel suo sviluppo Planetary Health (2024-2026)

L'attività del Servizio sarà dunque divisa tra gli obiettivi previsti tra i LEA come sancito da NSG e gli obiettivi previsti dal vigente piano regionale della prevenzione 2020-2025.

SIAN

La programmazione delle attività del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione per il triennio 2024 - 2026 oltre ad essere impostata sui documenti di programmazione nazionale (PNP) e regionale (PRIC 2020 - 2022 e sui programmi del PRP 2020-2025) è modulata sul recupero di importanti inadempienze storiche, tra le quali la più importante quella del completamento dell'anagrafe OSA (registrazione degli delle imprese alimentari), indispensabile per una corretta e contestuale programmazione delle attività di Controllo Ufficiale Alimenti, (prestazione E1 LEA/2017). Inoltre la suddetta programmazione è fortemente condizionata dalla grave e cronica carenza di Dirigenti Medici (dal 2018 n.3 Dirigenti collocati in quiescenza e mai sostituiti) e da un numero fortemente insufficiente dei Tecnici della Prevenzione rispetto al volume di imprese alimentari presenti nel territorio di competenza. L'attuale organico medico si compone di un dirigente medico responsabile ff , di un dirigente medico in quiescenza dal 2024, ed uno in formazione ed in condivisione con il servizio igiene pubblica.

Ambito Sicurezza Alimentare:

Il SIAN quale Autorità Competente è investito, nell'ambito della *sicurezza alimentare*, della sorveglianza delle imprese alimentari nelle diverse fasi, dalla produzione primaria al trasporto, stoccaggio, trasformazione e distribuzione, somministrazione e commercializzazione delle materie prime e dei prodotti alimentari. Si prevede di mantenere il volume di attività delle Ispezioni e Verifiche delle imprese alimentari raggiunto nel 2022 (pari a 250), ed effettuare lo stesso numero di campionamenti e controlli delle matrici alimentari ed acqua di rete pubblica e di acqua minerale del 2022 (pari a 1280).

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

Controllo utilizzo Prodotti Fitosanitari

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

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

L'approccio intersettoriale e trasversale degli interventi di prevenzione quali il controllo residui degli stessi negli alimenti e la sorveglianza del ciclo di vita dei prodotti fitosanitari, ben si attaglia alla visione aziendale di salute <one health>. Il Piano Regionale di Controllo Ufficiale sulle Matrici Alimentari e sul Commercio e sull'Impiego dei Prodotti Fitosanitari Anno 2023, prevede oltre che il campionamento ufficiale per la ricerca analitica dei residui, nelle matrici alimentari, dei prodotti fitosanitari utilizzati, anche il controllo da parte del servizio SIAN, delle rivendite/grossisti/stoccaggio dei prodotti fitosanitari, autorizzati all'immissione in commercio degli stessi ed il controllo ufficiale sulle aziende agricole di produzione primaria di prodotti alimentari ortofrutticoli e cerealicole ecc. che utilizzino mezzi di difesa fitosanitaria.

Ambito sicurezza nutrizionale

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

Nel 2023 è stato attuato il Progetto ministeriale di sorveglianza nutrizionale "OKKIO alla salute". Nel 2024 sulla base dei dati report riepilogativi della sorveglianza prodotti dal Ministero, il Servizio dovrebbe adoperarsi al fine di promuovere interventi di promozione della salute, di sani stili di vita in età infantile in un contesto strategico come quello scolastico. Le informazioni ottenute sono quindi fondamentali per attuare strategie di prevenzione innovative e politiche intersettoriali per la salute.

Dlgs 32/21

Il SIAN adempie dalla data del 1 gennaio 2022 alle incombenze dovute all'entrata in vigore D.Lgs 32/21. Il decreto stabilisce le modalità di finanziamento dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali dovuti da parte dell'IMPRESA ALIMENTARE assoggettata alla normativa. Questo comporta un ulteriore impegno del Dirigente Medico per individuare in base alla ricategorizzazione del rischio le Imprese assoggettate ed un notevole impegno amministrativo per la predisposizione ed

invio delle lettere di informazione con le relative bollette per le tariffe forfettarie e quelle calcolate su base oraria di intervento del personale del SIAN.

Azioni PRP 2024-2025

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

- PP09 – Macro obiettivo MO5 – codice obiettivo strategico MO5OS11 “Potenziare le azioni di prevenzione e sanità pubblica nel settore delle acque attraverso l’adozione dei piani di sicurezza acqua (PSA)”. Si realizzeranno i corsi già attivati (secondo semestre 2023) di formazione nazionale per team leaders per l’implementazione di piani di sicurezza dell’acqua (PSA).
 - PP09 2024/2025 – Macro obiettivo MO6 – codice obiettivo strategico MO6OS11 “sviluppare programmi di formazione per il personale addetto a CU alimenti nelle imprese alimentari (MO6OS11), nelle strutture sanitarie (MO6OS12-13) e la formazione dei componenti della ristorazione (MO1OS13)
 - PP01 2024/2025 – Macro obiettivo MO10 - codice obiettivo strategico MO1OS14 “migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti”
 - PP01 2025 - Macro obiettivo MO10 - codice obiettivo strategico MO1OS15 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all’informazione
 - PP09 2024 – Macro obiettivo MO10 - codice obiettivo strategico MO1OS11 “Programma dei controlli sulla disponibilità di sale iodato nei punti vendita e la ristorazione collettiva
- Tutte le azioni del PRP sopraindicate saranno attuate conseguentemente all’attività propedeutica di competenza regionale sia dispositiva che economica.

COORDINAMENTO SCREENING

Screening della mammella

La popolazione target residente nella Asl Gallura che dovrà essere invitata nel biennio (programma nazionale Gisma) è costituita da 24.437 donne di età compresa fra 50 e 69 anni. Nel 2023 la popolazione target annua è di 12.218, si programma di spedire circa 1000 inviti che corrispondono ad un tasso di adesione reale del 4% corrispondenti a 500 mammografie. Nel 2024 si programma di spedire 9.162 inviti corrispondenti a circa 3.665 mammografie corrispondente ad un tasso di adesione reale del 30% e stessa programmazione per il 2025 e 2026.

Screening del Colon

La popolazione target residente nella Asl Gallura che dovrà essere invitata nel biennio (programma nazionale Giscor) è costituita da 49.967 uomini e donne di età compresa fra 50 e 69 anni. Nel 2023 la popolazione target annua è di 24983, si programma di spedire 15000 inviti che

corrispondono a 4000 test per ricerca sangue occulto nelle feci ad un tasso di adesione reale del 16%.

Nel 2024 si programma di spedire 24983 inviti ad un tasso di adesione reale del 20 % con 4996 test per ricerca sangue occulto e stessa programmazione per il 2025 e 2026.

Screening della cervice

La popolazione target residente nella Asl Gallura che dovrà essere invitata nel triennio (programma nazionale GISCI) è costituita da 44.756 donne di età compresa fra 25 e 64 anni. Nel 2023 la popolazione target annua è di 14.918, si programma di spedire 13.052 inviti ad un tasso di adesione reale del 35% corrispondenti a 5221 pap test e stessa programmazione per il 2024, 2025 e 2026.

SERVIZIO IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA (SISP)

La programmazione delle attività del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica nel triennio 2024-2026 consoliderà il proprio ruolo nella più ampia visione aziendale di salute pubblica "One Health" per l'approccio intersettoriale, multidisciplinare e di collaborazione interprofessionale.

Prevenzione malattie infettive e profilassi vaccinale

Nella prevenzione delle M.I. si darà particolare importanza all'aspetto relativo alla tempestiva trasmissione del flusso dati e alla gestione dei casi e dei contatti, al fine di interrompere rapidamente eventuali eventi epidemici. La diffusione delle informazioni su eventuali situazioni di criticità presenti nel territorio sarà oggetto di particolare attenzione, anche di concerto con le autorità sanitarie locali; saranno sottoposte a particolari controlli le situazioni di rischio correlate alle infezioni emergenti quali le. Saranno completate le azioni di sorveglianza sulle strutture alberghiere con particolare attenzione alla sorveglianza delle infezioni da legionella e con l'avvio di una specifica informazione/sensibilizzazione per i gestori delle strutture ad alto rischio (strutture alberghiere, impianti natatori, strutture socio-assistenziali e residenze sanitarie assistite)

Nel corso del 2023 i centri vaccinali della Asl Gallura hanno implementato l'attività per il recupero delle coorti che, in corso di pandemia, avevano ritardato l'accesso in particolare per la vaccinazione HPV. Il recupero delle coorti vaccinali dal 2008 al 2010, già iniziato nel corso del 2023 (coorte 2008 dal 29% del 2022, al 44% dell'ottobre 2023, coorte 2009 dal 18% del 2022 al 27% del 2023) sarà completato nel corso del 2024 con le chiamate attive anche delle coorti precedenti. Saranno garantite le vaccinazioni nei gruppi a rischio, nei viaggiatori e nei soggetti fragili che avranno comunque la possibilità di essere vaccinati in tempi rapidi accedendo direttamente ai Centri Vaccinali del territorio.

Sorveglianze di popolazione

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

Per la costruzione di un profilo di salute della popolazione, e per dare risposte a bisogni locali, sarà indispensabile l'implementazione dei sistemi di sorveglianza per età (sorveglianza 0-2 anni, HBSC, Passi, Passi d'Argento), della corretta compilazione del Registro delle Cause di Morte (RenCaM) anche attraverso il completamento degli archivi di registrazione delle schede di morte. L'obiettivo di raggiungimento dell'80% del target di popolazione da intervistare per le sorveglianze Passi e Passi d'Argento, raggiunto nel corso degli anni precedenti, dovrebbe essere implementato al fine di poter garantire una rappresentazione campionaria aziendale valida della popolazione residente nel territorio e facilitare l'identificazione dei bisogni di salute ai quali dare risposte.

AZIONI PRP 2020-2025

L'approccio trasversale sarà l'elemento caratterizzante le tematiche inerenti la promozione della salute e degli stili di vita salutari. Si auspica la creazione di gruppi operativi interservizi, sia dipartimentali che extra dipartimentali, che già negli anni scorsi avevano garantito la possibilità di realizzare interventi sul territorio in materia di prevenzione degli incidenti stradali e degli incidenti domestici nel bambino e nell'anziano. Nel corso del 2023 sono state recuperate le attività di cui al PP05 "Sicurezza negli ambienti di vita" MacroObiettivo 3 "Incidenti domestici e stradali" previste ma non svolte nel 2022, e attivate quelle previste per l'anno in corso 2023.

Nel 2024 il progetto "Prevenzione incidenti domestici in età pediatrica" analizzerà le criticità legate all'esposizione agli agenti farmaceutici e non farmaceutici e per la "Prevenzione degli incidenti domestici nella popolazione anziana" si affronteranno le problematiche legate alle terapie farmacologiche. Con l'attivazione della struttura Aziendale Salute Ambiente, saranno avviate azioni di collaborazione con gli Enti Locali per la stesura del PUMS (Piano Urbano per la Mobilità Sostenibile), azioni previste sia per il potenziamento delle capacità motorie nella popolazione anziana (PP05 MO3), sia per le attività di cui al PP02 "Comunità in salute".

Nel 2025 si avvierà l'attività formativa/informativa relativa alla comunicazione per la promozione della cultura della prevenzione negli anziani con particolare attenzione alle donne in età superiore ai 64 anni, particolarmente esposte alle cadute, e alla prevenzione degli incidenti stradali in età pediatrica attraverso le analisi dei comportamenti scorretti alla guida (guida sotto l'effetto dell'alcool e uso del cellulare alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza per i bambini). Con riferimento al PP01 "Scuole che promuovono salute", il cui obiettivo è quello di promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle scuole dell'"Approccio globale alla salute", con l'avvio dell'azione regionale di diffusione del NESS (Network Scuola Salute Sardegna), propedeutica alle attività locali, si darà seguito all'attività di formazione orientata al potenziamento delle Life Skills come già avviata negli anni pre pandemici, ed in particolare si attiveranno percorsi informativi rivolti alla popolazione, giovani e giovanissimi, orientati a sviluppare uno stile di vita sano e rafforzare la collaborazione con la comunità locale (MO1OS07). Si dovrà contestualmente riattivare il programma di inserimento del

"Bambino con diabete in ambito scolastico e il programma "UNPLAGGER" sul potenziamento del Life Skills.

Con riferimento al PP02 "Comunità attive" sarà attivata l'azione promozione dell'attività fisica dei giovani nella popolazione adulta e negli anziani per favorire l'invecchiamento attivo e in buona salute e l'inclusione sociale, attraverso i percorsi di formazione e di miglioramento negli operatori del SSR come raccomandato nel Piano Nazionale della Cronicità e con azioni trasversali rispetto alle azioni previste dal PP05.

VIGILANZA e PARERI IGIENICO SANITARI

L'incremento dell'attività di vigilanza nel corso del 2023 proseguirà anche nel 2024 da attuarsi in particolare "sugli ambienti sensibili" dal punto di vista igienico sanitario quali strutture socio assistenziali, impianti natatori ad uso pubblico, centri estetici, palestre.

L'attività di vigilanza sarà inoltre estesa in materia di igiene cimiteriale (definizione delle fasce di rispetto cimiteriale e ampliamento o modifiche sugli impianti cimiteriali esistenti).

Verifiche igienico sanitarie sui progetti presentati sulla la piattaforma regionale SUAPE in materia di igiene edilizia

Attività di vigilanza e verifica dei requisiti igienico e sanitari attraverso l'istituzione della Commissione di Vigilanza sulle strutture sanitarie private secondo normativa regionale.

ATTIVITA' CERTIFICATORIA MEDICO LEGALE

L'attività certificatoria medico legale sarà garantita presso i centri di riferimento Olbia e Tempio Pausania) secondo quanto previsto dai LEA.

56

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA

La recente riforma del Servizio Sanitario Regionale per il Nord Sardegna (Legge 24/2020) individua in via sperimentale due Dipartimenti, quello di Prevenzione Medica e il Dipartimento di prevenzione Veterinaria (DPV). Il DPV della ASL della Gallura, sperimentale per i prossimi 3 anni, è collegato con quello della ASL di Sassari, costituendo un'unica Struttura Dipartimentale.

Il DPV, nell'Atto aziendale della Asl Gallura è inserito tra i Dipartimenti territoriali e si raccorda, nel Polo One Health della Prevenzione, basato sul modello della salute circolare in linea con il whole-of-society approach e il whole-of-government approach sostenuti dall'OMS nella strategia Salute 2020.

Il nuovo quadro normativo colloca il Dipartimento di Prevenzione tra gli organi facenti parte del SNPS (art. 27 L. n. 79/2022) in una logica di rete, congiuntamente ad altri Enti (Regione, IZS, Ministero della Salute e ISS) la cui finalità è il perseguimento degli obiettivi di prevenzione primaria attraverso la promozione della salute, prevenzione e controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici secondo un approccio One Health nella sua evoluzione "planetary health". Inoltre, l'imminente realizzazione del SRPS (Decreto 9/06/2022) che articola, a livello locale, il ruolo dei diversi Enti coinvolti, attribuisce ai

Dipartimenti di prevenzione un ruolo di collettori della prevenzione primaria per il controllo delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici. Tale ruolo si integra e si coordina con l'esistente Sistema Nazionale per la Protezione Ambientale (SNPA) Legge n. 136/2016 a cui afferiscono tutti gli enti che si occupano di tutela dell'ambiente e della popolazione dai rischi di varia natura. Un'ulteriore novità è stata introdotta dal DM 77/2021 che crea un nuovo sistema di prestazione sanitaria declinata nelle Case della Comunità, direttamente collegata al territorio ed in équipe, dove il personale del Dipartimento di Prevenzione sarà integrato agli altri servizi posti a garantire i bisogni di salute. È, dunque, evidente la complessità del nuovo contesto in cui è incardinata l'azione dei servizi del DPV e richiede competenze sempre più articolate e trasversali per il conseguimento dei LEA, come previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (SNG). L'organizzazione del DPV 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.

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

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

All'interno del Dipartimento Veterinario è presente un'articolazione strutturale governate dalla ASL n.1 di Sassari, ma che ha valenza anche sul territorio della ASL della Gallura ed alla quale fa capo il personale dirigente ed amministrativo operante nella SC Randagismo e Anagrafi animali d'affezione (SC nella Asl di Sassari competenza anche su Gallura)

Attività specifiche programmate per il triennio 2024/2026

Servizio di Sanità Animale e Anagrafi Zootecniche (SAAZ)

La programmazione, su base triennale, delle attività di competenza del Servizio di Sanità Animale è stabilita dalla programmazione del Ministero e della Regione Sardegna e si svilupperà sui progetti di prevenzione collettiva come previsto dal PNP 2020-2025 e dal PRP 2020-2025.

Nel corso del 2023 (Reg. di Esecuzione UE 2023/1071) il territorio della provincia Nord Est, su cui opera la Asl Gallura, ha ottenuto lo status di Provincia Indenne (ex Ufficialmente Indenne) per la Tubercolosi Bovina (TBC).

Le attività pianificate riguardano:

- Attività di registrazione e autorizzazione delle aziende zootecniche e geo-referenziazione
- Sorveglianza sui concentramenti e spostamenti di animali
- Prevenzione e controllo delle zoonosi. Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio uomo, animale e ambiente
- Piano di controllo della identificazione e registrazione animale

- Piani per la sorveglianza della Brucellosi Bovina e Ovicaprina e della Leucosi Bovina
- Piano per la profilassi e l'eradicazione della Tubercolosi Bovina
- Piano monitoraggio Arbovirosi
- Piano Peste Suina Africana(PSA),
- Monitoraggio sorveglianza passiva Peste Suina Africana e Classica(PSA-PSC) in suini domestici cinghiali (*road map*)
- Piano Selezione Genetica negli arieti (PSG) e Piano sulle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili(TSE) in animali, bovini-ovini-caprini, morti in azienda e regolarmente macellati
- Piano Salmonellosi
- Controlli programmati UVAC
- Profilassi vaccinale per la Blue Tongue (BT) in allevamenti a rischi individuati dal Servizio Regionale

L'azione di prevenzione nei confronti delle malattie infettive e diffuse è un macro-obiettivo del PNP (MO6), prevista dal DPCM 3 marzo 2017 e rientrante tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), è volta alla lotta delle malattie infettive prioritarie con particolare riferimento alle zoonosi e alle Arbovirosi. Il SAAZ pianifica ed implementerà, in ottica One Health, progetti di formazione sugli addetti ai Controlli ufficiali per garantire migliori prestazioni durante le attività di controllo/vigilanza/ispezione (MO6LSj). Il SAAZ è promotore del progetto per la proceduralizzazione dei Servizi con la finalità di garantire l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza del servizio svolto dal personale del DPV e ottenere un adeguato coordinamento tra i diversi servizi competenti per il controllo della diffusione delle malattie infettive (PP9OT01). In vista delle azioni di preparazione per la prossima pandemia globale (Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale 2021-2023 GU serie generale 23 – supplemento ordinario n. 7) si procederà all'attivazione di un progetto per il censimento e la registrazione nella Banca Dati nazionale della Anagrafi Zootecniche di tutti gli allevamenti avicoli, presenti nel territorio della Asl Gallura (MO6). Saranno svolte attività formative/divulgative agli OSA per la corretta gestione delle anagrafi zootecniche, quale base fondante la tracciabilità e rintracciabilità di animali e loro prodotti. La corretta gestione dell'anagrafe negli stabilimenti primari assume un rilievo estremamente importante sia per le azioni da attuare in seguito al rilevamento di una malattia infettiva e diffusiva sia per la corretta gestione del farmaco veterinario e per la conseguente attività di prevenzione del fenomeno dell'antibioticoresistenza (PP10). Inoltre verrà sviluppato un percorso di sensibilizzazione trasversale a veterinari SSN, veterinari LP, allevatori e consulenti filiere agro-zootecniche, congiuntamente al Siapz e al Servizio Salute e ambiente e ad altri Enti competenti in materia (Facoltà di Agraria e Veterinaria) per la promozione

di indirizzi produttivi, gestionali finalizzati alla sostenibilità e preservazione delle biodiversità attraverso la riduzione dell'impatto ambientale della filiera agricola (MO5LSkk).

SIAPZ

La programmazione, su base triennale, delle attività di competenza del Servizio di Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche è vincolato alla programmazione del Ministero e della Regione Sardegna, il servizio contestualmente svilupperà i progetti di prevenzione collettiva sulla base di quanto previsto dal PNP 2020-2025 e dal PRP 2020-2025.

Il Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (S.I.A.P.Z.) opera per la salvaguardia della sicurezza alimentare a tutela della salute animale e pubblica, svolgendo attività di controllo su:

- Piano Regionale "Eradicazione peste suina Africana"
- Piano Regionale di Programmazione e Coordinamento degli Interventi in materia di Controllo Ufficiale degli Alimenti.
- Piano Regionale di Controllo ufficiale sulle matrici alimentari, sul commercio e sull'impiego dei prodotti fitosanitari
- Piano regionale per la vigilanza ed il controllo sanitario della produzione e commercializzazione dei molluschi bivalvi vivi e Linee guida in materia di prodotti della pesca
- Piano Regionale Residui
- Piano Regionale di Controllo Ufficiale sull'Alimentazione degli Animali (PRAA)
- Piano regionale sul benessere e la protezione degli animali da reddito
- Piano regionale di farmacosorveglianza veterinaria
- Linee guida per l'esecuzione dei controlli tesi a garantire la sicurezza alimentare nell'ambito della produzione e immissione sul mercato del latte destinato al trattamento termico e alla trasformazione, ai sensi della normativa comunitaria
- Piano regionale riguardante il controllo ufficiale degli additivi e degli aromi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari. Anni 2020 – 2024
- Piano regionale di controllo ufficiale dei contaminanti agricoli e delle tossine vegetali naturali negli alimenti -
- Piano Regionale 2017-2019 per le attività di Controllo Ufficiale sui Sottoprodotti di Origine Animale (SOA)
- Gestione del sistema di allerta rapido iRASFF sugli alimenti e mangimi
- Attività di vigilanza sui laboratori di analisi per uso diagnostico veterinario e sugli ambulatori veterinari

I programmi predefiniti del PRP attribuiscono al SIAPZ diversi obiettivi da sviluppare ai fini della tutela della salute della popolazione umana ed animale e ricadono nel macro-obiettivo Malattie infettive prioritarie (MO6) e Ambiente, clima e salute (MO5). Congiuntamente ai Servizi SAAZ e Salute e Ambiente dei Dipartimenti della Asl Gallura e ad altri Enti competenti in materia (Facoltà di Agraria e Veterinaria) verrà sviluppato un percorso di sensibilizzazione trasversale a veterinari SSN, veterinari LP, allevatori e consulenti filiere agro-zootecniche, per la promozione di indirizzi produttivi, gestionali finalizzati alla sostenibilità e preservazione delle biodiversità attraverso la riduzione dell'impatto ambientale della filiera agricola (MO5LSkk). Si provvederà ad attivare, anche, corsi di formazione rivolti agli stakeholder in materia di benessere animale e biosicurezza (PP09_OS06_IS11). Il SIAPZ svolgerà progetti di formazione sugli addetti ai Controlli ufficiali per garantire migliori prestazioni durante le attività di controllo/vigilanza/ispezione e per mettere in atto le azioni correttive più appropriate a riguardo delle non conformità riscontrate e prevenire l'insorgenza di MTA (MO6LSj). L'attività di formazione sarà anche rivolta agli OSA per garantire le opportune conoscenze sulle malattie trasmesse da alimenti (MO6LSI). Il Servizio parteciperà fattivamente al progetto trasversale per la proceduralizzazione dei Servizi, finalizzata al miglioramento di efficacia ed efficienza delle prestazioni rese, in ottica One Health, garantendo un elevato livello nelle azioni coordinate per la gestione delle zoonosi e delle emergenze sanitarie (PP9OT01). La relazione tra impiego di antibiotici e sviluppo di AMR nel settore zootecnico, così come il rischio di trasmissione di batteri resistenti all'uomo, sono dimostrati e per garantire quanto richiesto dal PP10 il Siapz realizzerà corsi di formazione/divulgazione, congiuntamente ai servizi medici competenti, rivolti a veterinari LP, farmacisti e OSA al fine di garantire una corretta gestione del farmaco (MO6LSaa e MO6LSy). Inoltre il Siapz monitorerà la corretta alimentazione della piattaforma Classyfarm da parte di veterinari LP, veterinari ufficiali e OSA (MO6LSy).

SIAOA

La programmazione, su base triennale, delle attività di competenza del Servizio Il Servizio Igiene Alimenti di origine Animale (SIAOA), in forma di SSD sono riferibili a:

1. Attività Sede Centrale.

Alla Sede Centrale afferiscono e sono gestite le richieste dell'utenza (OSA e Istituzioni).

La gestione consiste in una preventiva disamina, da parte della Direzione, della richiesta specifica che in fase successiva viene attribuita, sotto forma di incarico, ai Medici Veterinari Dirigenti, anche con la collaborazione dei Tecnici della Prevenzione, i quali procedono, per quanto loro attribuito, al completamento dell'iter procedurale previsto.

Nella Sede Centrale si gestiscono i flussi, in ingresso e in entrata, dei dati e dei documenti relativi alle attività di istituto e sono amministrate le interrelazioni con l'Utenza Istituzionale.

2. Attività Sedi periferiche o decentrate.

Nelle Sedi periferiche si svolgono le attività programmate in Sede Centrale, secondo Piani di lavoro

e Programmi che si realizzano, anche in dipendenza di Piani e della Programmazione di derivazione Ministeriale o Regionale.

3. Riconoscimenti Comunitari e Registrazioni degli Operatori del Settore Alimentare.

Al Servizio IAOA competono le attività previste per la registrazione e il riconoscimento comunitario di imprese del settore agroalimentare (Operatori del Settore Alimentare) che operano nell'intero percorso della filiera commerciale degli alimenti di origine animale (carni, prodotti della pesca, molluschi eduli lamellibranchi, prodotti a base di uova, miele...ecc). I procedimenti di Registrazione e Riconoscimento degli OSA, previsti rispettivamente dai Regolamenti 852/2004 e 853/2004, consentono la realizzazione e di conseguenza l'alimentazione della Banca Dati del Servizio sulla quale il SIAOA programma e effettua i Controlli Ufficiali.

Il riconoscimento comunitario degli Operatori del Settore Alimentare (OSA), previsto dal Regolamento CE 853/2004, si identifica nella procedura che si conclude nel conseguimento, da parte dell'OSA, di una registrazione con valenza comunitaria (riconoscimento). L'iter procedurale del Riconoscimento comunitario si realizza in collaborazione con il Servizio di Prevenzione – Assessorato Igiene e Sanità della Regione Sardegna e con l'Ufficio III del Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti.

La registrazione degli OSA è prevista dal Regolamento 852/2004 per le attività di deposito, trasporto, preparazione, trasformazione, commercializzazione e somministrazione di alimenti di origine animale, che si identificano in quelle imprese del settore alimentare che non hanno necessità del riconoscimento comunitario (trasporto alimenti, spacci di vendita di carni, prodotti della pesca, ristoranti, gastronomie, laboratori di smielatura, attività di trasformazione di prodotti di origine animale con commercializzazione in ambito nazionale o locale).

4. I Controlli Ufficiali sugli OSA (attuazione dei Piani Regionali dei Controlli Ufficiali).

Per controllo ufficiale si intende qualsiasi forma di controllo messa in atto dall'Autorità competente per la verifica del rispetto, da parte degli OSA, delle norme generali e specifiche sull'igiene dei prodotti alimentari, comprese le norme sulla salute e sul benessere degli animali. Il controllo ufficiale consiste principalmente nell'esecuzione delle attività **audit** presso gli Operatori del Settore Alimentare, in attività di **ispezione** e delle **verifiche** sui controlli interni (Autocontrollo) che gli OSA devono attuare, al fine di garantire la sicurezza degli alimenti destinati all'alimentazione umana. La verifica degli impianti è volta ad assicurare che gli operatori pongano in essere le misure di autocontrollo (HACCP) necessarie per garantire la produzione di alimenti sicuri per il consumatore e viene attuata mediante l'esecuzione di controlli sulle strutture e sulle attrezzature utilizzate, sulle modalità di gestione delle attività produttive e mediante l'esecuzione di campionanti su materie prime e prodotti finiti. Altra finalità dell'attività di controllo è assicurare il rispetto della rintracciabilità degli alimenti di origine animale lungo tutto il percorso produttivo. In caso di insorgenza di un pericolo per la

salute, la rintracciabilità, deve consentire di risalire alla fase di produzione in cui lo stesso si è concretizzato per prevenire che si ripeta nel tempo e di ritirare o richiamare dal mercato i tutti prodotti potenzialmente pericolosi già commercializzati.

5. Controlli sul benessere animale al macello e controlli della gestione dei Sottoprodotti di origine Animale.

Il SIAOA ha inoltre competenze specifiche che attengono le verifiche di conformità al fine della garanzia del benessere animale al macello e della corretta gestione dei sottoprodotti di origine animale.

Altro compito affidato al Servizio Veterinario IAOA è di assicurare una risposta efficace ed efficiente agli "allerta" ricevuti a seguito del riscontro di alimenti che rappresentano un grave rischio per la salute del consumatore e garantire la rapidità delle comunicazioni e degli interventi sugli stabilimenti di produzione e sugli esercizi di commercializzazione (all'ingrosso e al dettaglio). I Controlli ufficiali di competenza del SIAOA hanno come "popolazione target" Operatori del settore alimentare nelle fasi della produzione primaria e delle fasi successive sino alla commercializzazione dei prodotti alimentari di origine animale delle fasi di filiere di produzione, trasformazione e commercializzazione delle carni (ungulati domestici, pollame e lagomorfi), dei Prodotti della Pesca e dei Molluschi Bivalvi Vivi. Sono in capo al SIAOA i controlli che attengono la commercializzazione dei prodotti a base di latte e del miele.

L'obiettivo del controllo ufficiale è garantire che tutti gli operatori del settore alimentare attuino regole di sicurezza alimentare, osservino pratiche commerciali leali e di corretta informazione dei consumatori ed è garantire che tali regole tutelino gli interessi degli stessi consumatori. Il fine ultimo è ridurre l'esposizione del consumatore ai pericoli microbiologici, chimici e fisici eventualmente presenti negli alimenti e migliorare le condizioni di sicurezza alimentare.

Ulteriori controlli sono eseguiti sull'importazione e esportazione da Paesi UE o Paesi Terzi di alimenti di origine animale, sulle pratiche istruttorie e procedure di autorizzazione delle imprese alimentari, in occasione di rilascio di pareri preventivi (a pagamento) per le attività registrate e di rilascio di pareri autorizzativi di trasporto, deposito, produzione, trasformazione e vendita alimenti di origine animale. Inoltre sono regolarmente gestite tutte le allerte alimentari inerenti i prodotti di origine animale.

Obiettivi 2024

Il SIAOA, in funzione delle classi rischio attribuite annualmente agli Operatori del Settore Alimentare, dovrebbe replicare in termini numerici i Controlli Ufficiali previsti per l'anno 2023 come sotto specificati

n° 173 campionamenti Piano Regionale Controlli Ufficiali (ricerca pericoli microbiologici e chimici);

n° 69 campionamenti Piano Residui farmacologici e sostanze vietate;

n° 4719 (somma delle verifiche ispettive e Audit).

Obiettivi 2024/2026

Per gli anni 2024/2026 il SIAOA, in funzione delle classi di rischio attribuite agli operatori del Settore Alimentare e in stretta dipendenza dell'andamento economico delle attività produttive (Aziende del Settore Alimentare) che potrà condizionare la numerosità delle stesse (rapporto % degli Operatori che estinguono la propria attività vs Operatori che realizzano nuove attività produttive), dovrebbe ricondurre i propri obiettivi a quelli del 2024 con variazioni difficilmente quantificabili.

A.2 Area dell'Assistenza Distrettuale

1. Indirizzi regionali in materia

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

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

2. Offerta di prestazioni e servizio sul territorio

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

Per le Strutture a gestione diretta

Tipo Struttura	Tipo di Assistenza											
	Attività Clinica	Diagnostica Strumentale e per Immagini	Attività di Laboratorio	Attività di consultori o familiari	Assistenza Psichiatrica	Assistenza per tossico dipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza Idrotermale	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio Laboratorio	14			3	1	2				2	2	
Struttura Residenziale					2							
Struttura semiresidenziale					2							
Altro tipo di Struttura	3											1

Per le Strutture convenzionate

Tipo Struttura	Tipo di Assistenza											
	Attività Clinica	Diagnostica Strumentale e per Immagini	Attività di Laboratorio	Attività di consultori o familiari	Assistenza Psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza Idrotermale	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio Laboratori		2	5		1					5		
Struttura Residenziale						1			4	5	8	1
Struttura semiresidenziale										2		
Altro tipo di Struttura												
Medico Singolo												

Per le seguenti aree di attività dell'assistenza distrettuale

	Distretto Olbia	Distretto Tempio Pausania	Distretto La Maddalena	ASL GALLURA
a) Assistenza sanitaria di base:	Numero Medici	Numero Medici	Numero Medici	Numero Medici
Medici di medicina generale	73	21	6	100
Pediatrati di libera scelta	14	2	2	18
continuità assistenziale				
Punti guardia di continuità assistenziale	15	4	1	20
b) emergenza sanitaria territoriale				
n° medici 118				0
Medicina Penitenziaria:				
Personale Medico		5		5
Personale sanitario del comparto		5		5

ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE		
	n. GIORNI 2022	n. GIORNI 2021
RSA	20.395	16.883
CASE PROTETTE	100.841	89.545

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA 2022 - DISTRETTI ASL GALLURA		
	EROGATE DA PUBBLICO	EROGATE DA PRIVATO
N. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA EROGATI AGLI UTENTI:	39.862	3.487
DI CUI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	3.260	4.247
DI CUI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	126	1.525
DI CUI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	68	141.385
DI CUI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA		

Fonte dati ABACO

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA 2021 - DISTRETTI ASL GALLURA		
	EROGATE DA PUBBLICO	EROGATE DA PRIVATO
N. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA EROGATI AGLI UTENTI:	32.751	5.144
DI CUI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	2.223	4.930
DI CUI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	79	3.259
DI CUI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	92	280.276
DI CUI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA		

Fonte dati ABACO

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA 2022 - ASL GALLURA		
	EROGATE DA PUBBLICO	EROGATE DA PRIVATO
N. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA EROGATI AGLI UTENTI:	836.091	431.617
DI CUI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	46.059	2.512
DI CUI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	63.296	33.206
DI CUI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	523.146	322.501
DI CUI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA		

Fonte dati ABACO

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA 2021 - ASL GALLURA		
	EROGATE DA PUBBLICO	EROGATE DA PRIVATO
N. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA EROGATI AGLI UTENTI:	890.679	417.864
DI CUI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	41.539	6.277
DI CUI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	68.840	30.544
DI CUI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	533.382	296.676
DI CUI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA		

Fonte dati ABACO

ASSISTENZA RIABILITATIVA		
	2022	2021
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	427	531
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	1100	642
Riabilitazione residenziale a valenza socio riabilitativa	1671	1.364
Riabilitazione globale a ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	3280	2.610
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità a tempo ridotto	0	0
Ambulatoriale intensiva	158	0
Ambulatoriale estensiva	28809	23.082
Domiciliare	17443	15.684
Ambulatoriale mantenimento	3571	2.620
Domiciliare mantenimento	7720	8.110

CONSULTORIO	Distretto Olbia		Distretto Tempio Pausania		ASL GALLURA	
	2022	2021	2022	2021	2022	2021
Numero Ecografie eseguite	692	545	297	320	989	865
Numero Consulenze Psicologiche	490	600	959	874	1449	1474
Numero visite						
Area pediatrica	4260	4398		3255	4260	7653
Area ginecologica	6674	4784	2819	2984	9493	7768
Area sociale				7		7
Numero colloqui						
Area sociale						
Area adolescenziali	235	217	70	31	235	248

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

SERD

ANNO	TOSSICODIPENDENZE	ALCOOLISMO	GIOCO D'AZZARDO	ALTRO (DCA)
2021	909	154	35	170
2022	763	176	12	23
(Delta %)	-16,06%	14,29%	-65,71%	-86,47%

INSERIMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE		
	2021	2022
N. UTENTI INSERITI PER TOSSICODIPENDENZE	32	26
N. UTENTI INSERITI PER ALCOOLDIPENDENZE	13	11
TOTALE	45	37

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

Classi d'età	Nuovi Utenti		Già in carico o rientrati		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
< 15	10	4	7	5	26
15-19	21	6	21	6	54
20-24	26	6	34	10	76

Classi d'età	Nuovi Utenti		Già in carico o rientrati		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
25-29	57	8	89	15	169
30-34	44	15	91	26	176
35-39	57	9	88	26	180
> 40	77	17	108	26	228
Totale	292	65	438	114	909

1° semestre 2023	Uso Primario	Uso Secondario	Uso per via endovenosa
Amfetamine	44	3	
Ecstasy e analoghi	54	4	
Benzodiazepine	63	138	
Cannabinoidi	96	182	
Cocaina	97	112	18
Eroina	184	70	169
Metadone	72	30	
Morfina	5	3	17
Alcool	132	179	
Altro*	86	270	
Totale	833	991	204

1° semestre 2023 Classi d'età	Nuovi Utenti		Già in carico o rientrati		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
< 15	6	2	8	4	20
15-19	20	5	22	3	50
20-24	22	6	30	3	61
25-29	50	10	70	20	150
30-34	52	12	68	28	160
35-39	54	8	70	28	160
> 40	77	16	108	31	232
Totale	281	59	376	117	833

Tipologia di prestazione 1° semestre 2023	Prestazione	Ser.D.
Sanitario	Visite	2.294
	Interventi di prevenzione delle patologie correlate	1.239
	Esami e procedure cliniche	6.110
Sanitario		9.643
Farmacologico	Somministrazione farmaci e vaccini	16.220
Farmacologico		16.220
Psicosociale	Colloqui di assistenza	1.026
	Interventi psicoterapeutici	3.770
	Interventi socio/educativi	80
	Test psicologici	
	Attività di reinserimento	210
	Accompagnamento paziente	65
Psicosociale		5.151
Inserimento in Comunità	Inserimento in comunità	35
Inserimento in Comunità		35
Altro	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	910
	Colloqui di prevenzione	312
	Predisposizione/revisione programma terapeutico individuale e negoziazione terapeutica	1.620
Altro		2.842

CSM

	2021	2022
N. PAZIENTI PRESI IN CARICO	647	534

INSERIMENTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER SOFFERENZE MENTALI		
	2021	2022
N. UTENTI INSERITI IN STRUTTURE RESIDENZIALI	17	15
N. GIORNI DI RICOVERO PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI	3.890	4.243

Gruppo Diagnostico	Utenti in carico I° semestre 2023							Totale
	Fasce d'età							
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Alcolismo e tossicomanie	60	40	125	60	55	10		350
Altri disturbi psichici	72	60	155	60	55	10		412
Assenza di patologia psichiatrica	-	-	-	-	-	-	-	
Demenze e disturbi mentali organici	-	-	-	-	-	-	10	10
Depressione	125	125	78	445	98	24		895
Diagnosi in attesa di definizione	-	-	-	-	-	-	-	
Disturbi della personalità e del comportamento	132	73	73	38	38	20		374
Mania e disturbi affettivi bipolari	36	108	72	72	55	20	-	362
Ritardo mentale	10							10
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	291	255	120	120	120	-	-	906
Sindromi nevrotiche e somatoformi	85	108	73	36	36	23		361
Totale								3.680

UONPIA

N. casi per Intensità di Trattamento	Anno	
	2022	2021
Ambulatoriale	1.868	618
Residenziale	4	3
Semiresidenziale		

N. visite e prese in carico	Anno	
	2022	2021
Prime visite	310	332
Consulenze in Pronto Soccorso	NO	NO
Consulenze in Pediatria	NO	NO
Certificazioni L.104 e L. 170	1.131	659
Valutazioni dal Tribunale dei Minori	10	8

N. casi per Tipologia di Trattamento	Anno	
	2022	2021
Disturbi del linguaggio	92	1
Disturbi dell'apprendimento	250	427
Disturbi dell'alimentazione	2	3

N. casi per Tipologia di Trattamento	Anno	
	2022	2021
Ritardo Mentale	100	100
Disturbi dello spettro autistico	70	70
Patologie neurologiche, malformative	10	10

Prestazioni 1° semestre 2023	Totale N°	N° PZ
colloquio di accoglienza	686	28
visita psicologica	582	83
visita neuropsichiatrica infantile	582	152
valutazione psicodiagnostica	505	97
valutazione neuro-psicomotoria	480	52
valutazione neuropsicologica e funzioni cognitive	337	207
valutazione del linguaggio	335	42
osservazione diagnostica non strutturata	305	56
consulenza specialistica NPI/PSI	281	2
visita psicologica di controllo	198	32
visita neuropsichiatrica infantile di controllo	193	322
valutazione psicodiagnostica di controllo	155	99
valutazione neuro-psicomotoria di controllo	154	5
valutazione neuropsicologica di controllo	120	39
valutazione di linguaggio di controllo	101	0
valutazione e addestramento ausili	76	0
terapia neuro-psicomotoria	74	29
riabilitazione psico-educativo/comportamentale	72	0
supporto psicologico (singolo, coppia,famiglia)	62	35
Neuro-psicomotricità di gruppo	58	0
prescrizione farmaci (piano terapeutico farmacologico)	50	13

SPDC

Attività di ricovero SPDC	Anno			
	2022		2021	
	M	F	M	F
Ricoveri	143	149	118	115
Riammissione tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	10	8	13	15
TSO totali	39	39	16	9
TSO durante ricovero	11	12	13	6
Contenzioni	12	7	35	13
Giornate di degenza totale	1.076	1.077	1.081	975
Consulenze	208	216	196	207

3. Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire

Il quadro epidemiologico emergente, caratterizzato da un aumento della popolazione anziana e delle patologie croniche e degenerative, impone una rimodulazione della rete dei servizi territoriali attraverso una rivalutazione delle sue componenti sanitaria e socio-sanitaria attuando logiche di intervento preventive, precoci e di presa in carico globale del paziente-cittadino. La stessa pandemia da Covid-19 ha confermato e reso più evidenti le criticità strutturali del Sistema

sanitario, che potrebbero aggravarsi alla luce dell'accresciuta domanda di cure e alle quali si deve far fronte attraverso il potenziamento delle strutture e dei servizi territoriali.

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

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

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

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

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. La regione che ha la maggiore prevalenza di persone con almeno una patologia cronica è la Sardegna (42,0%). Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da

malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

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

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

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

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

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

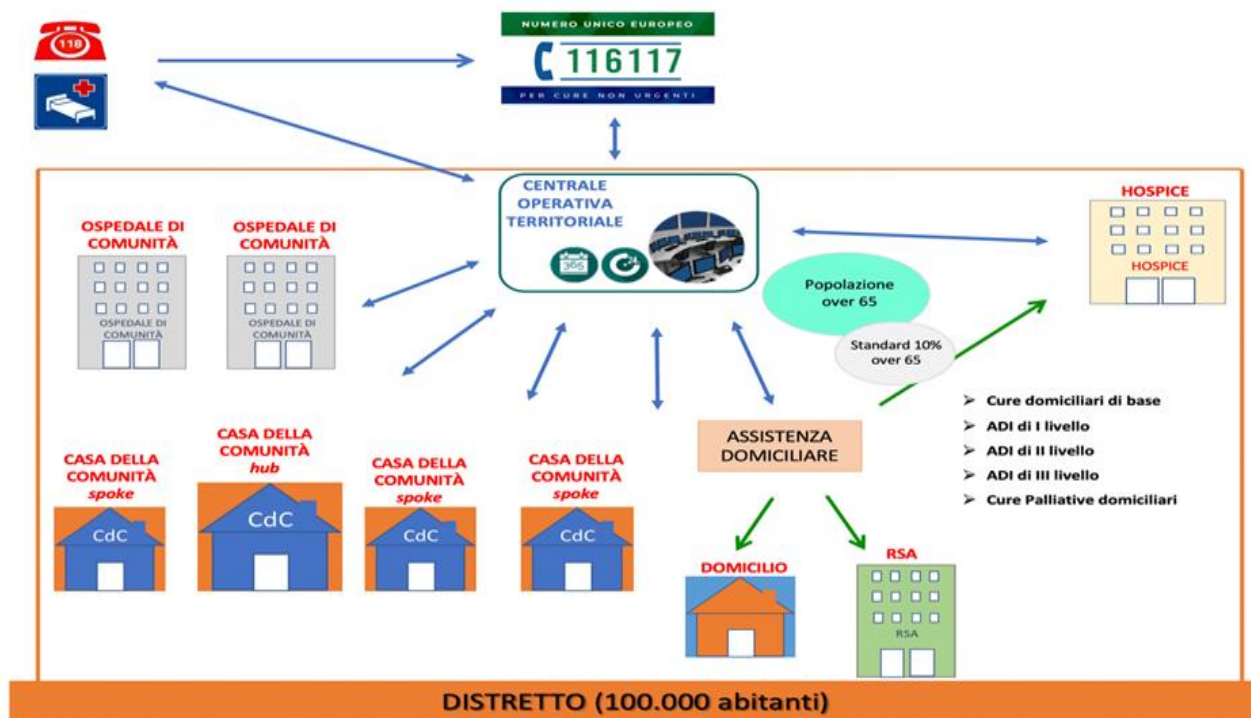
"l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti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

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

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

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

La previsione dei nuovi assetti organizzativi distrettuali sono finalizzati a costituire un modello organizzativo di integrazione tra sanitario e sociale, quale luogo di prevenzione e promozione della salute e della partecipazione della comunità per la cui governance si rende necessario la costruzione di un "patto istituzionale" tra Regione, ASL e Enti locali/Comuni del territorio nel quale siano ribaditi gli obiettivi comuni coerenti con una visione condivisa.



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

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

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

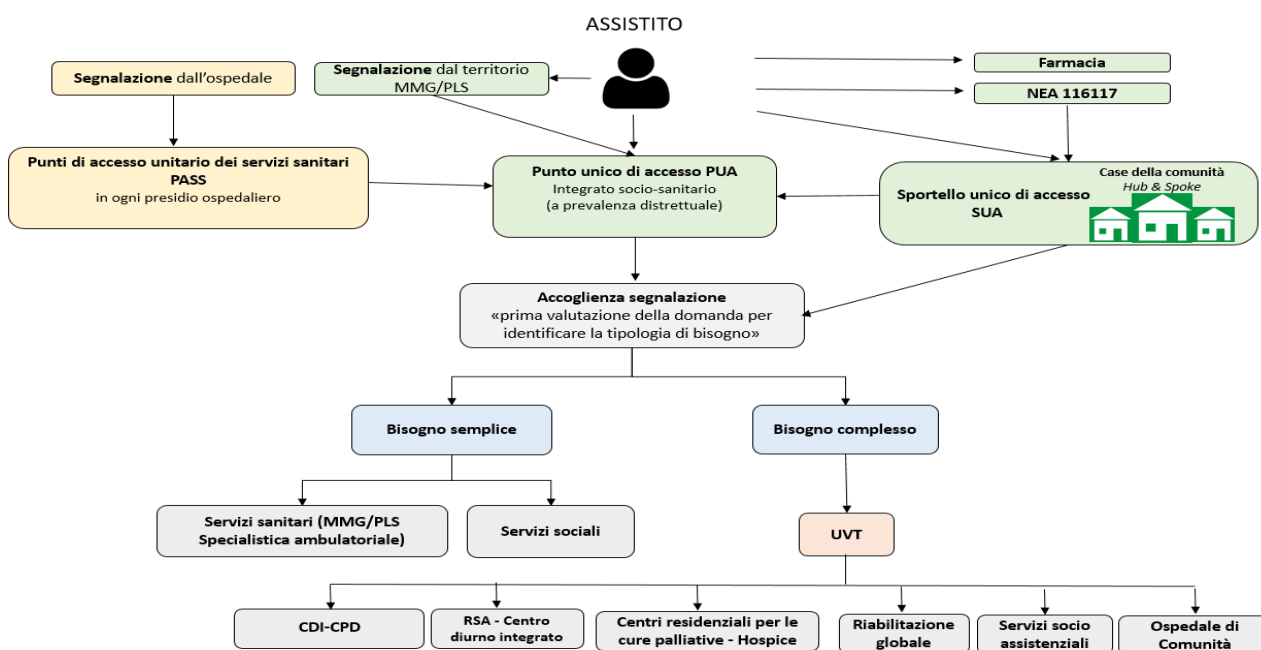
- o **riqualificazione dell'assistenza specialistica con l'obiettivo prioritario di ridurre le liste d'attesa;**

Punto unico di accesso e Unità di valutazione territoriale

Il Punto unico d'accesso (PUA), rappresenta il modello d'assistenza basato sulla presa in carico globale del paziente, frutto del passaggio dal concetto del "curare" a quello del "prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto sociale di riferimento. Il PUA è il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere informazioni relative ai servizi territoriali socio-sanitari, quali le prestazioni erogate, le modalità ed i tempi di accesso. A livello regionale, la L.R. 24/2020 prevede che le Case della comunità garantiscano, tra le altre, la funzione di Sportello unico di accesso (SUA), e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria con possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP). All'interno di ciascuna Casa della comunità, il SUA rappresenta il luogo fisico al quale il cittadino può rivolgersi per trovare risposte ai propri bisogni di salute, in maniera più capillare rispetto al PUA che, sebbene continui ad essere un punto di riferimento importante per l'accesso ai servizi socio-sanitari, risulta meno diffuso sul territorio, essendo l'unico a valenza distrettuale.

Il sistema SUA/PUA individua le priorità socio-assistenziali e indirizza gli ingressi al sistema in funzione della complessità assistenziale, offrendo risposte personalizzate e proporzionali all'intensità di cura e indirizzando l'assistito direttamente verso i servizi sanitari appropriati o, nel caso di bisogno complesso, verso la valutazione multidimensionale in unità operative specializzate (UVT), le quali garantiscono la presa in carico, l'appropriatezza ed il monitoraggio degli esiti degli inserimenti. In base alla tipologia di bisogno da soddisfare si ha una diversa presa in carico dell'assistito, personalizzando l'assistenza in base al bisogno di salute, semplice o complesso.

La successiva figura² mostra l'iter assistenziale dell'assistito sulla base della tipologia di bisogno socio-sanitario.



² DGR n° 9/22 del 24/03/2022 Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024

La UVT è una struttura operativa distrettuale che persegue l'obiettivo di garantire una valutazione multidimensionale del bisogno complesso secondo il modello bio-psico-sociale di salute. La UVT lavora in équipe multidisciplinare e multi-professionale e prende in carico il paziente con bisogno complesso nel passaggio dall'ospedale al territorio e tra i servizi sociali e sanitari. La UVT rappresenta l'organismo deputato all'attivazione della rete dei servizi territoriali a seguito della valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni del paziente, sulla base delle misurazioni pregresse effettuate dai professionisti che hanno avuto in cura il paziente, eventualmente integrate dalle misurazioni dei professionisti della stessa UVT. A seguito della valutazione del caso, la UVT elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI), il quale rappresenta lo strumento che contiene la programmazione e la pianificazione personalizzata del percorso di cura di ciascun paziente cronico. Al suo interno sono dettagliate le prestazioni che il paziente deve ricevere.

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

- **Potenziare la presa in carico globale delle persone anziane delle persone con disabilità e/o non autosufficienti, con bisogni complessi, afferenti al PUA;**
- **Garantire accoglienza, indirizzo ed accompagnamento a tutte le persone con problemi complessi e famiglie necessitanti di presa in carico globale integrata sociosanitaria;**
- **Attivare un sistema di presa in carico globale dei bisogni della persona, riferiti nello specifico ai bisogni complessi.**
- **Elaborare progettualità personalizzata, a partire da una valutazione multidimensionale del bisogno, al fine di attivare adeguati percorsi di rete per problemi complessi;**
- **Favorire l'integrazione sociosanitaria nell'ambito dei servizi territoriali e tra operatori;**
- **Attuazione del progetto di "Potenziamento del PUA/UVT" finanziato con le risorse di cui alle determinazioni RAS n°612 del 10/10/2022, 919 del 13/10/2022 e 817 del 17/04/2023.**

Case della Comunità

La Casa della Comunità è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La Casa della Comunità promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione ed l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. Si prevedono delle Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

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

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

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

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

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

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

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

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

PROGETTO PNRR	DESCRIZIONE
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_BERCHIDDA	CUP:I72C22000240006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA', COMUNE DI BERCHIDDA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_OLBIA	CUP:I92C22000270006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI OLBIA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_S.TERESA	CUP:I32C22000260006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI SANTA TERESA DI GALLURA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_TEMPIO	CUP:I52C22000310006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI TEMPIO PAUSANIA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_MADDALENA	CUP:I62C22000190006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI LA MADDALENA

PROGETTO PNRR	DESCRIZIONE
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_BUDDUSO	CUP:I62C22000180006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI BUDDUSO'
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_S.TEODORO	CUP:I92C22000280006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI SAN TEODORO
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_ARZACHENA	CUP:I42C22000170006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI ARZACHENA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_TRINITA	CUP:I92C22000290006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA', COMUNE DI TRINITA' D'AGULTU E VIGNOLA

Ad oggi gli atti di gara relativi alle Case della comunità sono stati già tutti espletati ricorrendo ad un appalto di tipo integrato nel quale sono stati affidati sia la progettazione esecutiva che i lavori.

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

Ospedale di comunità

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

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

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

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

- Lo sviluppo e l'implementazione dell'ospedale di comunità che svolge la funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, al fine di evitare i ricoveri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei ai bisogni di cura dell'assistito e più prossimi al domicilio;

- o **l'attivazione di 2 Ospedali di Comunità** nei presidi ospedalieri Paolo Dettori di Tempio Pausania e Paolo Merlo di La Maddalena:

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

Ad oggi gli atti di gara relativi agli Ospedali di Comunità sono stati già espletati ricorrendo ad un appalto di tipo integrato nel quale sono stati affidati sia la progettazione esecutiva che i lavori.

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

Riorganizzazione delle cure primarie

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

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

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

- o **Attuazione del progetto «Sistema Informativi Cure Primarie- SICP» - Realizzazione Portale di Accesso alle Cure Primarie (Soluzioni software di supporto alle Cure Primarie, PDTA e telemedicina) nel ASL GALLURA;**
- o **Riorganizzazione delle cure primarie attraverso il riassetto organizzativo e funzionale che tenda ad un maggiore coinvolgimento dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS);**
- o **Sviluppo dei sistemi di telemedicina che consentano una maggiore interconnessione tra i professionisti a vantaggio dei bisogni dei pazienti;**
- o **Graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme più aggregate ed integrate di organizzazione del**

lavoro, che consentano, se possibile in sedi uniche, di offrire risposte ai bisogni di salute dei cittadini;

- o **Attuazione del progetto aziendale finalizzato all'attivazione di ambulatori straordinari di continuità territoriale "ASCOT" per garantire l'assistenza sanitaria di base nelle sedi vacanti di cui alla delibera del Direttore Generale n°254 del 11/05/2023.**

Infermiere di famiglia

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

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

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

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

- apertura dei servizi di ambulatorio infermieristico nei centri che saranno sede delle Case della Comunità. In tali ambulatori sono fornite le seguenti prestazioni: somministrazione di farmaci per via intramuscolare, endovenosa, sottocutanea e intradermica con prescrizione medica; istruzione alle tecniche di somministrazione di terapia nutrizionale e farmacologica; medicazioni semplici e avanzate di ferita chirurgica, accidentale, di lesione da pressione o vascolare; rimozione di punti di sutura delle ferite chirurgiche; esecuzione di bendaggi semplici o elastici; rilevazione e monitoraggio dei parametri vitali quali pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria; controllo delle urine con impiego di strisce reattive; gestione dei cateteri vescicali; gestione dei cateteri venosi centrali e periferici; istruzione e gestione di stomie cutanee quali tracheotomie, ileostomie, nefrostomie, Peg; istruzione all'autocontrollo dei valori glicemici.

Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA) e Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

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

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

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

- o **almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100000 abitanti.**

Sull'esempio delle USCA e in coerenza con il decreto ministeriale n. 77 del 23/5/2022 *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale"*, la DGR n. 27/37 del 10/08/2023 prevede l'attivazione sperimentale delle Unità di continuità assistenziale **(UCA)** che sono equipe mobili distrettuali per la gestione ed 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. L'UCA afferisce al distretto ed è composta da un medico ed un infermiere che operano nel territorio di riferimento in collaborazione con MMG, PLS, UCCP e che può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti sia del territorio che ospedalieri.

Nell'ambito della ASL Gallura la DGR n. 27/37 del 10/08/2023 prevede l'attivazione sperimentale di n° 2 UCA.

La Centrale Operativa Territoriale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ad oggi gli atti di gara relativi alle COT sono stati già espletati ricorrendo ad un appalto di tipo integrato nel quale sono stati affidati sia la progettazione esecutiva che i lavori ed inoltre i lavori si sono conclusi con l'imminente apertura delle COT che avverrà al massimo entro il 31/03/2024. Al fine dell'attivazione e funzionamento delle suddette COT, l'azienda ha pertanto anche adottato la Delibera n°483 del 16/08/2023 con oggetto "*Manifestazione di Interesse per titoli e colloquio*

rivolta al personale dipendente a tempo indeterminato, per n. 16 posti di collaboratore professionale sanitario Infermiere, da destinare alle Centrali Operative Territoriali”.

Attività di specialistica ambulatoriale e Governo Liste D’attesa

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda l’appropriatezza prescrittiva della specialistica ambulatoriale, così come disposto dalla normativa nazionale, l’accesso alle prestazioni sanitarie, da parte del cittadino, si realizza con l’inserimento della relativa richiesta nelle liste di attesa secondo le classi di priorità indicate sulla ricetta. I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici erogatori delle prestazioni sanitarie rivestono un ruolo centrale nell’utilizzo di modalità organizzative basate sulla selezione delle priorità. Il medico di medicina generale, inoltre, concorre al processo di

governo della domanda attraverso l'analisi dei bisogni, la scelta clinico-terapeutica e l'individuazione di un percorso assistenziale efficace e appropriato. Sulla base delle corrette indicazioni cliniche, le classi di priorità rappresentano un valido strumento per assegnare il corretto tempo di accesso alle prestazioni sanitarie e il regime organizzativo più adatto. Al fine di raggiungere questo obiettivo, il medico prescrittore deve indicare obbligatoriamente su tutte le prescrizioni le seguenti indicazioni:

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

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

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

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

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

A causa della Emergenza pandemica, in ottemperanza alle disposizioni ministeriali, regionali e aziendali, al fine del contenimento della diffusione dell'infezione, tutta l'attività programmata che non rivestiva carattere di urgenza/emergenza, è stata sospesa temporaneamente, interrompendo di fatto, sia la prenotazione che l'erogazione di tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali con codice di priorità D e P.

La produzione di prestazioni ospedaliere per acuti, erogate nel Presidio Ospedaliero Unico dell'ASL Gallura, nel 2020 ha subito una riduzione di circa il 30% rispetto all'anno 2019, in cui l'attività di ricovero era a pieno regime, l'attività di Screening ha subito una riduzione in termini di inviti inoltrati e di accertamenti diagnostici effettuati e il volume di prestazioni ambulatoriali erogate nell'ambito delle strutture dell'Asl Gallura, ha subito una riduzione di circa il 44% rispetto all'anno

2019, in cui l'attività veniva erogata a pieno regime. Tale riduzione è dovuta oltre che all'effetto della forte pressione della pandemia nelle strutture pubbliche, anche all'elevata percezione del rischio infettivo da parte degli utenti che potrebbe aver comunque scoraggiato il ricorso alle prestazioni.

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

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

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

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

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

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

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

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

L'Assistenza Domiciliare

L'Assistenza Domiciliare è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio

di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

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

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

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

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

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate alla progressiva presa in carico fino a raggiungere il seguente target:

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

L'Assistenza Riabilitativa

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

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

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

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

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

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

L'offerta riabilitativa territoriale include i seguenti interventi:

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

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

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

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

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate al:

- **Potenziamento delle attività di riabilitazione nel territorio;**
- **Introduzione della figura del fisioterapista di comunità e definizione del percorso;**

La Rete di Cure Palliative

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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le cure palliative come *"un approccio integrato in grado di migliorare la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale."*

La Regione Sardegna ha formalmente recepito l'Intesa Stato Regioni del 2012 istituendo la rete delle cure palliative (delibera 33/32 del 08.08.2013) e della terapia del dolore (delibera 5/31 del 11.02.2014; ha istituito il "Coordinamento Regionale per le cure palliative", col compito di

monitorare la rete per garantire l'erogazione di livelli uniformi di assistenza a livello regionale, successivamente ridefinito nella sua composizione e nei compiti con Decreto n. 6 del 27.01.2015. Nell'ambito dei lavori del coordinamento regionale è stato stimato che ogni anno muoiano in Sardegna circa 4.800 pazienti per patologia oncologica (di questi il 90% necessiterà di cure palliative); se a questi si sommano i pazienti affetti da malattie non oncologiche, ma che rientrano a pieno titolo nella rete, il numero di malati che necessitano di cure di fine vita è stimato in circa 8 mila. Sulla base delle considerazioni esposte, la Regione Sardegna ha ravvisato l'opportunità di rivedere e completare l'attuale organizzazione della rete regionale cure palliative nella logica di una maggiore capacità di intercettare gli assistiti che necessitano di cure palliative, assicurando così ai malati e alle loro famiglie una migliore qualità assistenziale.

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

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

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

La Rete assicura:

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

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

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

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

- intercettare tempestivamente i malati che necessitano di cure palliative con qualunque patologia;

- privilegiare l'accesso alle cure palliative domiciliari e in hospice, riducendo il ricorso all'ospedalizzazione;
- garantire la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali.

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

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

CHRONIC CARE MODEL

89

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

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

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

Inoltre, considerata l'importanza di un approccio integrato sociosanitario, si cerca di garantire il corretto coordinamento delle attività distrettuali e ospedaliere, dell'integrazione territorio-

ospedale, dei distretti, della rete regionale dell'emergenza e ospedaliera, in una visione coordinata del sistema delle strutture pubbliche e private accreditate.

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

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

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

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

La *riorganizzazione del servizio* è finalizzata a garantire tempestività delle risposte ed equità nell'accesso a tutti i cittadini, in modo da assicurare un'effettiva continuità dell'assistenza rispetto ai medici di assistenza primaria ed anche al Sistema di Emergenza Territoriale 118 (SET 118). Attualmente il Servizio di Continuità Assistenziale presenta delle *importanti criticità* tra cui l'insufficiente appropriatezza delle prestazioni erogate e la mancanza di meccanismi di filtro (o triage) delle richieste degli assistiti che espongono il medico dei "punti guardia" alla possibilità di richiesta inappropriata. Inoltre, il livello di qualità percepita dalla utenza non è soddisfacente in relazione alle aspettative per cui si crea il fenomeno del ricorso inappropriato al Pronto Soccorso e al SET 118. Infine, l'attuale assenza di utilizzo delle forme associative tra i medici di assistenza primaria, le Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) nell'erogazione delle attività, limita l'effettiva continuità della presa in carico globale degli assistiti. Pertanto, il processo di riorganizzazione che s'intende attuare sul territorio tiene conto sia di tali criticità sia dell'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse, ponendo, in un sistema di rete e circolarità, gli operatori del servizio di continuità assistenziale in modo da realizzare le necessarie e opportune sinergie con i MMG/PLS e la rete dell'emergenza- urgenza. La riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale, in fase di definizione, terrà conto dei volumi di attività sanitaria giornalieri e annui, della rete viaria e della percorribilità delle strade, della dislocazione territoriale delle postazioni del 118, della presenza

sul territorio delle istituende Case della Salute e degli Ospedali di Comunità ma soprattutto dell'attivazione del Numero Unico Europeo armonizzato a valenza sociale 116117. I modelli di applicazione del Chronic Care Model assistenziali hanno in comune molti elementi, tra i quali:

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

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

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

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

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

PATOLOGIA CRONICA	N° PAZIENTI	% POPOLAZIONE
Diabete Mellito	694	6,54
Iipertensione arteriosa	1.382	13,02
Scompenso cardiaco YHA classe III e IV	35	0,33
Cardiopatia ischemica cronica	90	0,85
Altre patologie cardiovascolari	253	2,38
Insufficienza respiratoria cronica	16	0,15

PATOLOGIA CRONICA	N° PAZIENTI	% POPOLAZIONE
Altre patologie respiratorie croniche	256	2,41
Patologie neoplastiche maligne oncologici	410	3,86
Malattie reumatologiche	129	1,22
Malattie endocrinologiche	796	7,5
Insufficienza renale cronica	56	0,53
Altre patologie renali croniche	38	0,36
Epatopatie croniche	175	1,65
Patologia cronica apparato gastroenterico	52	0,49
Patologia oculare cronica	134	1,26
Patologia psichiatrica e dipendenze	49	0,46
Dislipidemie	302	2,84
Malattie rare	20	0,19
Malattie ematologiche	20	0,19
Patologia neurologica	116	1,09
Altre patologie croniche	18	0,17

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

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

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

In riferimento alle malattie croniche, e nello specifico al Diabete, nel corso dell'estate 2023 è stato avviato un progetto educativo e riabilitativo teso ad insegnare a gestire il diabete lontani dalle strutture sanitarie e dalle farmacie, ma coadiuvati dalla telemedicina a bordo di una imbarcazione: in tal senso un equipaggio composto da quindici pazienti diabetici di tipo 1 insulino-dipendenti, la maggior parte dei quali galluresi, accompagnati da due medici, durante i sei giorni di navigazione a bordo del veliero "Nave Italia" della Marina Militare, ha affrontato una sfida impegnativa e altamente educativa imparando a gestire la patologia andando oltre la routine quotidiana cercando di ridurre gli ostacoli delle tempistiche delle cure e valutando le capacità di adattamento in una condizione diversa da quella di tutti i giorni.

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

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

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

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

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate a:

- **Intercettare il bisogno di Salute Mentale in stretta collaborazione con MMG, PLS, MCA;**
- **Gestione integrata tra i professionisti avvalendosi anche di strumenti di telemedicina;**
- **Accessibilità, presa in carico, continuità delle cure e personalizzazione del percorso di cura;**
- **Avviare percorsi a differente intensità assistenziale in rapporto ai bisogni di cura;**
- **Implementare servizi flessibili, orientati sui bisogni delle persone;**
- **Intercettare e prendere in carico le nuove dipendenze;**
- **Favorire una precoce presa in carico, intercettando la popolazione minorile;**
- **Avviare percorsi di prevenzione sul territorio finalizzati a uno stile di vita libero da dipendenze; condividere percorsi di prevenzione e cura condivisi con tutti i servizi del DSMD;**
- **Creazione di micro-equipe dedicate così come previsto per i Disturbi dello Spettro Autistico, dai riferimenti normativi nazionali e regionali (D.G.R n 40 /5 del 4/08/2020) per gli altri Disturbi del Neuro-sviluppo che includano tutte le professionalità previste per la diagnosi;**
- **Attuazione del progetto "Interventi rivolti alle persone con disturbi dello spettro autistico" di cui al decreto del Ministro per le disabilità del 29 luglio 2022 e DGR n°38/72 del 21/12/2022 (CSM e NPJA) Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità 2022/2023;**
- **Completare e potenziare la pianta organica delle strutture del DSMD.**

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

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

Tre sono i pilastri dell'attività consultoriale:

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

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

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate al:

- o **attivazione del dipartimento Donne e minori;**
- o **potenziamento delle politiche di sostegno all'individuo, alla coppia, alla famiglia e genitorialità nel territorio.**
- o **potenziamento del volume di gravidanze a basso rischio prese in carico dal consultorio;**
- o **Attivazione e consolidamento dell'attività ambulatoriale di riabilitazione del pavimento pelvico nel territorio;**
- o **Introduzione della figura dell'ostetrica di comunità con l'individuazione di n° 3 unità.**

La Telemedicina

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

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

L'attivazione degli strumenti di telemedicina, quali la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, la teleassistenza, la telerefertazione o la teleriabilitazione, costituiscono, quindi, una reale opportunità di strutturazione di modelli di gestione integrati, in

grado di rispondere sia alle necessità di sistema sia, in un'ottica di medicina d'iniziativa, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021", con particolare riferimento alla gestione della cronicità.

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

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

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

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

- Presenza di una rete di collegamento sempre disponibile tra medici e pazienti;
- Possibilità di accesso ad un portale web dedicato, a cui i medici fanno riferimento per gestire i pazienti loro assegnati;
- Creazione di un'interfaccia per i pazienti semplice e intuitiva, che permetta un login con verifica dell'identità;
- Compatibilità con il Garante della privacy (GDPR) per il trattamento dei dati personali sensibili;
- Possibilità per operatori e pazienti di potersi connettere al sistema con qualsiasi dispositivo o strumento digitale a disposizione;
- Certificazione dell'hardware e del software, come dispositivi medici, idonei alla tipologia di prestazioni che si intendono effettuare in telemedicina.

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

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

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

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

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

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

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

Progetto ABBOTT: utilizza moderne tecnologie per il controllo da remoto dei dispositivi impiantabili per il trattamento della bradicardia, della tachicardia, dell'insufficienza cardiaca (HF) nonché per il monitoraggio delle aritmie e includono pacemaker cardiaci (PM), defibrillatori impiantabili (ICD), dispositivi per la terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT) e loop recorder impiantabili (ILR). Area sperimentazione: Cardiologia di Olbia;

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

POPULATION HEALTH MANAGEMENT (PHM)

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

Il PHM è dunque una modalità di programmazione territoriale che si avvale delle moderne tecnologie dell'informazione e della comunicazione e di strumenti di gestione e analisi di Big Data

per analizzare e aggregare i dati e fornire un quadro clinico completo di ciascun paziente. Utilizzando tali dati si possono tracciare e migliorare i risultati clinici, ottenendo come effetto collaterale positivo anche una riduzione dei costi, derivante da una migliore appropriatezza delle cure.

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

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

La presa in carico del paziente con bisogno semplice: PDTA

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivo:

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

Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN

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

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

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

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

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

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

PROGETTO PNRR	DESCRIZIONE
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_BERCHIDDA	CUP:I72C22000240006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA', COMUNE DI BERCHIDDA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_OLBIA	CUP:I92C22000270006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI OLBIA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_S.TERESA	CUP:I32C22000260006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI SANTA TERESA DI GALLURA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_TEMPIO	CUP:I52C22000310006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI TEMPIO PAUSANIA
PNRR_M6C1_A2_1.2.2_COT_OLBIA	CUP:I92C22000260008 - M6C1 Int. 1.2.2-PNRR - CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE- COMUNE DI OLBIA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_MADDALEN A	CUP:I62C22000190006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI LA MADDALENA
PNRR_M6C1_A2_1.2.2_COT_TEMPIO	CUP:I52C22000300008 - M6C1 Int. 1.2.2-PNRR - CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE- COMUNE DI TEMPIO PAUSANIA

PROGETTO PNRR	DESCRIZIONE
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_BUDDUSO	CUP:I62C22000180006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI BUDDUSO'
PNRR_M6C1_A2_1.3_OSP_TEMPIO	CUP:I52C22000290006 - M6C1 Int. 1.3-PNRR OSPEDALE DI COMUNITA', PAOLO DETTORI, COMUNE DI TEMPIO PAUSANIA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_S.TEODORO	CUP:I92C22000280006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI SAN TEODORO
PNRR_M6C2_A2_1.2_OSP_MADDALENA	CUP:I62C22000170006 - M6C1 Int. 1.3-PNRR OSPEDALE DI COMUNITA', PAOLO MERLO, COMUNE DI LA MADDALENA
PNRR_M6C2_A2_1.2_OSP_TEMPIO	CUP:I52C22000280006 - M6C2 Int. 1.2-INTERVENTO ADEGUAMENTO SISMICO - OSPEDALE PAOLO DETTORI, TEMPIO
PNRR_M6C1_A2_1.3_OSP_MADDALENA	CUP:I62C22000170006 - M6C1 Int. 1.3-PNRR OSPEDALE DI COMUNITA', PAOLO MERLO, COMUNE DI LA MADDALENA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_ARZACHENA	CUP:I42C22000170006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI ARZACHENA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_TRINITA	CUP:I92C22000290006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA', COMUNE DI TRINITA' D'AGULTU E VIGNOLA

Nell'ambito del PNRR - MISSIONE 1 - COMPONENTE 1 - INVESTIMENTO 1.4 "SERVIZI E CITTADINANZA DIGITALE" - Misura 1.4.3 - è stato attivato il progetto "Adozione piattaforma PagoPA", di cui alla Delibera del Direttore Generale n° 271 del 22/05/2023. Attraverso l'integrazione dei sistemi applicativi in uso con il portale CUP della Regione Sardegna, tale progetto si pone l'obiettivo di monitorare in modo univoco il flusso dei pagamenti a favore dell'azienda con indicazione certa del debitore e consentire a tutti gli utenti della ASL Gallura il pagamento elettronico tramite la piattaforma Pago PA di numerosi servizi quali i ticket per prestazioni sanitarie incluse quelle ALPI, di pronto soccorso, per vaccinazioni non obbligatorie, accesso agli atti, copia cartelle cliniche e altre.

A.3 Area dell'Assistenza Ospedaliera

1. Indirizzi Nazionali e Regionali in materia

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

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

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

2. Offerta di prestazioni e servizi sul territorio

Nei primi dodici mesi dell'anno 2022 si osserva una diminuzione del volume di attività erogata dai presidi ospedalieri dell'Asl Gallura rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente: il numero complessivo di dimissioni per acuti e il corrispondente volume complessivo di giornate si riducono,,; più nello specifico, le dimissioni in regime di ricovero ordinario di 651 casi così come le giornate di degenza che passano da 60.550 dei primi dodici mesi del 2021 a 54.560 dello stesso periodo del 2022. Con riferimento all'attività di ricovero in regime ordinario per il biennio 2022-2021 si osserva una flessione dei DRG CH del 6% e si rileva anche una riduzione dei DRG MD del 10%. Il confronto dei dati di attività in regime ordinario per il triennio 2022-2020 evidenzia una riduzione dei DRG CH del 6% e del 14,2% per i DRG MD.

ASL Gallura	2022	2021	2020	D 2022- 2021	D 2022- 2020
Regime Ordinario					
GG di Degenza	54.560	60.550	61.660	-9,90%	-11,50%
Totale Casi (Ord.)	6.661	7.312	7.513	-8,90%	-11,30%
DRG Medici	4.239	4.725	4.941	-10,30%	-14,20%
DRG Chirurgici	2.356	2.510	2.508	-6,10%	-6,10%
% DRG Chirurgici	35,37%	34,33%	33,38%	-	-

100

ASL Gallura	2022	2021	2020	D 2022- 2021	D 2022- 2020
Regime Diurno					
Totale Casi (DH)	2.255	2.073	1.849	8,80%	22,00%
Numero Accessi	6.987	6.550	5.969	6,70%	17,10%
DRG Medici	1.393	1.262	1.021	10,40%	36,40%
DRG Chirurgici	862	811	826	6,29%	4,36%

Gli accessi in Day Hospital registrano un incremento passando dai 6.550 del 2021 ai 6.987 del 2022; aumentano i casi dai 2.073 del 2021 ai 2.225 del 2022 (+ 8,8%). In relazione all'attività di ricovero in regime diurno per il biennio 2022-2021 si osserva un aumento dei DRG CH del 6,29% e si registra un incremento dei DRG MD del 10,4%. Confrontando gli stessi dati per il periodo 2022-2020 i DRG CH hanno una crescita pari al 4,36%, mentre si osserva un significativo aumento del 36,4% per i DRG MD.

ASL Gallura Totale attività di ricovero				
Regime di Ricovero	Indicatore	2022	2021	2020
Ricovero Ordinario	Totale Casi	6.661	7.312	7.513
Ricovero Ordinario	Posti Letto	304	304	304
Ricovero Ordinario	DRG Medici	4.239	4.725	4.924

ASL Gallura Totale attività di ricovero				
Regime di Ricovero	Indicatore	2022	2021	2020
Ricovero Ordinario	Posti Letto	304	304	302
Ricovero Ordinario	DRG Medici	4.239	4.725	4.941
Ricovero Ordinario	DRG Chirurgici	2.356	2.510	2.508
Ricovero Ordinario	% DRG Ch.	35,37%	34,33%	33,38%
Ricovero Ordinario	Perc. Attrattività Pazienti Extra Regione	8,44%	7,85%	5,78%
Ricovero Ordinario	Perc. Attrattività Pazienti Intra Regione	14,20%	12,86%	12,29%
Ricovero Ordinario	Numero Pazienti Extra Regione	546	551	422
Ricovero Ordinario	Numero Pazienti Intra Regione	850	835	841
Ricovero Ordinario	GG di Degenza	54.560	60.550	61.660
Ricovero Ordinario	Tasso Occupazione Posti Letto	49,17%	54,57%	55,78%
Ricovero Ordinario	Degenza Media (gg)	8,2	8,3	8,2
Ricovero Ordinario	Dimessi stesso giorno ric. (dim.vivi)	828	732	780
Ricovero Ordinario	Dimessi 0_2 giorno (dim.vivi)	1.499	1.394	1.426
Ricovero Ordinario	Dimissioni Protette	2,37%	2,27%	2,40%
Ricovero Ordinario	Numero Dimissioni Protette	158	166	178
Ricovero Ordinario	Dimessi Morti	390	395	368
Ricovero Ordinario	% DRG a rischio inappropriately in DO (DGR 29 del 29-12-2015 all. 2)	7,98%	8,38%	9,37%
Ricovero Ordinario	% Ric. Med. Dur. > 12 gg in pz. età > 65aa	10,7%	11,1%	10,7%
Ricovero Ordinario	Punti DRG (Peso Complessivo Ric.)	7.616	8.378	8.425
Ricovero Ordinario	Peso Medio DRG	1,14	1,15	1,12
Ricovero Ordinario	Totale Valore (€)	21.772.870	24.651.743	24.680.661
Ricovero Ordinario	Parti totali	764	870	852
Ricovero Ordinario	Parti Cesarei	285	319	304
Ricovero Ordinario	% Parti Cesarei	37,3%	36,7%	35,7%
Assistenza Neonatale	Neonati Sani (DRG 391)	710	798	786
Ricovero Day Hospital	Posti Letto	32	32	32
Ricovero Day Hospital	Totale Casi	2.255	2.073	1.849
Ricovero Day Hospital	DRG Medici	1.393	1.262	1.021
Ricovero Day Hospital	DRG Chirurgici	862	811	826
Ricovero Day Hospital	Num.accessi medi	3,1	3,2	2,9
Ricovero Day Hospital	Numero Accessi	6.987	6.550	5.969
Ricovero Day Hospital	Perc. Attrattività Pazienti Extra Regione	2,75%	3,04%	1,84%
Ricovero Day Hospital	Perc. Attrattività Pazienti Intra Regione	17,12%	13,41%	12,87%
Ricovero Day Hospital	Numero Pazienti Extra Regione	62	63	34
Ricovero Day Hospital	Numero Pazienti Intra Regione	386	278	238
Ricovero Day Hospital	% Ric. DH Med. Final. Diagnostiche (T9)	14,64%	16,24%	10,70%
Ricovero Day Hospital	Punti DRG (Peso Complessivo Ric.)	1661	1553	1408
Ricovero Day Hospital	Peso Medio DRG	0,74	0,75	0,76
Ricovero Day Hospital	Totale Valore (€)	3.430.746	3.066.724	2.895.558
Ord. + Dh	Totale DRG Chirurgici	3.218	3.321	3.334

Le tabelle seguenti rappresentano per l'anno 2022 e 2021 il numero di ricoveri e il tasso di ospedalizzazione per regime di ricovero relativo alla popolazione dell'ASL GALLURA.

Anno		2022		Popolazione		158.221	
ASL Residenza	Distretto Geog. Residenza	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale	Tasso di Ospedalizzazione Ricoveri Ordinari (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione Ricoveri Diurni (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.)
ASL Gallura	Olbia*	12.462	3.466	15.928	78,76	21,91	100,67
ASL Gallura	Tempio Pausania	2.699	1.095	3.794	17,06	6,92	23,98
Totale ASL GALLURA		15.161	4.561	19.722	95,82	28,83	124,65

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

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

Anno		2021		Popolazione		157.321	
ASL Residenza	Distretto Geog. Residenza	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale	Tasso di Ospedalizzazione Ricoveri Ordinari (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione Ricoveri Diurni (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.)
ASL Gallura	Olbia	11.431	2.926	14.357	72,25	18,49	90,74
ASL Gallura	Tempio Pausania	2.450	918	3.368	15,48	5,80	21,29
Totale ASL GALLURA		13.881	3.844	17.725	87,73	24,30	112,03

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

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

ASL Residenza	Distretto Geog. Residenza	Delta Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.) 2021-2020 Ricoveri Ordinari	Delta Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.) 2020-2021 Ricoveri Diurni	Delta Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.) 2021-2020
ASL Gallura	Olbia	6,52	3,41	9,93
ASL Gallura	Tempio Pausania	1,57	1,12	2,69
Totale ASL GALLURA		8,09	4,53	12,62

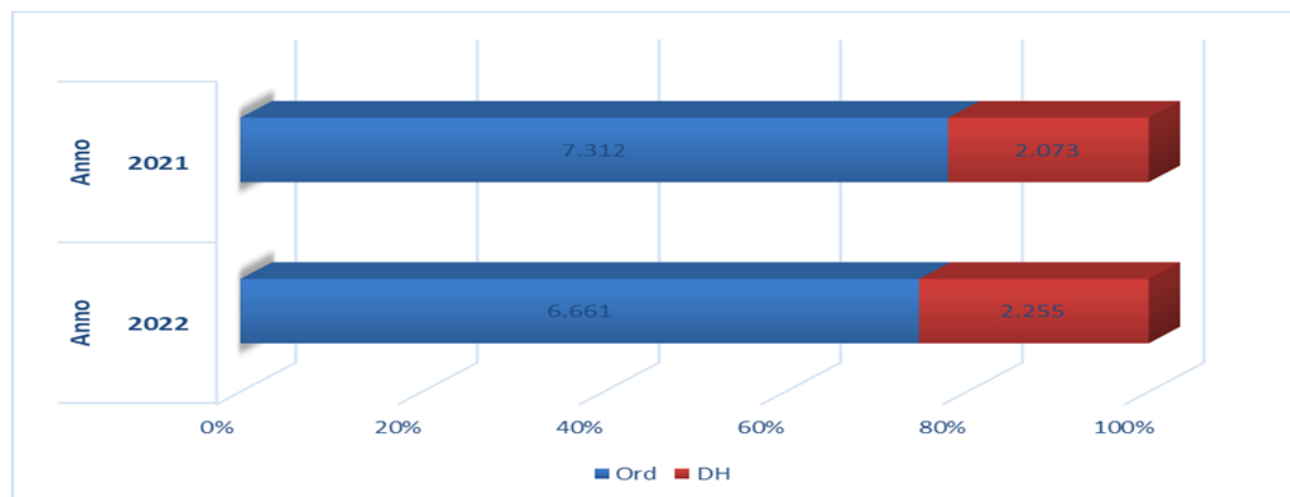
* Il dato del Distretto Soc. San di Olbia è comprensivo delle prestazioni erogate per i residenti del Distretto di La Maddalena

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

Le tabelle sovraespresse rappresentano il confronto tra i ricoveri (per il 2022 il dato è riferito a strutture pubbliche e private, il dato riferito al 2021 sconta la mobilità passiva) per regime di ricovero nel biennio 2022/2021, con un dettaglio sia generale che per Distretto Socio Sanitario di residenza degli assistiti e la variazione del tasso di ospedalizzazione grezzo per mille abitanti.

Il tasso di ospedalizzazione per l'anno 2022 si attesta al 124,65 rispetto al 112,03 registrato nell'anno 2021, quindi confermandosi in aumento. L'anno 2022 di conseguenza vede i tassi di ospedalizzazione in aumento: per i ricoveri ordinari la variazione è + 9,93 e per i ricoveri in DH è pari a + 2,69. L' aumento per la Asl Gallura nel biennio in esame è di + 12,62 (il dato 2021 sconta la mobilità passiva).

Il grafico sottostante rappresenta il confronto dei dimessi per regime di ricovero per le annualità 2021/2022 ASL Gallura.



Analisi dei primi 30 DRG prodotti in Asl Gallura negli anni 2022/2021

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

Primi 30 DRG ordinati per numerosità decrescente	2022					2021					Delta	Delta %
	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+DH)	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+DH)		
DRG	Dimesi	Giornate	Degenza Media	Dimessi		Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi			
Totale Complessivo	6.810	53.261	7,82	2.192	9.002	7.536	59.249	7,86	2.065	9.601	-599	-6,24%
	Dimesi	Giornate	Degenza Media	Dimessi	Totale Dimessi	Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi	Totale Dimessi	Delta	Totale Dimessi
391 [M] - Neonato normale	730	2210	3,03	0	730	798	2379	2,98	0	798	-68	-8,52%
410 [M] - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	0	0	-	550	550	1	5	5,00	527	528	22	4,17%
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	451	1547	3,43	0	451	520	1692	3,25	0	520	-69	-13,27%

Primi 30 DRG ordinati per numerosità decrescente	2022					2021					Delta	Delta %
	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+DH)	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+DH)		
DRG	Dimesi	Giornate	Degenza Media	Dimessi		Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi			
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	185	895	4,84	145	330	165	733	4,44	154	319	11	3,45%
371 [C] - Parto cesareo senza CC	271	1224	4,52	0	271	294	1415	4,81	0	294	-23	-7,82%
576 [M] - Setticemia senza ventilazione meccanica 96 ore, età > 17 anni	262	4572	17,45	0	262	321	5173	16,12	0	321	-59	-18,38%
381 [C] - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	58	100	1,72	156	214	91	178	1,96	197	288	-74	-25,69%
380 [M] - Aborto senza dilatazione e raschiamento	41	74	1,80	167	208	38	50	1,32	75	113	95	84,07%

Primi 30 DRG ordinati per numerosità decrescente	2022					2021					Delta	Delta %
	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)		
	DRG	Dimessi	Giornate	Degenza Media		Dimessi	Dimessi	Giornate	Degenza Media			
087 [M] - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	198	2606	13,16	1	199	202	2346	11,61	0	202	-3	-1,49%
211 [C] - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	192	2636	13,73	0	192	194	2330	12,01	0	194	-2	-1,03%
219 [C] - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	174	1299	7,47	0	174	192	1381	7,19	0	192	-18	-9,38%
124 [M] - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	165	599	3,63	1	166	111	522	4,70	1	112	54	48,21%
127 [M] - Insufficienza cardiaca e shock	164	1763	10,75	1	165	269	2853	10,61	0	269	-104	-38,66%
379 [M] - Minaccia di aborto	139	863	6,21	0	139	120	676	5,63	0	120	19	15,83%
430 [M] - Psicosi	136	1287	9,46	0	136	111	1179	10,62	0	111	25	22,52%
229 [C] - Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	56	114	2,04	76	132	58	109	1,88	64	122	10	8,20%
089 [M] - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	129	1828	14,17	1	130	107	1490	13,93	1	108	22	20,37%

Primi 30 DRG ordinati per numerosità decrescente	2022					2021					Delta	Delta %
	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)		
	Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi		Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi			
245 [M] - Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	0	0	-	123	123	1	2	2,00	70	71	52	73,24%
544 [C] - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	119	1799	15,12	0	119	115	1578	13,72	0	115	4	3,48%
369 [M] - Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	33	125	3,79	75	108	36	85	2,36	85	121	-13	-10,74%

Primi 30 DRG ordinati per numerosità decrescente	2022					2021					Delta	Delta %
	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)		
	DRG	Dimessi	Giornate	Degenza Media		Dimessi	Dimessi	Giornate	Degenza Media			
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	66	942	14,27	38	104	111	1327	11,95	47	158	-54	-34,18%
122 [M] - Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	97	475	4,90	0	97	62	322	5,19	0	62	35	56,45%
139 [M] - Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	44	86	1,95	48	92	40	130	3,25	49	89	3	3,37%
487 [M] - Altri traumatismi multipli rilevanti	87	545	6,26	0	87	57	291	5,11	0	57	30	52,63%
006 [C] - Decompressione del tunnel carpale	0	0	-	87	87	0	0	-	92	92	-5	-5,43%
552 [C] - Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	82	150	1,83	0	82	86	294	3,42	0	86	-4	-4,65%
557 [C] - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	81	409	5,05	0	81	126	770	6,11	0	126	-45	-35,71%
316 [M] - Insufficienza renale	77	1106	14,36	0	77	80	1131	14,14	0	80	-3	-3,75%
082 [M] - Neoplasie dell'apparato respiratorio	45	665	14,78	30	75	67	905	13,51	45	112	-37	-33,04%
494 [C] - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	73	239	3,27	0	73	33	142	4,30	0	33	40	121,21%

Nella tabella seguente sono rappresentati i dati relativi ai 3 DRG per i quali l'incremento per il 2022 in valore assoluto rispetto al 2021 è maggiore.

DRG con maggiore incremento in valore assoluto	2022					2021					Del ta	Del ta %
	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)		
	Dimessi	Giornate	Degenza a Media	Dimessi		Dimes si	Giorn ate	Degenza a Media	Dimessi			
380 [M] - Aborto senza dilatazione e raschiamento	41	74	1,80	167	208	38	50	1,32	75	113	95	84,07%
124 [M] - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	165	599	3,63	1	166	111	522	4,70	1	112	54	48,21%
245 [M] - Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	0	0	-	123	123	1	2	2,00	70	71	52	73,24%

Nella tabella seguente si riportano le DGN relative ai 3 DRG maggiormente incrementati.

DRG	Diagnosi principale	ANNO	
		2022	2021
124 [M] - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	396.0 - Stenosi Della Valvola Mitrale E Della Valvola Aortica	1	
	396.3 - Insufficienza Della Valvola Mitrale E Della Valvola Aortica		1
	411.1 - Sindrome Coronarica Intermedia	125	83
	411.89 - Ulteriori Forme,Acute E Subacute Di Cardiopatia Ischemica		1
	414.01 - Aterosclerosi Coronarica Di Arteria Coronarica Nativa	1	
	414.9 - Cardiopatia Ischemica Cronica Non Specificata		1
	420.91 - Pericardite Acuta Idiopatica	2	
	422.90 - Miocardite Acuta Non Specificata	2	
	422.91 - Miocardite Idiopatica	1	1
	424.0 - Disturbi Della Valvola Mitrale	1	
	425.1 - Cardiomiopatia Ipertrofica Ostruttiva	1	
	425.4 - Altre Cardiomiopatie Primitive	1	
	425.9 - Cardiomiopatia Secondaria,Non Specificata		2
	427.0 - Tachicardia Parossistica Sopraventricolare	1	
	427.1 - Tachicardia Parossistica Ventricolare	2	3
	427.31 - Fibrillazione Atriale	1	
	427.89 - Altre Aritmie Cardiache Specificate	1	
	428.0 - Insufficienza Cardiaca Congestizia Non Specificata (Scompenso Cardiaco Congestizio Non Specificato)	9	
	428.1 - Insufficienza Del Cuore Sinistro (Scompenso Cardiaco Sinistro)	14	14
	428.20 - Insufficienza Cardiaca Sistolica Non Specificata		1
	428.21 - Insufficienza Cardiaca Sistolica Acuta		1
	428.22 - Insufficienza Cardiaca Sistolica Cronica	1	1
	428.23 - Insufficienza Cardiaca Sistolica Acuta E Cronica	1	2
	428.41 - Insufficienza Cardiaca Sistolica E Diastolica Combinata Acuta		1
	996.71 - Altre Complicazioni Da Protesi Valvolari Cardiache	1	
	Totale DRG 154	166	112
245 [M] - Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	715.14 - Artrosi Localizzata Primaria,Carpo,Metacarpo Ed Articolazioni Interfalangee Della Mano	1	
	715.15 - Artrosi Localizzata Primaria,Anca	1	2
	715.16 - Artrosi Localizzata Primaria,Ginocchio	42	45
	715.26 - Artrosi Localizzata Secondaria,Ginocchio		1
	715.36 - Artrosi Localizzata,Non Specificata Se Primaria O Secondaria,Ginocchio		1

		ANNO	
DRG	Diagnosi principale	2022	2021
	716.17 - Artrosi Post-Traumatica ,Tibio Tarsica Ed Articolazioni Del Piede		1
	731.1 - Osteite Deformante In Malattie Classificate Altrove	1	1
	732.8 - Altre Forme Specificate Di Osteocondropatia		1
	732.9 - Osteocondropatia Non Specificata	77	18
	733.00 - Osteoporosi Non Specificata	1	1
	Totale DRG 245	123	71

		ANNO	
DRG	DGN princ.	2022	2021
380 [M] - Aborto senza dilatazio ne e raschiam ento	632 - Aborto Ritenuto	65	18
	634.11 - Aborto Spontaneo Complicato Da Emorragia Tardiva O Eccessiva,Incompleto	3	5
	634.12 - Aborto Spontaneo Complicato Da Emorragia Tardiva O Eccessiva,Completo	2	
	634.90 - Aborto Spontaneo Senza Complicazione Riferita,Non Specificato Se Completo O Incompleto		1
	634.91 - Aborto Spontaneo Senza Complicazione Riferita,Incompleto	4	1
	634.92 - Aborto Spontaneo Senza Complicazione Riferita,Completo	10	6
	635.12 - Aborto Indotto Legalmente Complicato Da Emorragia Tardiva O Eccessiva,Completo		1
	635.71 - Aborto Indotto Legalmente Con Altre Complicazioni Specificate,Incompleto	1	
	635.82 - Aborto Indotto Legalmente Con Complicazione Non Specificata,Completo	2	
	635.90 - Aborto Indotto Legalmente Senza Complicazione Riferita,Non Specificato Se Completo O Incompleto	2	2
	635.91 - Aborto Indotto Legalmente Senza Complicazione Riferita,Incompleto	6	4
	635.92 - Aborto Indotto Legalmente Senza Complicazione Riferita,Completo	113	68
	637.91 - Aborto Non Specificato Senza Complicazione Riferita,Incompleto		1
	637.92 - Aborto Non Specificato Senza Complicazione Riferita,Completo		2
	V61.7 - Altra Gravidanza Non Desiderata		4
	Totale DRG 380	208	113

Nella tabella che segue si confronta il numero dei primi 30 DRG Infra Regione negli anni 2022 e 2021.

DRG	Infra Regione 2022
042 [C] - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	603
410 [M] - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	163
404 [M] - Linfoma e leucemia non acuta senza CC	129
087 [M] - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	112
013 [M] - Sclerosi multipla e atassia cerebellare	108
391 [M] - Neonato normale	95
266 [C] - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	94
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	90
310 [C] - Interventi per via transuretrale con CC	88
079 [M] - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	79
544 [C] - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	79
467 [M] - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	78
371 [C] - Parto cesareo senza CC	70
039 [C] - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	69
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	68
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	66
503 [C] - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	61
014 [M] - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	57
316 [M] - Insufficienza renale	57

DRG	Infra Regione 2022
040 [C] - Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	53
576 [M] - Setticemia senza ventilazione meccanica 96 ore, età > 17 anni	52
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	50
256 [M] - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	50
311 [C] - Interventi per via transuretrale senza CC	49
089 [M] - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	47
369 [M] - Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	46
036 [C] - Interventi sulla retina	44
125 [M] - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	44
431 [M] - Disturbi mentali dell'infanzia	42
055 [C] - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	41

DRG	Infra Regione 2021
042 [C] - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	600
410 [M] - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	140
266 [C] - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	123
404 [M] - Linfoma e leucemia non acuta senza CC	118
079 [M] - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	115
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	104
310 [C] - Interventi per via transuretrale con CC	101
544 [C] - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	100
391 [M] - Neonato normale	91
080 [M] - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	86
087 [M] - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	84
467 [M] - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	78
014 [M] - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	71
256 [M] - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	70
503 [C] - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	66
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	64
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	64
039 [C] - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	59
371 [C] - Parto cesareo senza CC	59
311 [C] - Interventi per via transuretrale senza CC	54
013 [M] - Sclerosi multipla e atassia cerebellare	53
431 [M] - Disturbi mentali dell'infanzia	51
316 [M] - Insufficienza renale	49
040 [C] - Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	47
421 [M] - Malattie di origine virale, età > 17 anni	45
089 [M] - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	44
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	37
498 [C] - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	37
319 [M] - Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	36
518 [C] - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	36

Nella tabella che segue si riportano le Prime 20 diagnosi Infra Regione 2022/2021 in favore dei nostri assistiti.

	Dimessi 2022
DIAGNOSI	Infra Regione
362.16 - Neovascolarizzazione Della Retina Non Altrimenti Specificata	306
362.07 - Edema Maculare Diabetico	159
188.9 - Tumori Maligni Di Parte Non Specificata Della Vescica	101
340 - Sclerosi Multipla	99
185 - Tumori Maligni Della Prostata	57
203.00 - Mieloma Multiplo,Senza Menzione Di Remissione	44
173.3 - Altri Tumori Maligni Della Cute Di Altre E Non Specificate Parti Della Faccia	40
362.35 - Occlusione Della Vena Centrale Della Retina	37
043.11 - COVID-19 conclamata, virus identificato	35
314.01 - Con Iperattività	27
277.02 - Fibrosi Cistica Con Manifestazioni Polmonari	26
282.49 - Altre Talassemie	25
200.00 - Reticolosarcoma ,Sito Non Specificato, Organi Solidi O Siti Extranodali	23
338.4 - Sindrome Da Dolore Cronico	23
361.00 - Distacco Della Retina Con Rottura Retinica,Non Specificato	23
362.36 - Occlusione Venosa Tributaria (Di Branca)Della Retina	23
235.0 - Tumori Di Comportamento Incerto Delle Ghiandole Salivari Maggiori	20
202.08 - Linfoma Nodulare,Linfonodi Di Siti Multipli	17
189.0 - Tumori Maligni Del Rene,Eccetto La Pelvi	16
205.00 - Leucemia Mieloide,Acuta,Senza Menzione Di Remissione	16

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

Prestazioni ambulatoriali

Nelle tabelle seguenti si riportano il numero ed il valore delle prestazioni ambulatoriali riferite agli anni 2022 e 2021 erogate sia dalle strutture pubbliche che private.

Produzione da Strutture Pubbliche ASL GALLURA		2022		2021		Δ % Prestazioni 2022-2021	Δ % Importo 2022-2021
Branca		Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo		
01 - Anestesia		3.592	132.308	3.273	174.577	9,75%	-24,21%
02 - Cardiologia		18.031	534.011	20.947	608.431	-13,92%	-12,23%
03 - Chirurgia Generale		1.323	50.658	1.024	45.183	29,20%	12,12%
04 - Chirurgia Plastica		146	5.757	63	1.790	131,75%	221,63%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia		47	1.505	73	2.409	-35,62%	-37,52%
06 - Dermosifilopatia		302	6.836	253	5.601	19,37%	22,04%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica		63.296	3.635.282	68.840	4.162.750	-8,05%	-12,67%
09 - Endocrinologia		2.069	59.181	1.883	53.735	9,88%	10,14%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva		3.927	264.656	5.000	336.289	-21,46%	-21,30%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trsf.		523.146	2.342.131	533.382	2.295.156	-1,92%	2,05%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi		46.059	387.604	41.539	337.920	10,88%	14,70%
13 - Nefrologia		10.227	1.513.162	10.852	1.551.649	-5,76%	-2,48%
14 - Neurochirurgia		1	10	-	-	0,00%	0,00%
15 - Neurologia		7.161	207.997	6.650	199.812	7,68%	4,10%
16 - Oculistica		4.513	84.573	5.966	115.735	-24,35%	-26,93%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale		2.513	52.039	6	96	41783,33%	54374,49%
18 - Oncologia		5.549	73.865	5.170	72.136	7,33%	2,40%
19 - Ortopedia E Traumatologia		3.373	76.713	2.819	64.524	19,65%	18,89%
20 - Ostetricia E Ginecologia		11.736	314.128	7.816	227.634	50,15%	38,00%
21 - Otorinolaringoiatria		5.291	74.210	1.841	25.998	187,40%	185,44%
22 - Pneumologia		366	8.294	242	6.045	51,24%	37,21%
23 - Psichiatria		6.770	148.000	8.083	160.378	-16,24%	-7,72%
25 - Urologia		942	21.849	642	15.207	46,73%	43,67%
26 - Altre Prestazioni*		115.711	2.176.821	164.315	2.994.036	-29,58%	-27,29%

Fonte dati ABACO

836.091	12.171.590	890.679	13.457.091	-6,13%	-9,55%
---------	------------	---------	------------	--------	--------

Produzione da Strutture Pubbliche ASL GALLURA	2022		2021		2022	
Branca	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	% Prestazioni 2022	% Importo 2022
01 - Anestesia	3.592	132.308	3.273	174.577	0,43%	1,09%
02 - Cardiologia	18.031	534.011	20.947	608.431	2,16%	4,39%
03 - Chirurgia Generale	1.323	50.658	1.024	45.183	0,16%	0,42%
04 - Chirurgia Plastica	146	5.757	63	1.790	0,02%	0,05%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	47	1.505	73	2.409	0,01%	0,01%
06 - Dermosifilopatia	302	6.836	253	5.601	0,04%	0,06%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	63.296	3.635.282	68.840	4.162.750	7,57%	29,87%
09 - Endocrinologia	2.069	59.181	1.883	53.735	0,25%	0,49%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	3.927	264.656	5.000	336.289	0,47%	2,17%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche- Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trasn.	523.146	2.342.131	533.382	2.295.156	62,57%	19,24%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	46.059	387.604	41.539	337.920	5,51%	3,18%
13 - Nefrologia	10.227	1.513.162	10.852	1.551.649	1,22%	12,43%
14 - Neurochirurgia	1	10	-	-	0,00%	0,00%
15 - Neurologia	7.161	207.997	6.650	199.812	0,86%	1,71%
16 - Oculistica	4.513	84.573	5.966	115.735	0,54%	0,69%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	2.513	52.039	6	96	0,30%	0,43%
18 - Oncologia	5.549	73.865	5.170	72.136	0,66%	0,61%
19 - Ortopedia E Traumatologia	3.373	76.713	2.819	64.524	0,40%	0,63%
20 - Ostetricia E Ginecologia	11.736	314.128	7.816	227.634	1,40%	2,58%
21 - Otorinolaringoiatria	5.291	74.210	1.841	25.998	0,63%	0,61%
22 - Pneumologia	366	8.294	242	6.045	0,04%	0,07%
23 - Psichiatria	6.770	148.000	8.083	160.378	0,81%	1,22%
25 - Urologia	942	21.849	642	15.207	0,11%	0,18%
26 - Altre Prestazioni*	115.711	2.176.821	164.315	2.994.036	13,84%	17,88%
	836.091	12.171.590	890.679	13.457.091	100,00%	100,00%

Fonte dati ABACO

Produzione da Strutture Private per ASL GALLURA	2022		2021		2022	
Branca	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	% Prestazioni 2022	% Importo 2022
01 - Anestesia	7.027	41.684	33.311	171.139	1,63%	0,34%
02 - Cardiologia	2.391	66.377	2.351	61.290	0,55%	0,54%
03 - Chirurgia Generale	2.309	71.983	2.621	76.112	0,53%	0,59%
04 - Chirurgia Plastica	632	12.546	536	10.640	0,15%	0,10%

05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	1.218	53.344	1.029	46.037	0,28%	0,44%
06 - Dermosifilopatia	2.551	36.437	2.108	32.561	0,59%	0,30%
07 - Diagnostica Per Immagini: Medicina Nucleare	26	739	54	1.534	0,01%	0,01%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	33.206	2.989.046	30.544	2.806.137	7,69%	24,47%
09 - Endocrinologia	2.420	52.779	2.169	50.368	0,56%	0,43%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	5.957	384.566	5.853	361.659	1,38%	3,15%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trsf.	322.501	1.834.899	296.676	1.725.357	74,72%	15,02%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	2.512	30.521	6.277	81.033	0,58%	0,25%
13 - Nefrologia	23	960	16	642	0,01%	0,01%
14 - Neurochirurgia	2.845	52.747	2.887	53.779	0,66%	0,43%
15 - Neurologia	3.905	61.376	6.709	87.175	0,90%	0,50%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	11	153	2	29	0,00%	0,00%
18 - Oncologia	1.338	20.848	939	16.013	0,31%	0,17%
19 - Ortopedia E Traumatologia	6.710	260.578	6.486	301.314	1,55%	2,13%
20 - Ostetricia E Ginecologia	1.937	40.213	2.700	55.626	0,45%	0,33%
21 - Otorinolaringoiatria	2.554	46.579	1.729	30.727	0,59%	0,38%
22 - Pneumologia	1.242	29.912	644	12.387	0,29%	0,24%
23 - Psichiatria	768	14.588	3.412	63.289	0,18%	0,12%
24 - Radioterapia	24.209	6.053.293	6.091	1.567.120	5,61%	49,55%
25 - Urologia	872	15.991	1.050	19.632	0,20%	0,13%
26 - Altre Prestazioni*	2.453	45.266	1.670	32.826	0,57%	0,37%

431.617	12.217.427	417.864	7.664.425	100,00%	100,00%
---------	------------	---------	-----------	---------	---------

Fonte dati ABACO

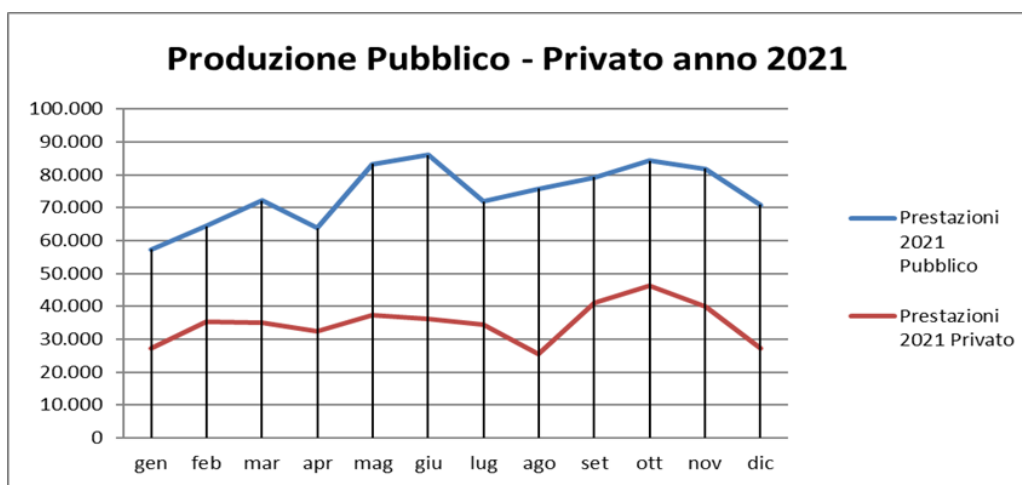
Produzione da Strutture Private per ASL GALLURA	2022		2021		2022	
	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	% Prestazioni 2022	% Importo 2022
01 - Anestesia	7.027	41.684	33.311	171.139	1,63%	0,34%
02 - Cardiologia	2.391	66.377	2.351	61.290	0,55%	0,54%
03 - Chirurgia Generale	2.309	71.983	2.621	76.112	0,53%	0,59%
04 - Chirurgia Plastica	632	12.546	536	10.640	0,15%	0,10%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	1.218	53.344	1.029	46.037	0,28%	0,44%
06 - Dermosifilopatia	2.551	36.437	2.108	32.561	0,59%	0,30%
07 - Diagnostica Per Immagini: Medicina Nucleare	26	739	54	1.534	0,01%	0,01%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	33.206	2.989.046	30.544	2.806.137	7,69%	24,47%
09 - Endocrinologia	2.420	52.779	2.169	50.368	0,56%	0,43%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	5.957	384.566	5.853	361.659	1,38%	3,15%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trsf.	322.501	1.834.899	296.676	1.725.357	74,72%	15,02%

12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	2.512	30.521	6.277	81.033	0,58%	0,25%
13 - Nefrologia	23	960	16	642	0,01%	0,01%
14 - Neurochirurgia	2.845	52.747	2.887	53.779	0,66%	0,43%
15 - Neurologia	3.905	61.376	6.709	87.175	0,90%	0,50%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	11	153	2	29	0,00%	0,00%
18 - Oncologia	1.338	20.848	939	16.013	0,31%	0,17%
19 - Ortopedia E Traumatologia	6.710	260.578	6.486	301.314	1,55%	2,13%
20 - Ostetricia E Ginecologia	1.937	40.213	2.700	55.626	0,45%	0,33%
21 - Otorinolaringoiatria	2.554	46.579	1.729	30.727	0,59%	0,38%
22 - Pneumologia	1.242	29.912	644	12.387	0,29%	0,24%
23 - Psichiatria	768	14.588	3.412	63.289	0,18%	0,12%
24 - Radioterapia	24.209	6.053.293	6.091	1.567.120	5,61%	49,55%
25 - Urologia	872	15.991	1.050	19.632	0,20%	0,13%
26 - Altre Prestazioni*	2.453	45.266	1.670	32.826	0,57%	0,37%

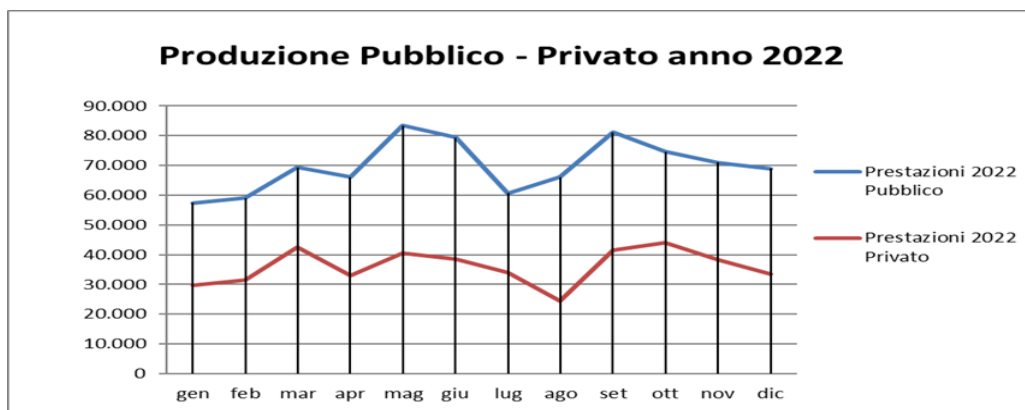
431.617	12.217.427	417.864	7.664.425	100,00%	100,00%
---------	------------	---------	-----------	---------	---------

Fonte dati ABACO

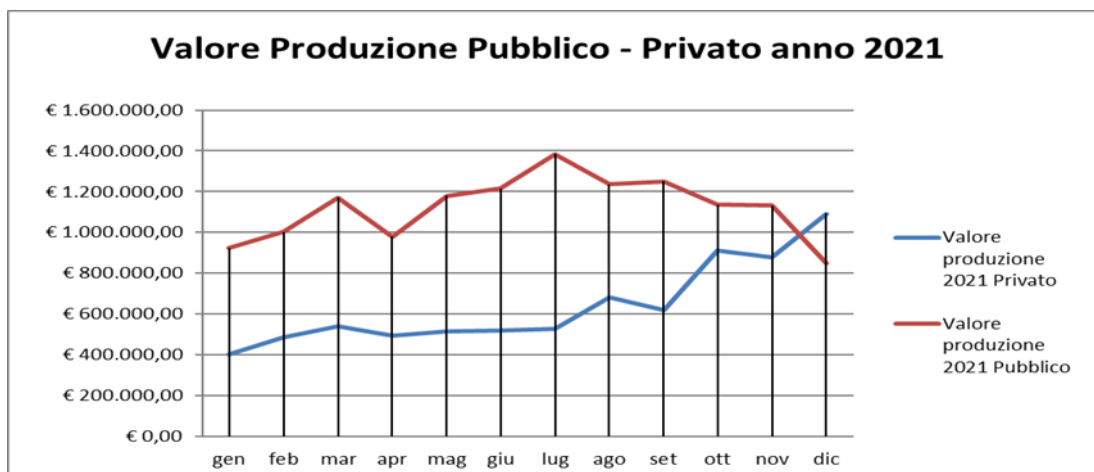
I grafici che seguono evidenziano il numero e il valore delle prestazioni erogate da strutture private contrattualizzate e strutture pubbliche per gli anni 2022 e 2021.



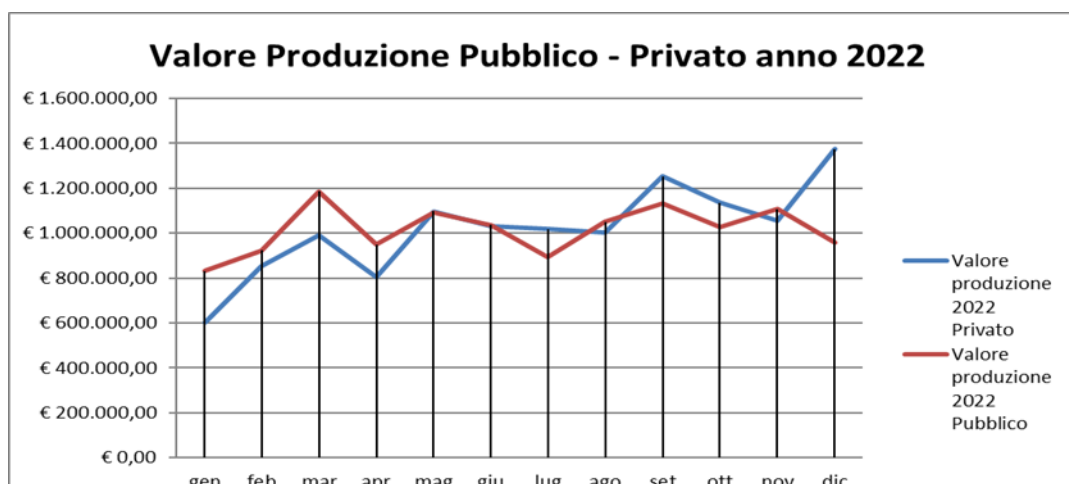
Elaborazione Area Data Management



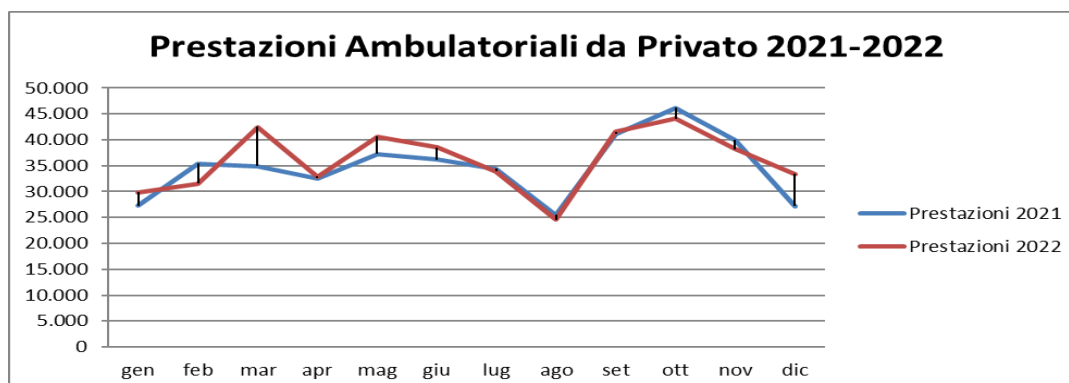
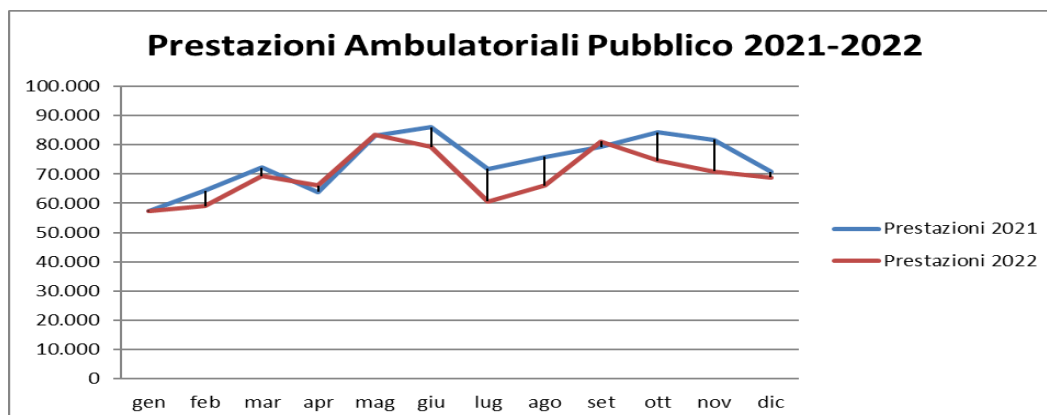
Elaborazione Area Data Management



Elaborazione Area Data Management



Elaborazione Area Data Management



Nelle tabelle seguenti si riportano i dati relativi alle Prestazioni erogate ai residenti nella ASL Gallura per abitante e le prestazioni ambulatoriali Intra-Regione.

Prestazioni erogate residenti ASL Gallura per abitante

Anno	Totale complessivo prestazioni	Popolazione	Prestazioni per abitante
2020	911.368	161.468	5,64
2021	1.190.636	157.321	7,57
2022	1.045.918	158.221	6,61

Azienda	Prestazioni Ambulatoriali Intra Regione		
	Anno	Anno	Anno
	2020	2021	2022
ASL SASSARI	5.894	8.064	9.846
ASL GALLURA	835.747	1.106.093	958.100
ASL NUORO	47.130	42.217	34.962
ASL OGLIASTRA	592	749	860
ASL ORISTANO	1.316	1.965	2.161
ASL MEDIO CAMPIDANO	403	648	523
ASL SULCIS	296	379	330
ASL CAGLIARI	3.929	5.435	8.190
AOU CAGLIARI	1.805	2.836	3.147
AOU SASSARI	1.279	2.896	8.220
AO BROTZU	12.977	19.354	19.579
Totale	911.368	1.190.636	1.045.918

Azienda	Valorizzazione Economica Prestazioni Ambulatoriali Intra Regione		
	Anno	Anno	Anno
	2020	2021	2022
ASL SASSARI	263.729	492.674	407.084
ASL GALLURA	10.943.101	16.883.380	15.785.449
ASL NUORO	1.742.969	1.611.546	1.197.117
ASL OGLIASTRA	18.660	24.053	19.242
ASL ORISTANO	74.155	96.649	107.383
ASL MEDIO CAMPIDANO	6.069	12.009	21.028
ASL SULCIS	3.305	6.647	5.842
ASL CAGLIARI	271.862	354.887	582.597
AOU CAGLIARI	41.516	65.163	64.289
AOU SASSARI	26.280	37.415	58.394
AO BROTZU	366.824	555.395	618.550
Totale	€ 13.758.470	€ 20.139.817	€ 18.866.975

115

Di seguito si riportano le tabelle relative alla Percentuale di prestazioni effettuate nell'ASL Gallura negli anni 2021 e 2022.

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

ASL GALLURA	Percentuale prestazioni effettuate nell'ASL Gallura 2022		
	Prestazioni in ASL Residenza	Prestazioni in altre ASL	% Prestazioni in ASL Residenza
	958.100	87.818	91,60%

3. Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire

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

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

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

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

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

Promuovere l'uso appropriato dell'ospedale

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

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

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

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

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

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

I presidi ospedalieri sono tre: Giovanni Paolo II ad Olbia, Paolo Dettori a Tempio Pausania e il Paolo Merlo a La Maddalena e garantiscono l'erogazione delle attività sanitarie di ricovero ai cittadini.

I presidi ospedalieri possano ospitare funzioni ospedaliere di base, dell'acuzie e della post-acuzie, di riabilitazione, funzioni territoriali di emergenza e primo soccorso, cure intermedie, di comunità, cure primarie e specialistiche. Tra le funzioni di ricovero per acuti, oltre alla disciplina di Medicina Generale, possono essere previsti processi di erogazione di prestazioni chirurgiche di chirurgia generale polispecialistica, individuate secondo modelli di intensità di cura coerente con il livello dello stabilimento considerato, nella logica sia della ottimizzazione dell'uso delle risorse e dello sviluppo delle competenze cliniche assistenziali, sia dello smaltimento delle liste d'attesa, secondo un modello di erogazione in Day e/o Week Surgery organizzate di norma in un'unica area assistenziale di degenza multidisciplinare. Nell'ottica della piena integrazione tra livelli di

complessità differente, i professionisti garantiscono la continuità delle cure anche in altri contesti quali gli ambulatori territoriali, le case della salute, gli ospedali di comunità e, laddove indicato, al domicilio del cittadino. I presidi devono assicurare un punto unico di accesso per le patologie tempo dipendenti, mentre le altre specialità possono essere allocate anche nei presidi di completamento del DEA, garantendo in ogni modo l'integrazione dei percorsi di presa in carico della popolazione di riferimento al fine di assicurare la sicurezza, la tempestività e la qualità delle cure con la condivisione delle equipe dei professionisti.

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

Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera

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

Ridefinizione dei ruoli degli stabilimenti ospedalieri da realizzarsi con il contestuale sviluppo di una "organizzazione a rete", intesa come un insieme di strutture legate fra loro da connessioni continue con una riconfigurazione dell'offerta in termini di tipologia di prestazioni, di volumi e di case-mix produttivi dei servizi ospedalieri coinvolti, oltre che di coordinamento tecnico-scientifico, ossia di condivisione di linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, definizione di possibili percorsi di sviluppo professionale dei clinici, tra gli ospedali che ne fanno parte piuttosto che come "organizzazione in rete", che implica una relazione solo funzionale tra i servizi ospedalieri inclusi nella rete e si limita, quindi, ad un coordinamento tecnico-scientifico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In linea generale non è identificabile un unico modello di OIC, dal momento che diverse regioni hanno adottato criteri diversi , fornendo ognuna connotati diversi, ma sempre sotto la veste di un processo di sperimentazione; tuttavia esistono aspetti comuni in particolare in riferimento alla

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

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

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

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate a:

- **Attivazione e consolidamento delle piattaforme assistenziali per l'emergenza, la media intensità – Acuzie e per la bassa intensità – cronicità.**
- **Attivazione progetto Do.Mino che consentirà la presa in carico delle pazienti e dei bambini in forma diretta grazie alla forte sinergia tra le UU.OO di ginecologia e ostetricia e pediatria con l'obiettivo di personalizzare le cure e al contempo garantire un accesso più rapido ai servizi sanitari.**

Definire e governare le reti di cura

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

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

Migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio

L'ASL GALLURA ritiene che rivesta fondamentale importanza l'individuazione di percorsi del paziente che favoriscano la continuità dei processi di cura come espressione della presa in carico

globale della persona con modalità che assicurino equità dell'accesso ai servizi, appropriatezza e tempestività degli interventi così da assicurare al cittadino risposte idonee in tempi rapidi.

Una valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni di bisogno sociosanitario complesso e la conseguente formulazione del Piano di Assistenza Individuale, prima della dimissione dall'ospedale, deve essere garantita a tutti i pazienti "fragili" così da assicurare le cure più appropriate a soddisfare i bisogni assistenziali, nel setting assistenziale più appropriato, sia esso il domicilio (Cure Domiciliari Integrate), sia strutture di riabilitazione a ciclo continuo o a ciclo diurno o RSA, nonché le strutture socio assistenziali per la non autosufficienza come le Comunità Integrate per Anziani. Il potenziamento dell'assistenza territoriale al fine di assicurare la continuità delle cure nelle 24 ore e l'integrazione ed il raccordo funzionale fra i diversi servizi consentirebbe una risposta appropriata in luogo del ricorso eccessivo ed improprio del Pronto Soccorso.

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

Come previsto nell'Atto Aziendale, al fine di un 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 è stato attivato il Dipartimento Direzionale Ospedale-Territorio (DHT) costituito dalle seguenti Strutture:

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

Migliorare la qualità e sicurezza delle cure

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

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

Le attività tipiche del Risk Manager sono rappresentate da:

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

Tenuto conto che la deliberazione della Giunta Regionale n. 34/11 del 03/07/2018: "Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo del rischio delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e per la lotta all'Antimicrobico Resistenza (AMR)", definisce il modello organizzativo di gestione del rischio infettivo nelle ASL, l'ASL Gallura, con la finalità di migliorare la sicurezza delle cure e la qualità dell'assistenza, con delibera n°602 del 25/09/2023 ha costituito il Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA) e Gruppo Operativo per la gestione del rischio infettivo (GO).

122

Piano straordinario di ristrutturazione e manutenzione dei presidi ospedalieri

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

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

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

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

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

Il Nuovo Sistema di Garanzia.

Il NSG è uno strumento operativo dal 1° gennaio 2020 che grazie all'entrata in vigore del DM 12 marzo 2019, aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000 e rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, inoltre sostituisce la cosiddetta "**Griglia LEA**", in vigore fino al 2019. Per capire l'importanza del Nuovo Sistema di Garanzia giova ricordare il ruolo cruciale giocato dai LEA nella sanità italiana, cioè le **prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve fornire a tutti i cittadini**, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), utilizzando le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. I LEA sono considerati un caposaldo del nostro Servizio Sanitario Nazionale e lo rendono, in Europa, tra quelli più "assistenziali" – cioè universali ed equi – nei confronti dei cittadini. Inoltre, come sottolineato dal Ministero della Salute, il Nuovo Sistema di Garanzia è "innovativo e rilevante" per tre ragioni.

Innanzitutto, **per le finalità del sistema**, che è descrittivo, di valutazione, di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni.

In secondo luogo, **per le modalità d'integrazione con il sistema di verifica degli adempimenti** cui sono tenute le Regioni per legge.

Infine, **per lo schema** concettuale alla base del sistema degli indicatori: l'articolazione del sistema di indicatori, che associa a ciascun LEA gli attributi rilevanti dei processi di erogazione delle prestazioni, quali efficienza e appropriatezza organizzativa, efficacia e appropriatezza clinica, sicurezza delle cure.

La Griglia LEA, che fino ad oggi ha rappresentato la bussola per le classifiche sull'assistenza nelle varie zone del Paese, è andata in archivio e verranno usati nuovi parametri, previsti appunto dal Nuovo Sistema di Garanzia.

La nuova metodologia valuta distintamente le tre aree di assistenza (**ospedale, distretto, prevenzione**) e attribuisce loro un valore compreso in un range 0-100.

La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta qualora, entro ciascun livello, sia raggiunto un punteggio pari o superiore a 60, in modo da non consentire la compensazione tra livelli. Il punteggio di ogni area è determinato dalla media pesata dei 22 indicatori core (con un peso pari a 1 qualora la soglia è data dalla mediana dei valori regionali, e un peso pari a 2 se è fissato dalla normativa di riferimento).

I restanti 66 indicatori non sono stati però utilizzati per le sperimentazioni.

I **22 indicatori** core sono così suddivisi:

- **sei per l'area della prevenzione** (copertura vaccinale pediatrica a 24 mesi per esavalente e MPR, controllo animali e alimenti, stili di vita, screening oncologici);
- **nove per l'attività distrettuale** (tasso di ospedalizzazione di adulti per diabete, Bpco e scompenso cardiaco e tasso di ospedalizzazione di minori per asma e gastroenterite, intervallo chiamata-arrivo mezzi di soccorso, tempi d'attesa, consumo di antibiotici, percentuale re-ricoveri in psichiatria, numero decessi da tumore assistiti da cure palliative, anziani non autosufficienti nelle RSA);
- **sei per l'attività ospedaliera** (tasso di ospedalizzazione standardizzato rispetto alla popolazione residente, interventi per tumore maligno al seno eseguiti in reparti con volumi di attività superiore a 150 interventi annui, ricoveri a rischio inappropriately, quota di colecistectomie con degenza inferiore ai 3 giorni, over 65 operati di frattura al femore entro 2 giorni; parti cesarei in strutture con più e meno di 1000 parti l'anno).

Di seguito si riportano i dati suddivisi per le tre aree di assistenza riferiti all'anno 2022 dell'ASL Gallura.

Prevenzione collettiva e sanità pubblica		2022
ID	Indicatore	
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	76%
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	85%
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	100%
P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	5,767

124

Assistenza distrettuale		2022
ID	Indicatore	
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	21,24%
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	4004,84
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.	7,45%
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	3%
D33Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	8

Assistenza ospedaliera		2022
ID	Indicatore	
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.	56,35
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (all. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	7.98%
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	75,96%
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	57,46%
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti.	28,00%

Parte III - La Programmazione Economico Patrimoniale

A. Il Bilancio Preventivo Economico Annuale e Pluriennale

Il Bilancio Economico Preventivo per gli anni 2024-2026 è stato redatto ai sensi dell'art.25 del DLGS 118/2011, nonché in ottemperanza a quanto previsto dalle comunicazioni pervenute dalla Direzione Generale della Sanità.

Nella redazione del BEP 2024-2026 si è inoltre tenuto conto delle diverse comunicazioni trasmesse dalla Direzione Generale della Sanità in merito alle assegnazioni attribuite. Queste ultime, come evidenziato dall'Assessorato, nelle more dell'adozione dei nuovi criteri di riparto del FSR, sono da intendersi, **provvisorie** e tengono conto:

- dei dati relativi agli stanziamenti FSR e altri stanziamenti per gli anni 2024-2025-2026 e dei dati di mobilità intra-regionale, extraregionale e internazionale così come revisionati e comunicati dalla Direzione Generale della Sanità con le note prot. n. 24917 del 02/10/2023, n. 25080 del 3/10/2023 e n.28051 del 06/11/2023;
- dei dati relativi alle partite inter-company comunicate via email da ARES, AREUS, ARNAS-BROTZU, AOU SS;
- delle indicazioni relative all'approvazione del PTFP 2024-2026 comunicate dalla Direzione Generale della Sanità con la nota n. 25655 del 10/10/2023.

125

Il bilancio di previsione è corredato da tutti gli allegati previsti dalla DGR 34/23 del 2015, con particolare riferimento a quelli relativi ad investimenti, acquisti e personale. A tale riguardo si evidenzia che si allegano:

- Conto Economico Preventivo 2024-2026;
- Modello Ministeriale CE Preventivo 2024-2026;
- Nota illustrativa;
- Relazione del Direttore Generale;
- Il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) 2024-2026;
- Programma Triennale Opere Pubbliche 2024-2026;
- Programma Triennale degli Acquisti di beni e servizi 2024-2026.

Tenuto conto del processo di liquidazione ancora in corso e di riorganizzazione del SSR, si precisa che allo stato attuale non è stato possibile definire il Piano dei flussi di cassa prospettici, ossia i flussi di cassa che indicano le variazioni positive o negative della liquidità dell'azienda che si verificano in un dato periodo di tempo, generalmente un anno. Tali flussi esprimono, infatti, le variazioni dello stato patrimoniale attraverso il confronto tra due o più bilanci, con l'obiettivo di evidenziare le variazioni nelle voci finanziarie e patrimoniali risalendo alle cause delle suddette variazioni. Preme evidenziare che anche il BEP 2024-2026 è influenzato da un

fattore esogeno che incide nella gestione economico-finanziaria e sull'assetto organizzativo-istituzionale dell'ASL GALLURA, individuabile:

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

Il BEP 2024-2026 sarà oggetto di revisione e/o integrazione alla luce dell'adeguamento dell'assegnazione provvisoria dei contributi in conto esercizio per quota Fondo sanitario regionale e in relazione alle mutate esigenze derivanti dal nuovo assetto organizzativo alla dell'attuazione dell'atto aziendale.

In relazione all'attuale contesto di riferimento l'azienda ha cercato di stimare al meglio la struttura dei costi aziendali che si presume dovrebbe determinarsi nel corso del 2024-2026 con l'obiettivo di garantire la piena continuità dell'operatività delle Strutture Sanitarie Aziendali. Si rimanda alla Nota Illustrativa del BEP 2024-2026 per il dettaglio della programmazione economico-finanziaria e delle stime delle voci di costo.

Nel rispetto delle disposizioni normative, il Conto Economico Preventivo risulta essere in pareggio tuttavia appare opportuno precisare che tale pareggio potrà essere rispettato solo a condizione che le assegnazioni definitive tengano conto delle mutate esigenze derivanti dal nuovo assetto organizzativo in relazione all'implementazione delle strutture previste dall'atto aziendale e del generalizzato aumento di tutti i costi di funzionamento, quali ad esempio, i costi dei beni e servizi sanitari, le spese di elettricità, gas, revisioni tariffarie degli erogatori privati convenzionati ecc.

Non è infatti percorribile uno scenario nel quale si possa perseguire l'equilibrio economico del bilancio preventivo, considerato il necessario incremento del costo del personale legato all'attuale riorganizzazione aziendale e il generalizzato aumento di tutti i costi di funzionamento.

In estrema sintesi, la programmazione economica rappresentata considera uno scenario di coerenza con le indicazioni regionali che richiedono la predisposizione del pareggio di bilancio nell'anno 2024 ed il consolidamento di tale risultato nell'arco del triennio prossimo futuro, seppur con la possibilità di future variazioni in applicazione della riforma del SSR.

BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE - CE PREVENTIVO 2024-2026

	ANNO 2024	ANNO 2023	VARIAZIONE 2024-2023		ANNUALE PLURIENNALE	
			IMPORTO	%	ANNO 2025	ANNO 2026
A) VALORE DELLA PRODUZIONE						
1) Contributi in c/esercizio	347.955.305,87	349.408.388,35	1.453.082,48	-0,42%	348.493.890,68	348.493.890,68
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	289.276.575,59	301.111.151,53	11.834.575,94	-3,93%	289.952.032,68	289.952.032,68
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo -	58.678.730,28	48.297.236,82	10.381.493,46	21,50%	58.541.858,00	58.541.858,00
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	41.215.090,69	42.539.888,10	1.324.797,41	-3,11%	35.842.658,77	35.842.658,77
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA -	11.125.036,53	-	11.125.036,53		11.151.013,35	11.151.013,35
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA -	3.387.603,50	2.956.695,94	430.907,56	14,57%	8.729.728,88	8.729.728,88
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro -	2.950.999,56	2.800.652,78	150.346,78	5,37%	2.818.457,00	2.818.457,00
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo) -	-	-	-		-	-
6) Contributi da altri soggetti pubblici -	-	-	-		-	-
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca -	-	-	-		-	-
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente -	-	-	-		-	-
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata -	-	-	-		-	-
3) da Regione e altri soggetti pubblici -	-	-	-		-	-
4) da privati -	-	-	-		-	-
d) Contributi in c/esercizio - da privati -	-	-	-		-	-
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti -	2.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	100,00%	2.000.000,00	2.000.000,00
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti -	364.832,73	364.832,73	-	0,00%	364.832,73	364.832,73
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria -	104.641.985,46	16.584.360,16	88.057.625,30	530,97%	104.641.985,46	104.641.985,46
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche -	101.649.007,55	14.656.277,00	86.992.730,55	593,55%	101.649.007,55	101.649.007,55
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia -	580.282,48	850.000,00	269.717,52	-31,73%	580.282,48	580.282,48
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro -	2.412.695,43	1.078.083,16	1.334.612,27	123,79%	2.412.695,43	2.412.695,43
5) Concorsi, recuperi e rimborsi -	1.824.778,32	1.489.686,00	335.092,32	22,49%	1.824.778,32	1.824.778,32
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) -	1.870.123,99	3.088.000,00	1.217.876,01	-39,44%	1.990.000,00	2.165.000,00
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio -	8.447.781,87	6.243.320,78	2.204.461,09	35,31%	8.447.781,87	8.447.781,87
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni -	-	-	-		-	-
9) Altri ricavi e proventi -	200.734,42	253.809,47	53.075,05	-20,91%	200.734,42	200.734,42

	ANNO 2024	ANNO 2023	VARIAZIONE 2024-2023		ANNUALE PLURIENNALE	
			IMPORTO	%	ANNO 2025	ANNO 2026
TOTALE A)	463.305.542,66	376.432.397,49	86.873.145,17	23,08%	463.964.003,48	464.139.003,48
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			-			
1) Acquisti di beni - - -	43.862.322,19	43.215.618,27	646.703,92	1,50%	43.862.322,19	43.862.322,19
a) Acquisti di beni sanitari - -	43.104.322,19	42.837.500,34	266.821,85	0,62%	43.104.322,19	43.104.322,19
b) Acquisti di beni non sanitari - -	758.000,00	378.117,93	379.882,07	100,47%	758.000,00	758.000,00
2) Acquisti di servizi sanitari - - -	243.044.081,80	147.703.962,29	95.340.119,51	64,55%	243.044.081,80	243.044.081,80
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base - -	17.687.217,45	18.491.164,31	803.946,86	-4,35%	17.687.217,45	17.687.217,45
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica - -	42.572.231,13	58.335.991,41	15.763.760,28	-27,02%	42.572.231,13	42.572.231,13
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale - -	34.611.666,58	7.829.627,91	26.782.038,67	342,06%	34.611.666,58	34.611.666,58
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa - -	3.605.002,00	3.400.000,00	205.002,00	6,03%	3.605.002,00	3.605.002,00
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa - -	3.349.397,90	3.000.000,00	349.397,90	11,65%	3.349.397,90	3.349.397,90
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica - -	1.100.000,00	980.000,00	120.000,00	12,24%	1.100.000,00	1.100.000,00
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera - -	77.139.232,49	32.163.355,80	44.975.876,69	139,84%	77.139.232,49	77.139.232,49
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale - -	900.000,00	760.000,00	140.000,00	18,42%	900.000,00	900.000,00
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F - -	44.836.544,74	10.993.762,53	33.842.782,21	307,84%	44.836.544,74	44.836.544,74
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione - -	189.804,52	161.089,89	28.714,63	17,83%	189.804,52	189.804,52
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario - -	4.552.088,12	3.435.554,41	1.116.533,71	32,50%	4.552.088,12	4.552.088,12
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria - -	3.911.130,91	4.300.000,00	388.869,09	-9,04%	3.911.130,91	3.911.130,91
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intrafirma) - -	364.819,72	345.981,61	18.838,11	5,44%	364.819,72	364.819,72
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari - -	1.745.236,02	1.638.816,32	106.419,70	6,49%	1.745.236,02	1.745.236,02
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie - -	3.254.215,80	1.115.776,79	2.138.439,01	191,65%	3.254.215,80	3.254.215,80
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria - -	3.225.494,42	752.841,31	2.472.653,11	328,44%	3.225.494,42	3.225.494,42
q) Costi per differenziale Tariffe TUC - -	-	-	-		-	-
3) Acquisti di servizi non sanitari - - -	30.884.693,00	27.429.210,25	3.455.482,75	12,60%	30.884.693,00	30.884.693,00
a) Servizi non sanitari - -	29.528.547,24	26.328.000,00	3.200.547,24	12,16%	29.528.547,24	29.528.547,24
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	933.500,00	801.210,25	132.289,75	16,51%	933.500,00	933.500,00
c) Formazione - -	422.645,76	300.000,00	122.645,76	40,88%	422.645,76	422.645,76
4) Manutenzione e riparazione - -	6.583.140,41	4.080.000,00	2.503.140,41	61,35%	6.583.140,41	6.583.140,41
5) Godimento di beni di terzi - -	2.615.785,23	1.243.500,00	1.372.285,23	110,36%	2.615.785,23	2.615.785,23
6) Costi del personale - - -	92.343.485,90	94.722.396,72	2.378.910,82	-2,51%	95.106.074,65	96.905.415,39
a) Personale dirigente medico - -	42.603.657,14	43.530.985,30	927.328,16	-2,13%	43.969.915,41	45.281.523,37
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico - -	3.308.510,01	2.757.522,65	550.987,36	19,98%	3.395.700,02	3.530.328,02

	ANNO 2024	ANNO 2023	VARIAZIONE 2024-2023		ANNUALE PLURIENNALE	
			IMPORTO	%	ANNO 2025	ANNO 2026
c) Personale comparto ruolo sanitario - -	31.955.016,84	33.446.026,44	- 1.491.009,60	-4,46%	32.911.875,67	32.974.669,30
d) Personale dirigente altri ruoli - -	1.051.727,60	892.612,07	159.115,53	17,83%	1.071.686,68	1.071.686,68
e) Personale comparto altri ruoli - -	13.424.574,33	14.095.250,26	- 670.675,93	-4,76%	13.756.896,88	14.047.208,03
7) Oneri diversi di gestione - -	1.676.488,89	1.831.523,86	- 155.034,97	-8,46%	1.676.488,89	1.676.488,89
8) Ammortamenti - - - -	9.279.859,66	9.219.890,99	59.968,67	0,65%	9.279.859,66	9.279.859,66
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali - -	32.217,55	32.217,55	-	0,00%	32.217,55	32.217,55
b) Ammortamenti dei Fabbricati - -	7.565.425,46	7.565.425,46	0,00	0,00%	7.565.425,46	7.565.425,46
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali - -	1.682.216,65	1.622.247,98	59.968,67	3,70%	1.682.216,65	1.682.216,65
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti - -	-	-	-	-	-	-
10) Variazione delle rimanenze - - - -	-	170.805,37	170.805,37	100,00%	-	-
a) Variazione delle rimanenze sanitarie - -	-	170.291,15	170.291,15	100,00%	-	-
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie - -	-	514,22	514,22	100,00%	-	-
11) Accantonamenti - - - -	27.255.052,48	41.982.068,33	- 14.727.015,85	-35,08%	25.150.924,57	23.526.583,83
a) Accantonamenti per rischi - -	2.100.000,00	1.363.902,84	736.097,16	53,97%	2.100.000,00	2.100.000,00
b) Accantonamenti per premio operosità - -	400.000,00	264.050,54	135.949,46	51,49%	400.000,00	400.000,00
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati - -	21.698.514,36	37.497.576,83	- 15.799.062,47	-42,13%	19.694.386,45	18.070.045,71
d) Altri accantonamenti	3.056.538,12	2.856.538,12	200.000,00	7,00%	2.956.538,12	2.956.538,12
TOTALE B)	457.544.909,58	371.257.365,34	86.287.544,24	23,24%	458.203.370,40	458.378.370,40
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	5.760.633,08	5.175.032,16	585.600,92	11,32%	5.760.633,08	5.760.633,08
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI			-			
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari - -	-	-	-		-	-
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	-	-	-		-	-
TOTALE C)	-	-	-		-	-
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE			-			
1) Rivalutazioni - -	-	-	-		-	-
2) Svalutazioni	-	-	-		-	-
TOTALE D)	-	-	-		-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI			-			
1) Proventi straordinari - - - -	-	-	-		-	-
a) Plusvalenze - -	-	-	-		-	-
b) Altri proventi straordinari - -	-	-	-		-	-
2) Oneri straordinari - - - -	-	-	-		-	-
a) Minusvalenze - -	-	-	-		-	-
b) Altri oneri straordinari -	-	-	-		-	-

	ANNO 2024	ANNO 2023	VARIAZIONE 2024-2023		ANNUALE PLURIENNALE	
			IMPORTO	%	ANNO 2025	ANNO 2026
TOTALE E)	-	-	-	-	-	-
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	5.760.633,08	5.175.032,16	585.600,92	11,32%	5.760.633,07	5.760.633,07
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO			-	-		
1) IRAP - - - -	5.721.633,08	5.136.742,81	584.890,27	11,39%	5.721.633,07	5.721.633,07
a) IRAP relativa a personale dipendente - -	5.433.643,60	4.715.327,91	718.315,69	15,23%	5.433.643,60	5.433.643,60
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente - -	252.298,49	391.087,49	138.789,00	-35,49%	252.298,49	252.298,49
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia) - -	35.690,99	30.306,24	5.384,75	17,77%	35.690,98	35.690,98
d) IRAP relativa ad attività commerciali - -	-	21,17	21,17	100,00%	-	-
2) IRES - -	39.000,00	38.289,34	710,66	1,86%	39.000,00	39.000,00
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	-	-	-
TOTALE Y)	5.760.633,08	5.175.032,15	585.600,93	11,32%	5.760.633,07	5.760.633,07
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	0,00	-	-	-	0,00	0,00