

PIANO SANITARIO TRIENNALE E ANNUALE 2025/2027

AZIENDA SANITARIA N°2 DELLA GALLURA



Novembre 2024

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	29
D.1 ORGANIGRAMMA	30
PARTE II –LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA TRIENNALE.....	35
A. INDIRIZZI STRATEGICI AZIENDALI PER LIVELLO DI ASSISTENZA..	36
A.1 AREA DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	36
1. <i>Indirizzi regionali e nazionali in materia</i>	<i>36</i>
2. <i>Offerta di prestazioni e servizio sul territorio</i>	<i>37</i>
3. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire.....</i>	<i>43</i>
A.2 AREA DELL’ASSISTENZA DISTRETTUALE.....	65
1. <i>Indirizzi regionali in materia</i>	<i>65</i>
2. <i>Offerta di prestazioni e servizio sul territorio</i>	<i>65</i>
3. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire</i>	<i>76</i>
A.3 AREA DELL’ASSISTENZA OSPEDALIERA	102
1. <i>Indirizzi Nazionali e Regionali in materia</i>	<i>102</i>
2. <i>Offerta di prestazioni e servizi sul territorio</i>	<i>102</i>
3. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire</i>	<i>120</i>
B. PROGRAMMAZIONE ATTUATIVA LOCALE (PAL).....	129
PARTE III - LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO PATRIMONIALE	136
A. IL BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE	136

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

Questi valori fondamentali si concretizzano con azioni finalizzate a garantire:

Equità

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

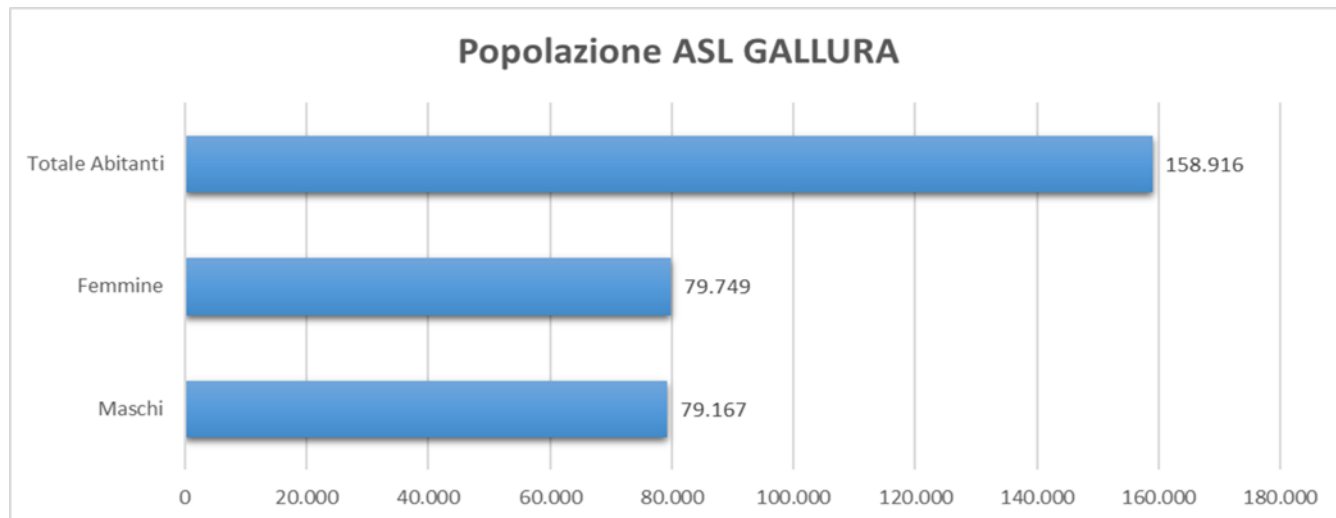
C. Contesto territoriale e demografico

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.

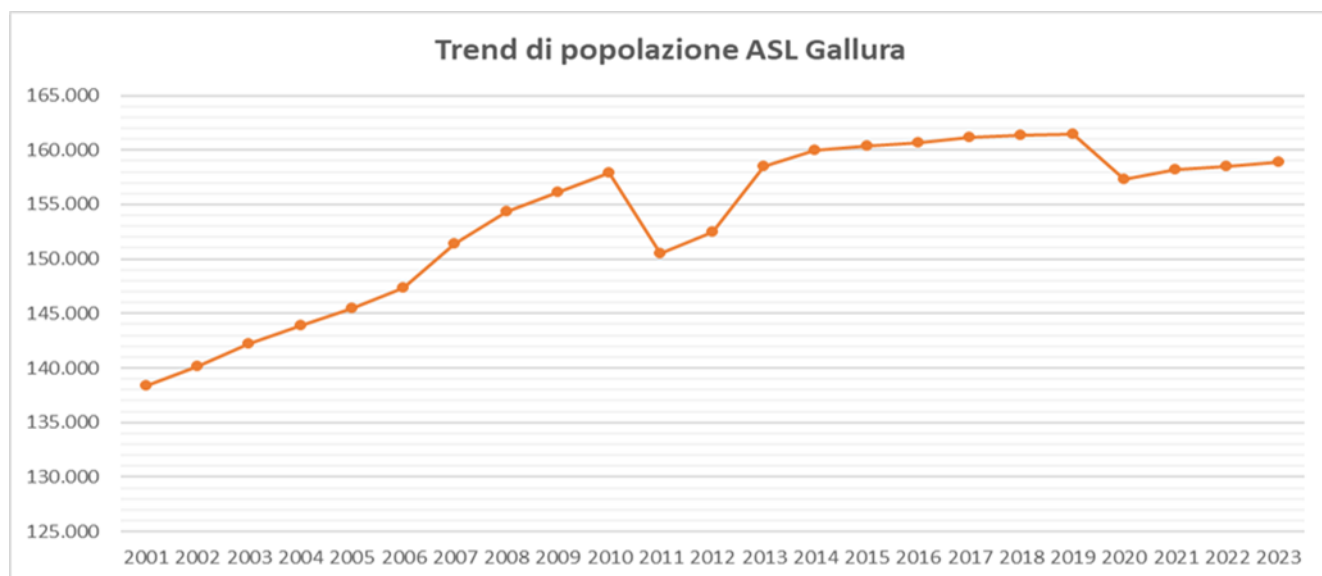
La popolazione del territorio di competenza della ASL Gallura al **01.01.2024** ammonta a 158.916 residenti.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2024)

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 (01.01.2024)

* unica città in Sardegna che cresce + 0,53%

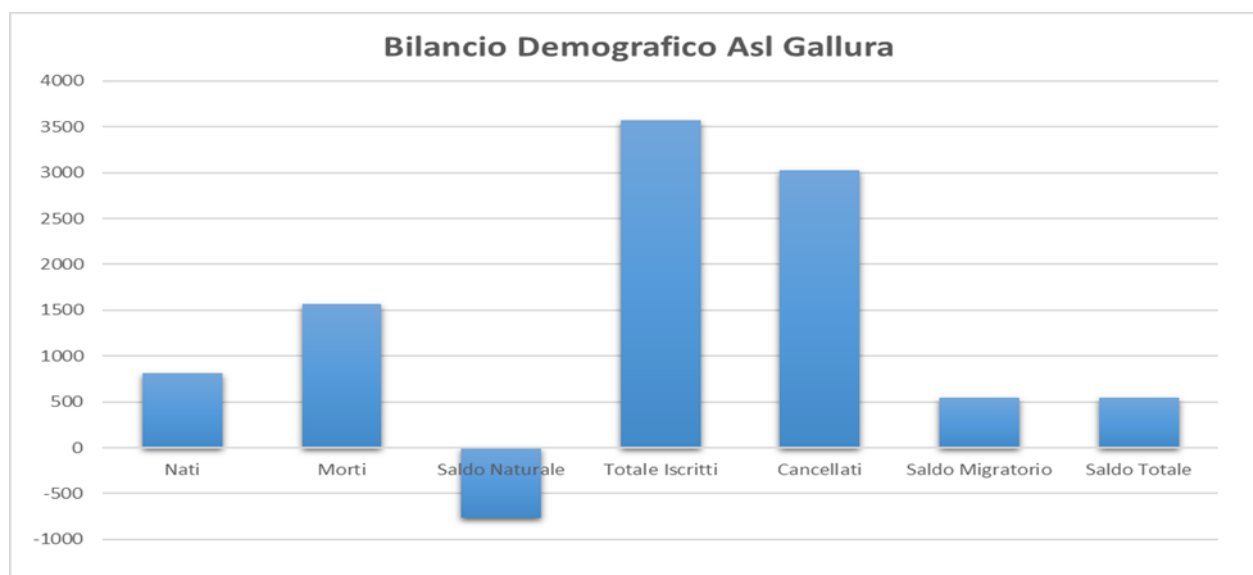
Fra il 1971 ed il 2018, l'incidenza della popolazione in Gallura, sul totale Sardegna, è passata dal 26% al 33%; infatti, negli ultimi 50 anni la popolazione è cresciuta mediamente di circa il 57% con valori percentuali importanti nei Comuni costieri a discapito di un significativo decremento nei Comuni 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* (61.495 abitanti) Tempio Pausania (13.120 abitanti), Arzachena (13.407 abitanti) e La Maddalena (10.573 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 stata determinata da un positivo saldo migratorio totale.

Analizzando i dati, l'Azienda Sanitaria della Gallura registra in valore assoluto, per il periodo 2001-2023, un incremento della popolazione di circa 20.543 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 (01.01.2024)

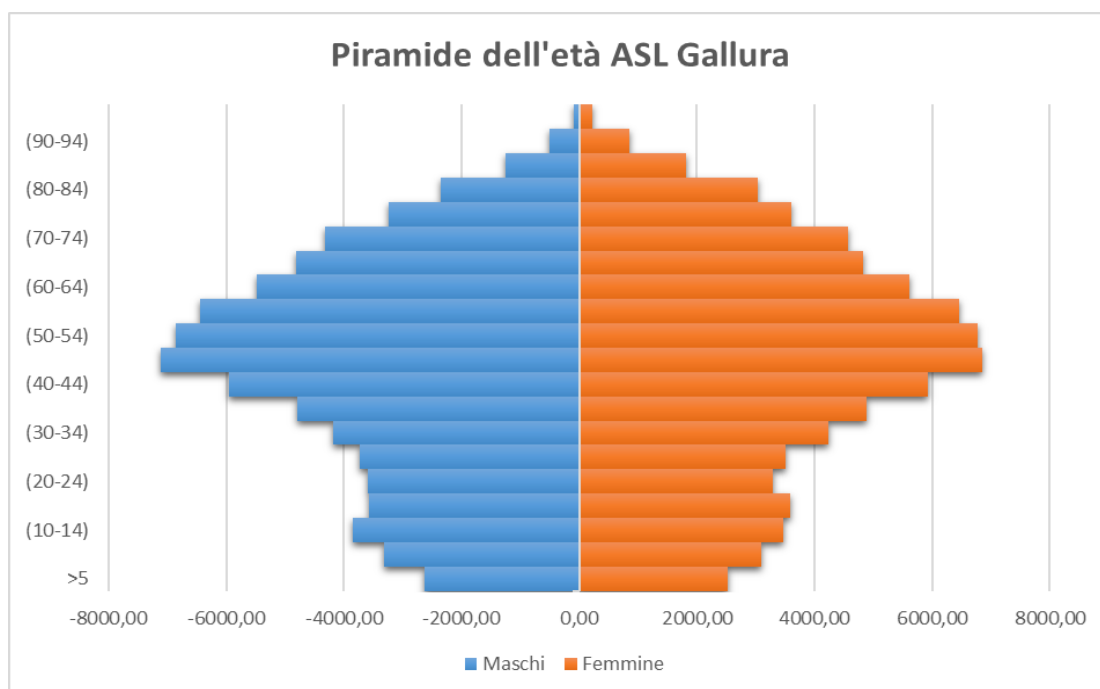
In Gallura è accaduto che stimoli, investimenti e risorse economiche abbiano introdotto elementi di dinamicità che ne stanno caratterizzando, nella storia recente, l'importante crescita economica e sociale. **Lo sviluppo del settore del turismo** ha sicuramente svolto un ruolo ed una funzione

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.

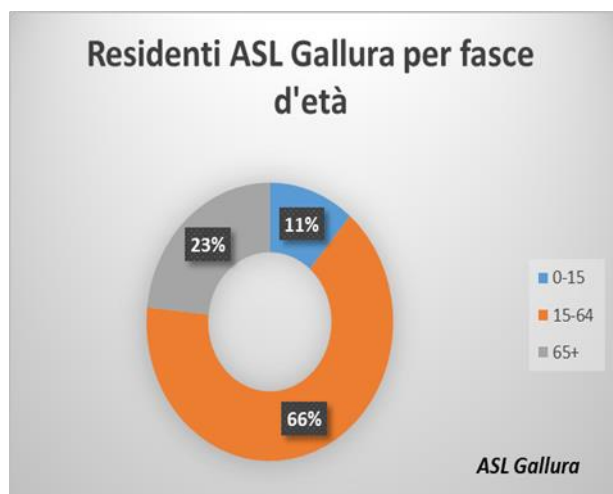
La struttura della popolazione, classi d'età e indicatori demografici

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 (01.01.2024)

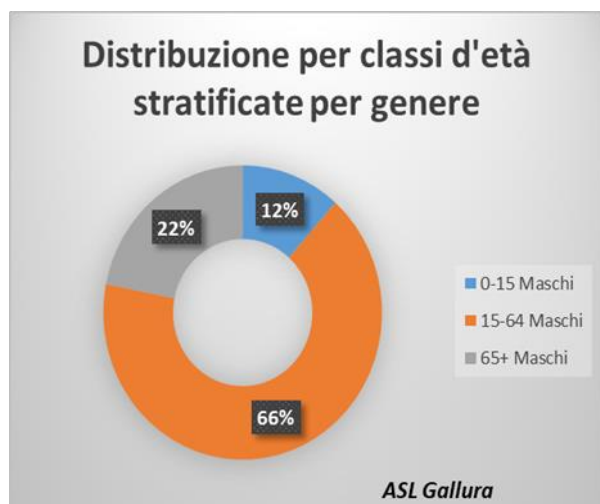
L'aspetto piramidale evidenzia una popolazione caratterizzata da una numerosità statistica nelle fasce d'età giovanile e in età lavorativa, interessata in misura minore ad un progressivo processo di invecchiamento rispetto alle altre aree regionali. La forma piramidale caratterizza l'area come un territorio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



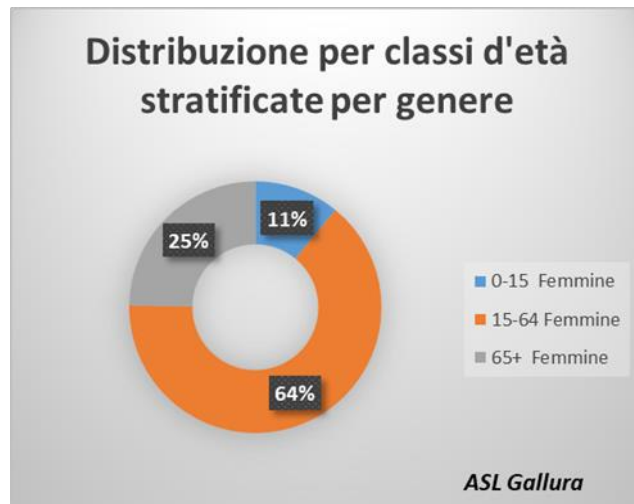
Classi d'età	Totale
0-15	17.904
15-64	103.908
>65	37.104

11

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione	Indice di carico di figli per donna
207,2	52,9	159,7	162,7	14,6

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)

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 207,2%, valore inferiore rispetto a quello regionale (252,8%), ma non a quello nazionale (193,1). Allo stesso modo, anche l'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, presenta un valore, pari al 52,9%, inferiore rispetto sia a quello regionale (57,8%) e a quello nazionale (57,4%). Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente. L'indice di struttura della popolazione che, rapportando percentualmente il numero degli individui di età compresa tra 40 e 64 anni con quello di individui di età compresa tra i 15 e i 39, indica il grado di invecchiamento della popolazione, si attesta al 162,7%, ciò significa che la fascia lavorativa più giovane inizia anche in Gallura a non prevalere su quella più "vecchia" il che rappresenta un rallentamento 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 159,7%: tale valore sottintende un aumento della tendenza alla disoccupazione dei giovani in cerca di prima occupazione e alla comparsa del fenomeno NEET anche in Gallura. Questo indice, considerando solo due classi quinquennali d'età, è soggetto a forti fluttuazioni e quindi risulta molto variabile.

12

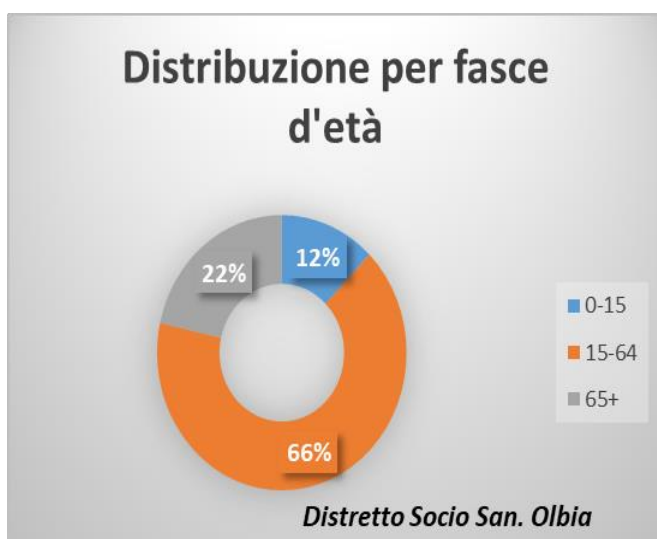
	Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda
ASL Gallura	207,2	52,9	159,7	162,7	14,6
Sardegna	252,8	57,8	180,0	164,8	14,4
Italia	193,1	57,4	143,8	142,9	17,9

Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2024)

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.



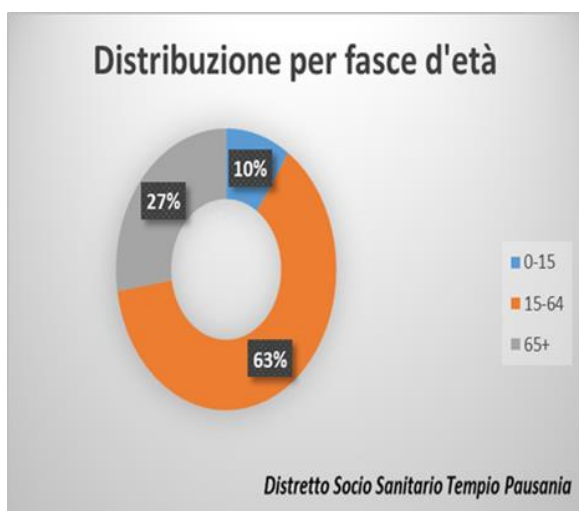
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)



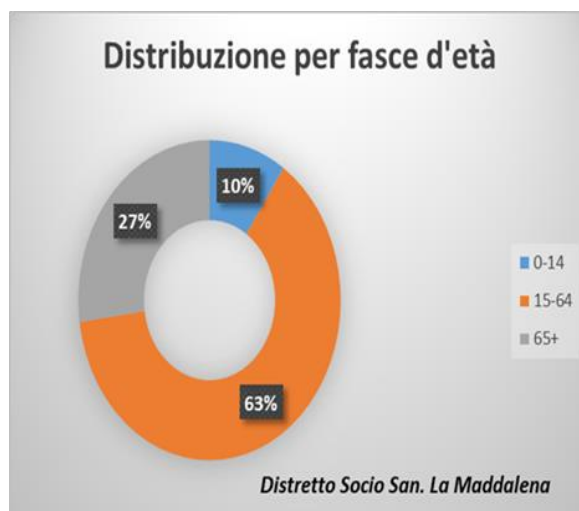
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)

Classi d'età	Totale
0-15	14.176
15-64	79.205
>65	26.371

13



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)

Tasso di natalità e di mortalità 2011-2023													
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Sardegna													
Tasso di natalità	7,9	7,5	7,2	7,0	6,7	6,4	6,2	5,8	5,5	5,2	5,2	4,9	4,6
Tasso di mortalità	9,1	9,4	9,2	9,4	10,0	9,8	10,3	10,0	10,5	11,7	12,7	13,0	11,8
Italia													
Tasso di natalità	9,1	8,9	8,5	8,3	8,1	7,9	7,6	7,3	7,0	6,8	6,8	6,7	6,4
Tasso di mortalità	9,9	10,2	10,0	9,9	10,8	10,2	10,8	10,6	10,6	12,5	11,9	12,1	11,2

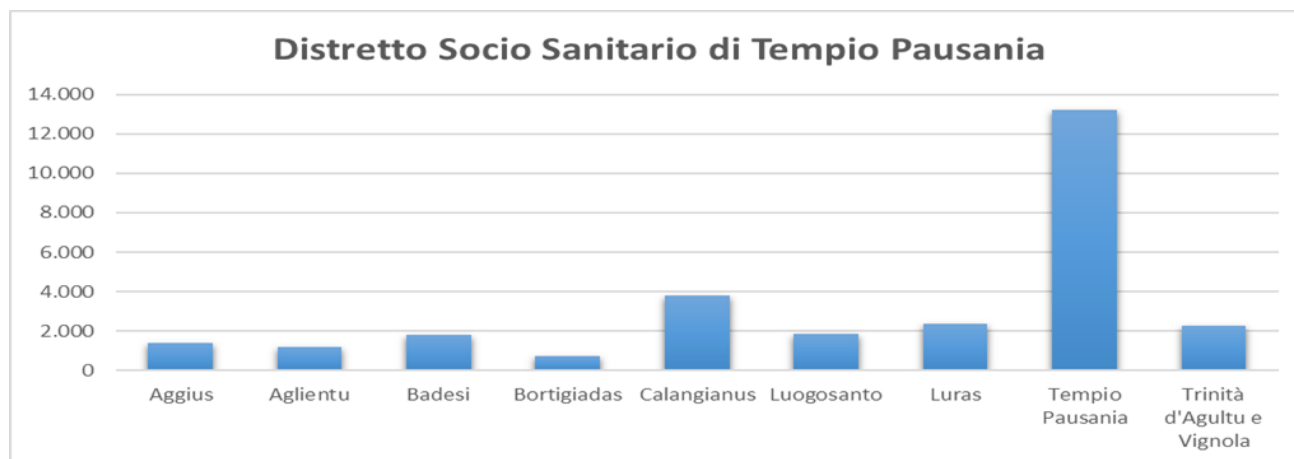
Fonte dati: Sistema di nowcast per indicatori demografici

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 **28.591 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%**.

14



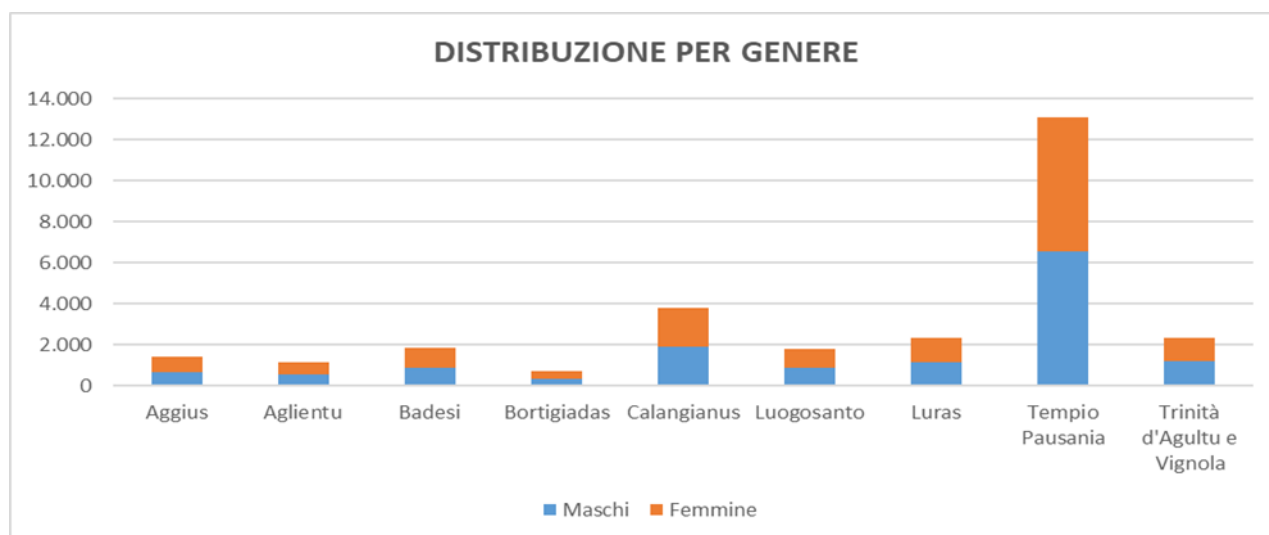
Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2024)

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
288,8	58,7	179,9	162,6	14,3

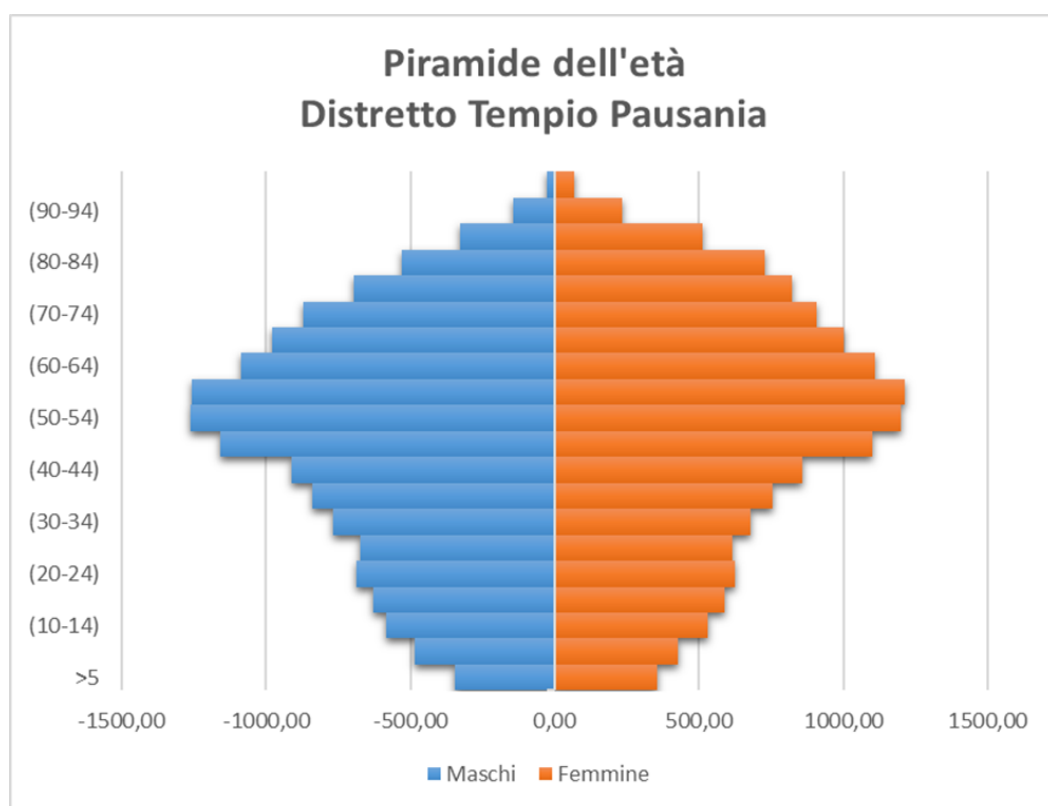
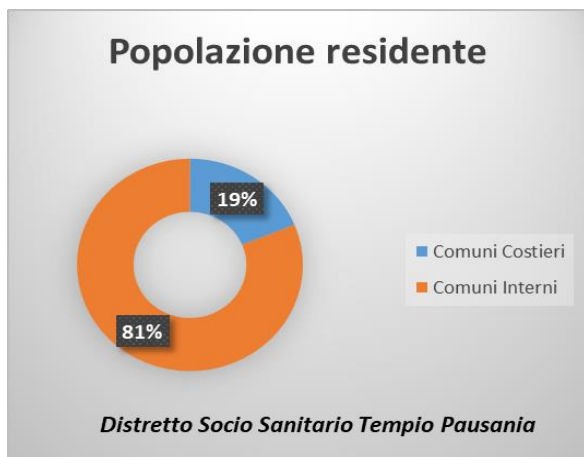
Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2024)

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 288,8%, valore superiore sia a quello regionale (252,8%), che a quello nazionale (193,1). 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 58,7%, è superiore rispetto sia a quello regionale (57,8%) che a quello nazionale (57,4%). Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente. L'indice di struttura della popolazione, che, rapportando percentualmente il numero degli individui di età compresa tra 40 e 64 anni con quello di individui di età compresa tra i 15 e i 39, indica il grado di invecchiamento della popolazione, si attesta al 162,6%. 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 179,9%.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2024)



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2024)

L'aspetto piramidale evidenzia una contrazione nelle fasce d'età più giovani (0-14). Le classi di età centrali, corrispondenti alle persone in età lavorativa e dunque alla cosiddetta popolazione attiva, registrano la quota più elevata evidenziando una certa eterogeneità della distribuzione per genere. 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

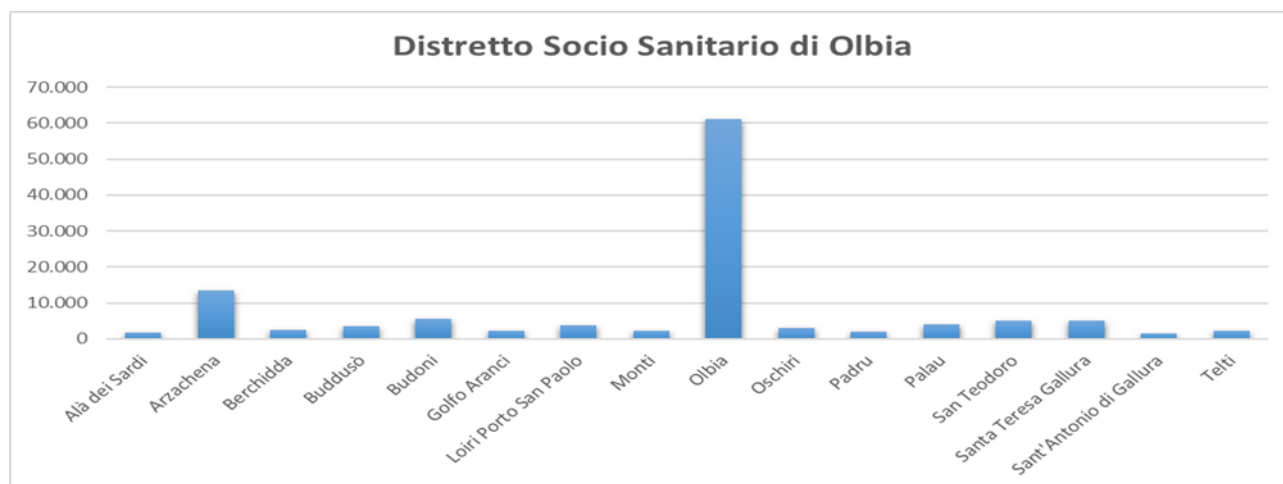
adeguatamente governata a livello territoriale con l'obiettivo di promuovere l'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, garantendo un processo di progressiva riduzione dell'assistenza ospedaliera di tipo tradizionale finalizzata, a ridurre gli accessi 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 **119.752 unità**, che rappresenta **il 75%** della popolazione di riferimento della ASL Gallura. I dati ISTAT 2023 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.

17

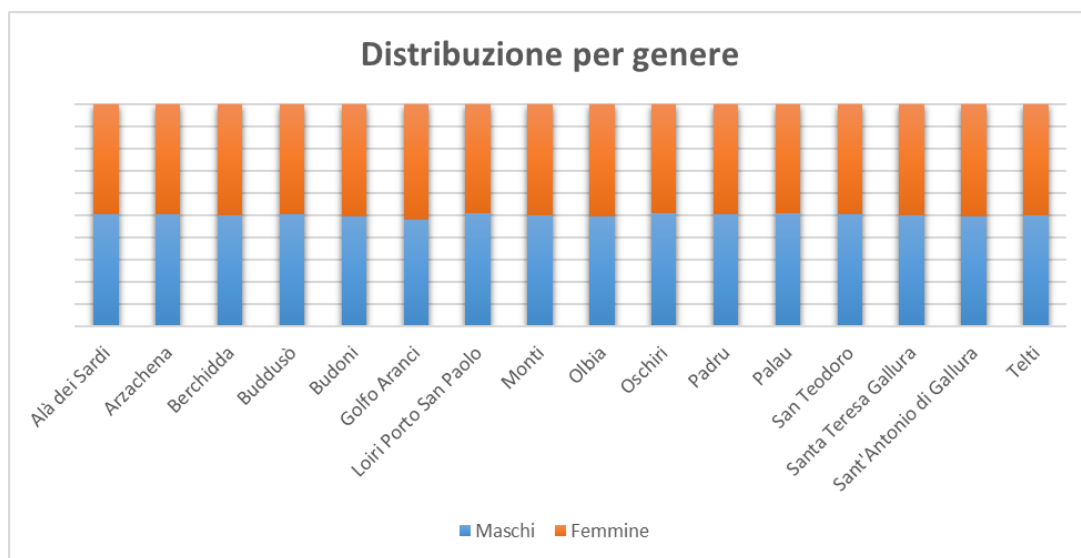


L'indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 186,0%, valore inferiore sia a quello regionale (252,8%), che a quello nazionale (193,1). L'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, presenta un

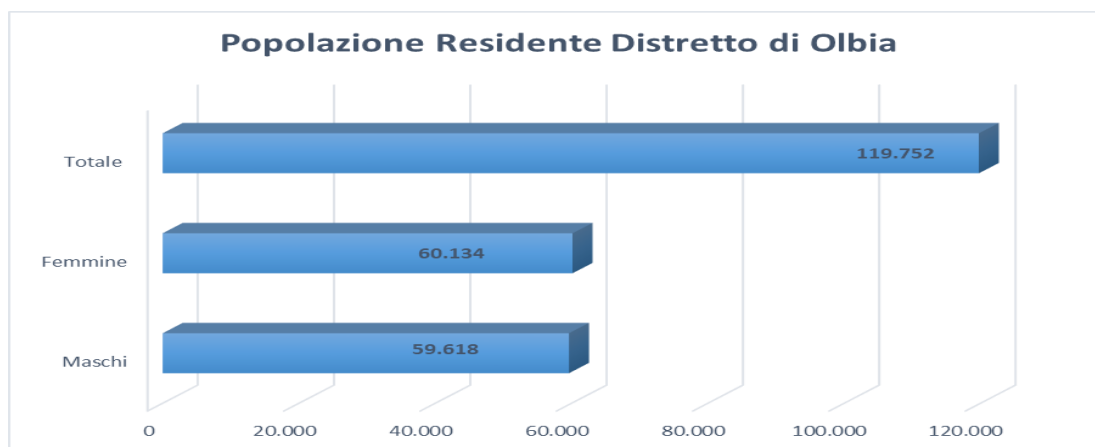
valore pari al 51,2%, inferiore sia a quello regionale (57,8%) che a quello nazionale (57,4%). L'indice di struttura della popolazione, che, rapportando percentualmente il numero degli individui di età compresa tra 40 e 64 anni con quello di individui di età compresa tra i 15 e i 39, indica il grado di invecchiamento della popolazione, si attesta al 162,3%, ciò significa che la fascia lavorativa più giovane rallenta in termini di dinamismo demografico su quella più matura, così come osservato su scala nazionale.

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
186,0	51,2	152,8	162,3	14,8

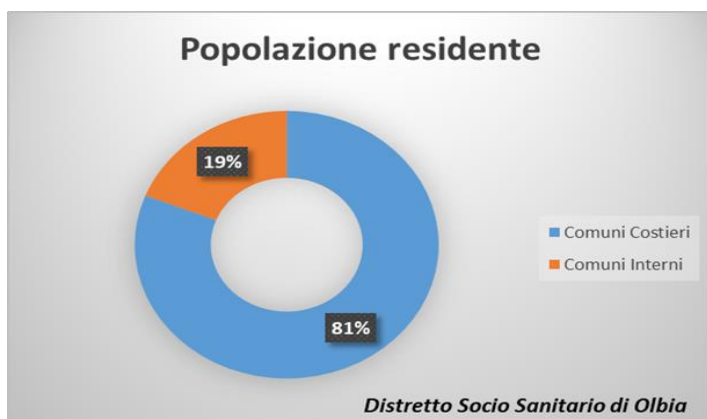
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)



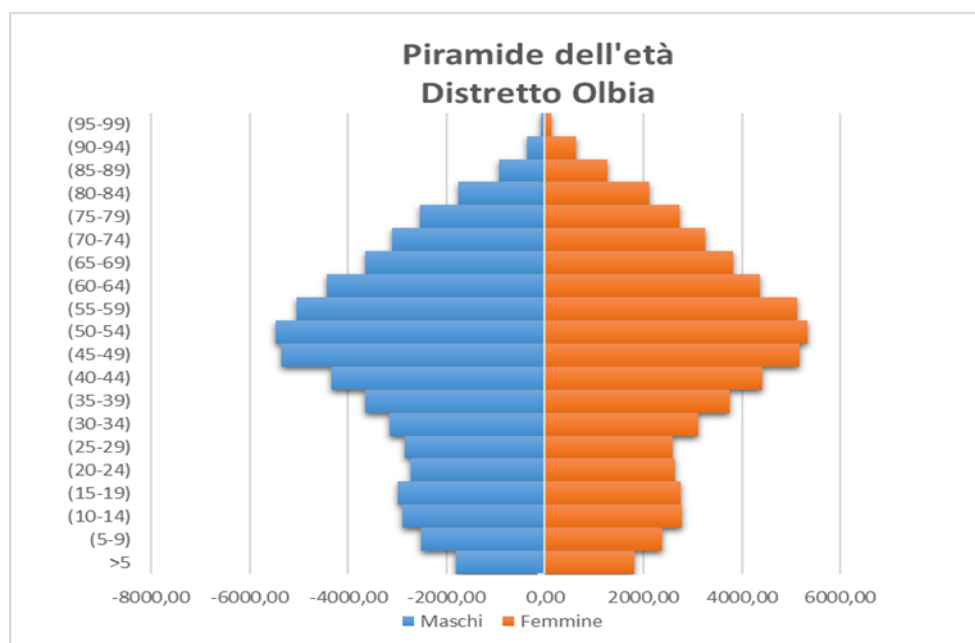
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)



A conferma della vocazione marittima del Distretto di Olbia il tasso di crescita delle imprese ha visto un incremento del 5,7% nel 2023 trainato dal settore della cosiddetta "Blue Economy" (102 aziende del settore nautico attive).

Il distretto produttivo **Olbia-Cipnes Gallura** si conferma terreno fertile per l'imprenditoria, capace di generare

opportunità e occupazione. È importante ricordare il ruolo cruciale di Olbia come motore di sviluppo e innovazione nel panorama regionale con evidenti ricadute anche nelle dinamiche demografiche del territorio, determinando un mercato del lavoro in continua evoluzione e soprattutto pronto ad assorbire nuove professionalità.



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)

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. È importante sottolineare l'utilità di monitorare con attenzione la struttura per età, genere e cittadinanza della popolazione residente, struttura che in buona parte determina quella che sarà la struttura di domani. La popolazione residente, infatti, è composta da tante sottopopolazioni che esprimono bisogni sanitari differenti che dovranno trovare risposte nei servizi socio-sanitari aziendali e regionali. In particolare, gli stranieri, componente ormai stabile del tessuto socio-demografico con un peso crescente sul totale della popolazione presentano una struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i distretti socio sanitari di Tempio Pausania e La Maddalena con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari.

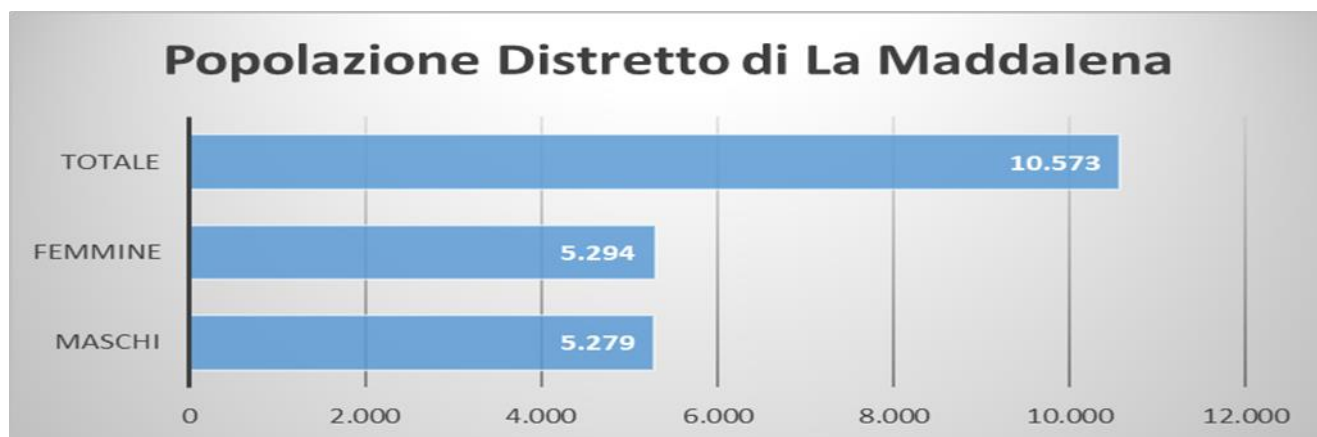
Il Distretto di La Maddalena

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.

20

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 10.573 abitanti.



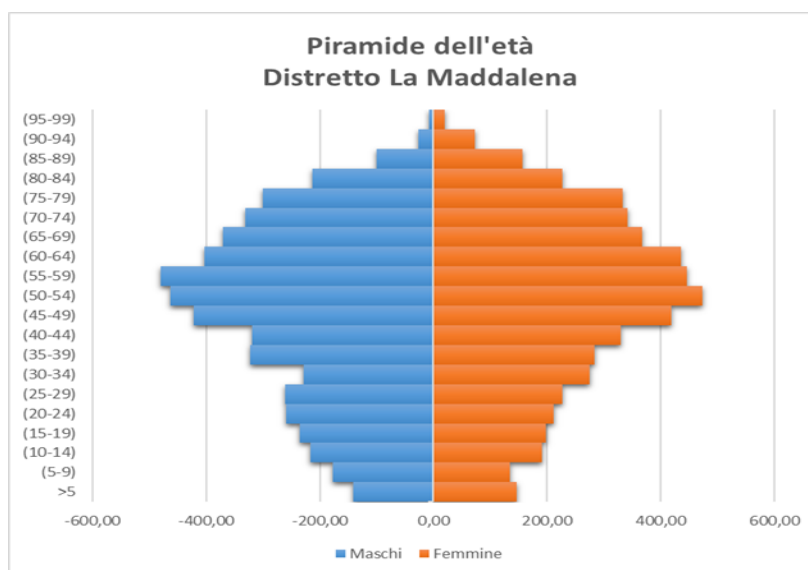
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)

La popolazione residente nel Distretto Socio Sanitario di La Maddalena è risultata pari a **10.573 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 2.874 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
285,4	58,0	193,3	167,5	14,8

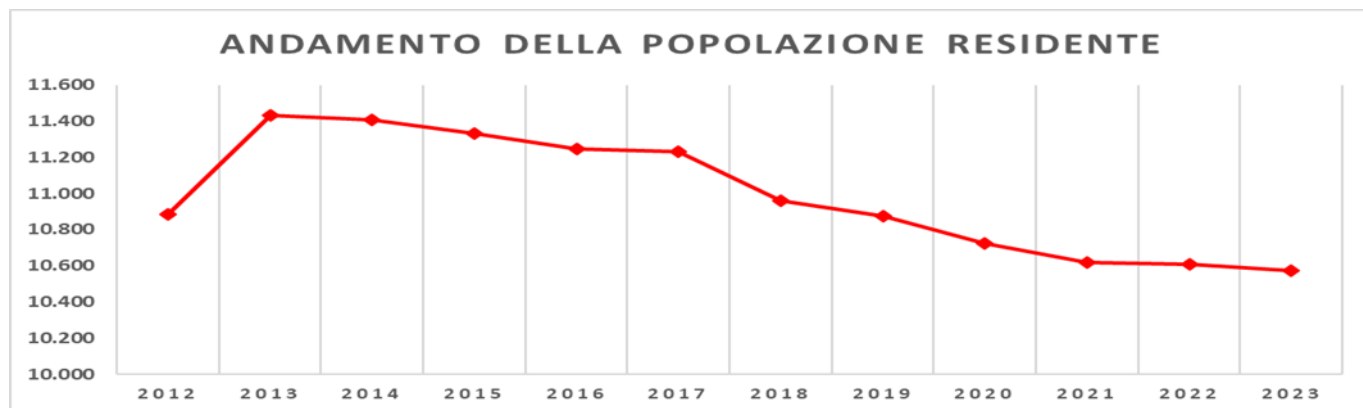
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)

L'indice di vecchiaia della popolazione, risulta pari a 285,4 valore superiore sia a quello nazionale (193,1) che a quello regionale (252,8). L'indice di dipendenza strutturale, presenta un valore, pari al 58%, superiore al valore nazionale (57,4%) e a quello regionale (57,8%), ma questo dato è influenzato dalla bassa numerosità statistica delle classi d'età in esame. Questa osservazione si riscontra anche nella misurazione dei valori dell'indice di struttura della popolazione e per l'indice di ricambio della popolazione.



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)

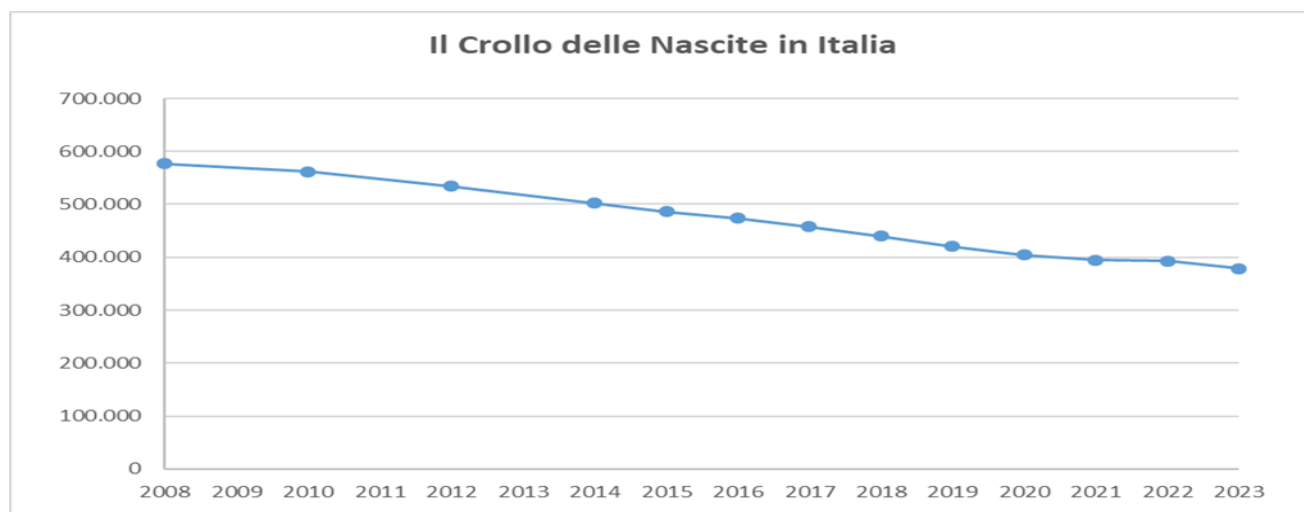
L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali. Le anomalie nella forma della piramide sono estremamente indicative e inducono alla ricerca delle cause che le hanno determinate. La bassa numerosità 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 (01.01.2024)

La natalità e il calo delle nascite

Nel corso del 2023 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 1,24 figli in media per donna del 2022 a 1,20 del 2023. 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.

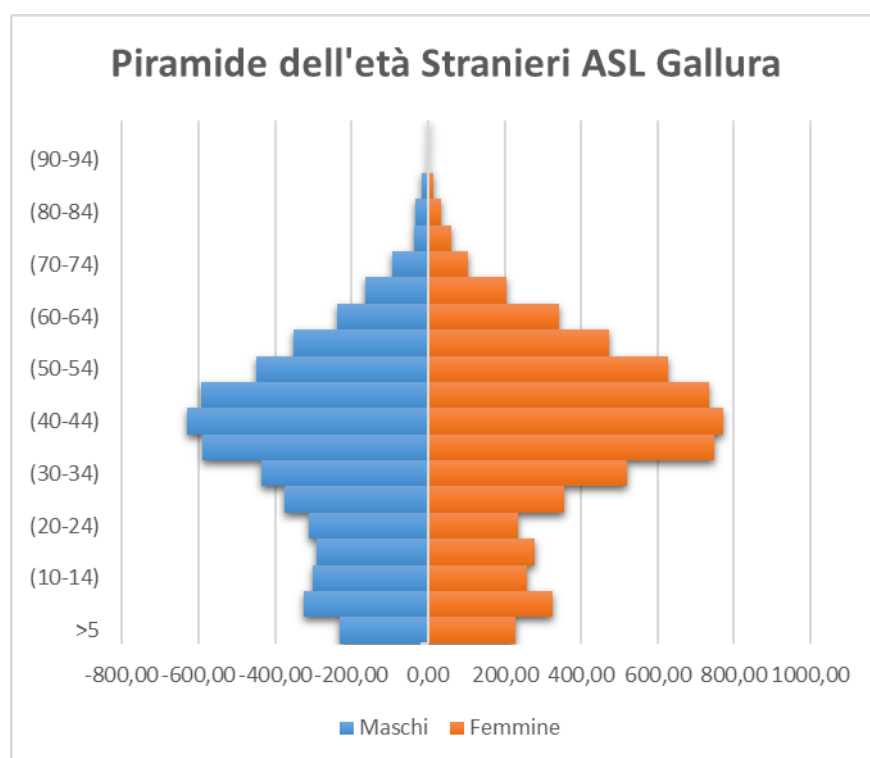


Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)

La diminuzione delle nascite rispetto al 2022 è di 14mila unità (-3,6%). Dal 2008, ultimo anno in cui si è assistito in Italia a un aumento delle nascite, il calo è di 197mila unità (-34,2%). Un fenomeno, quello della riduzione della natalità, che riguarda indistintamente nati di cittadinanza italiana e straniera (questi ultimi, pari al 13,3% del totale dei neonati, sono 50mila, 3mila in meno rispetto al 2022). Dopo un biennio di sostanziale stabilità, nel 2023 l'età media al parto si porta a 32,5 anni (+0,1 sul 2022). Tale indicatore, in aumento in tutte le ripartizioni, continua a

registrare valori nel Nord e nel Centro (32,6 e 32,9 anni) superiori rispetto al Mezzogiorno (32,2), dove però si osserva l'aumento maggiore sul 2022 (era 32,0). Altri dati rivelano che il Trentino-Alto Adige, con un numero medio di figli per donna pari a 1,42, continua a detenere il primato della fecondità più elevata del Paese, sebbene sia tra le regioni con la variazione negativa maggiore rispetto al 2022 (1,51). Seguono Sicilia e Campania, con un numero medio di figli per donna rispettivamente pari a 1,32 e 1,29 (contro 1,35 e 1,33 nel 2022). In queste tre regioni le neo-madri risultano mediamente più giovani che nel resto del territorio nazionale: 31,7 anni l'età media al parto in Sicilia; 32,2 anni in Trentino-Alto Adige e Campania. La Sardegna, invece, rimane la regione con la fecondità più bassa. Stabilmente collocata sotto il livello di un figlio per donna per il quarto anno consecutivo, nel 2023 si posiziona a 0,91 figli (0,95 nel 2022). Le donne dell'Isola diventano madri per la prima volta all'età di 33,2 anni, contro una media nazionale di 32,5 anni.

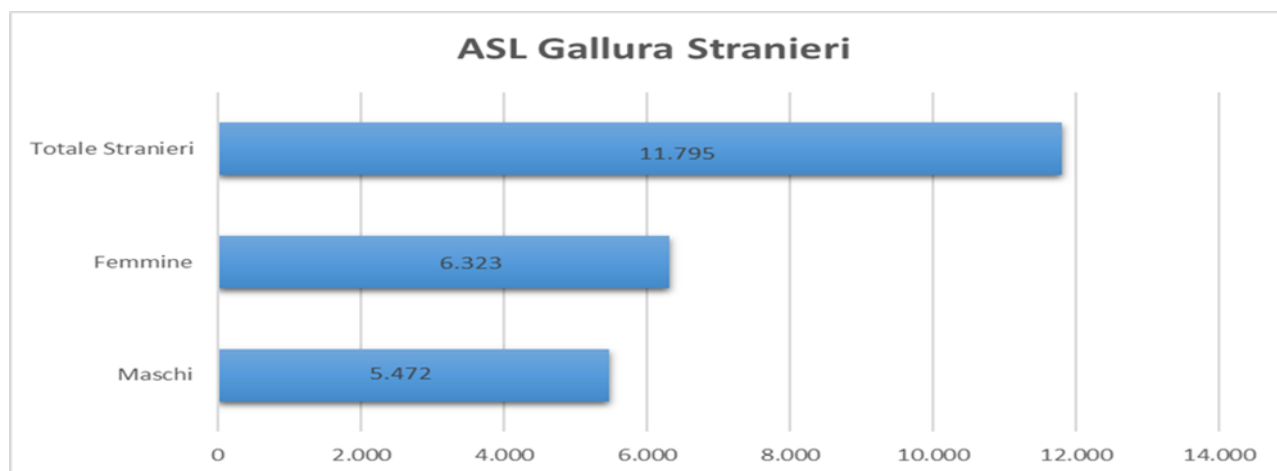
La componente straniera



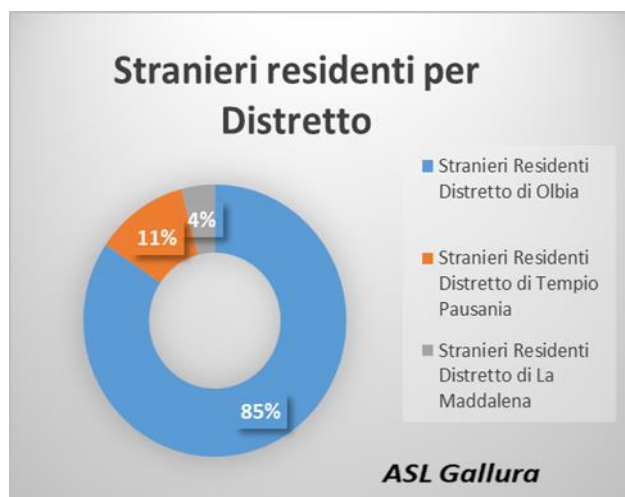
Osservando la piramide dell'età della popolazione straniera, si può notare una base allargata almeno nella fascia d'età 0-4 e 5-9 anni, che indica una fecondità alta, poi una modesta diminuzione nell'età adolescenziale e post adolescenziale. Si osserva un ulteriore rigonfiamento nella età adulta: per 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 una positiva natalità soprattutto per il contesto sardo 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. Gli stranieri residenti in Gallura sono 11.795 al 1 gennaio 2024

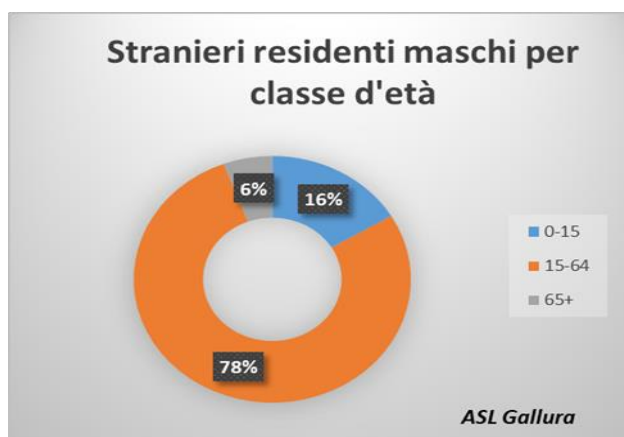
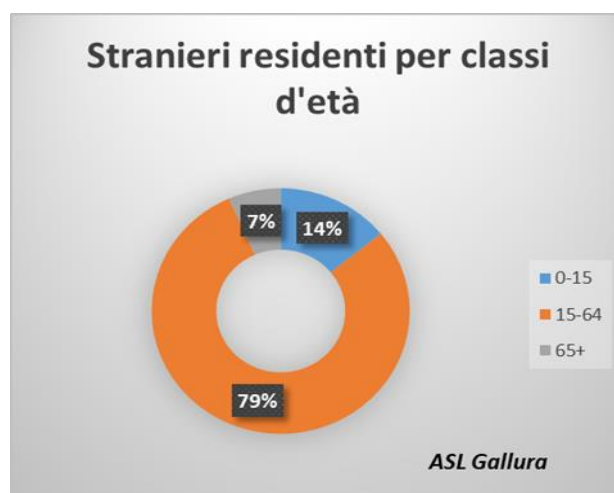
e rappresentano il 7,4% della popolazione complessiva gallurese. In Sardegna gli stranieri residenti sono 52.878 e rappresentano il 3,36% della popolazione sarda. In Gallura è dunque presente il 22,3% degli stranieri residenti in tutta la Sardegna



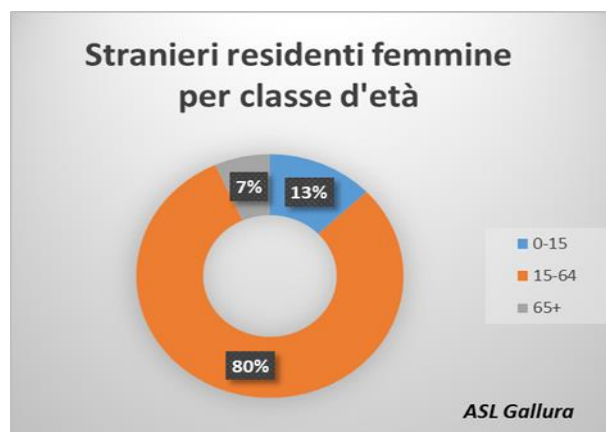
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2024)



Gli stranieri residenti a Olbia sono 5.901 e rappresentano il 9,59% della popolazione complessiva, mentre ad Arzachena sono 1.307 e rappresentano il 9,75% della popolazione residente. Olbia e Arzachena hanno molti residenti stranieri, con una percentuale molto più alta di quella del Mezzogiorno, che è intorno al 4%.

I livelli di scolarità

La scuola rappresenta uno spazio essenziale in cui dare a bambini, bambine e adolescenti uguali opportunità di crescita contrastando la povertà educativa. I servizi e le strutture scolastiche, come il tempo pieno, la mensa e le palestre, sono importanti per ridurre la dispersione scolastica, offrono a bambini e ragazzi la possibilità di partecipare ad attività educative, ricreative, culturali e sportive migliorando così il loro apprendimento.

I residenti in Sardegna di età compresa tra gli zero ed i 19 anni interessati dai servizi per l'infanzia e dai vari gradi di istruzione sono 226.250, il 14% della popolazione isolana.

Sono 135.070 i giovani sardi di età compresa tra 6 e 16 anni, soggetti all'obbligo scolastico.

Il 46,5% dei bambini tra 0 e 2 anni è iscritta all'asilo nido, dato superiore al 31,7% della media nazionale; in questa graduatoria la Sardegna è seconda, superata solo dalla Valle d'Aosta, col 48,3% dei bambini iscritti al nido. Passando alle scuole, la percentuale di quelle accessibili in Sardegna – cioè, quelle che offrono servizi di base – è pari al 45,4%, superando di circa 5 punti percentuali la media nazionale (pari al 40,3%).

L'abbandono scolastico a livello regionale, nel 2023 al 17,3%, continua ad essere superiore alla media nazionale, pari al 10,5%. Per il tasso di dispersione implicita, la percentuale di chi, al termine del proprio percorso scolastico, non raggiunge competenze minime, è il 15,9% in Sardegna, contro l'8,7% nella totalità del territorio italiano.

I dati INVALSI fanno emergere che poco meno della metà degli studenti sardi delle classi terze della scuola secondaria di primo grado (49,5%) hanno una competenza alfabetica non adeguata, contro il 38,5% del dato nazionale; ancora, il 58,1% degli studenti della stessa classe non hanno adeguate competenze matematiche adeguate, rispetto al 44,2% degli studenti italiani.

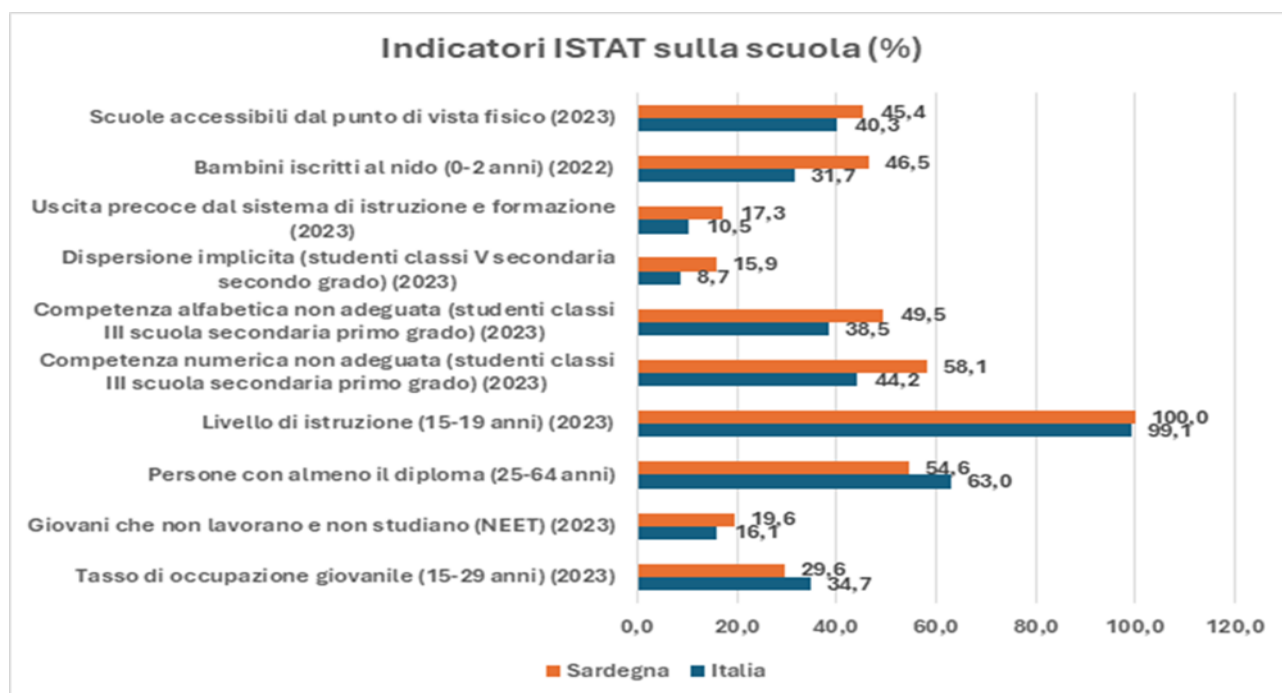
Dato confortante è il livello di istruzione della popolazione tra i 15-19 anni, che rappresenta la quota di popolazione che, per età, dovrebbe essere in possesso almeno della licenza media inferiore, in cui la Sardegna raggiunge il 100%, con un valore nazionale pari al 99,1%.

Riguardo al tasso di conseguimento del titolo di scuola superiore di secondo grado nella popolazione tra i 25 e i 64 anni, la Sardegna si colloca al penultimo posto a livello nazionale, con poco più della metà, il 55%, della popolazione in possesso di questo titolo, a fronte di un dato nazionale del 65,5%.

L'indicatore sull'uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione – indicatore che riguarda la classe di età compresa tra 18 e 24 che possiede come titolo scolastico il diploma di terza media

e che non ha qualifiche professionali riconosciute a livello regionale o non si è inserita all'interno di un altro percorso di istruzione o formazione – mostra che i giovani sardi in questa categoria sono pari al 17,3%, mentre la media nazionale è al 10,5%.

I NEET (giovani che non studiano e non lavorano) in Sardegna sono pari al 19,6%, mentre in Italia rappresentano il 16,1% della popolazione; ancora, il tasso di occupazione giovanile, nella fascia di età 15-29 anni, in Sardegna è al 29,6%, contro il dato nazionale pari al 34,7%: 7 giovani sardi su 10, quindi, sono disoccupati.



I dati relativi alle persone laureate e quelle aventi altri titoli terziari nella fascia d'età 25-34 anni, sono il 27% dei sardi che possiedono tali titoli, contro una media nazionale del 30,6%.

Negli indicatori territoriali per le politiche di coesione l'ISTAT presenta la percentuale di persone di 11 anni e più che hanno utilizzato Internet almeno una volta a settimana e la percentuale di famiglie che dispongono di connessione ad Internet e di almeno un PC: i dati raccolti vedono, il 75,4% dei sardi di almeno 11 anni che sono utenti regolari di Internet, contro il 77,7% del dato nazionale e il 64,2% delle famiglie sarde che dispone di almeno un computer e della connessione a Internet, rispetto ad un 67,2% riguardante il territorio nazionale.

Il mercato del lavoro

L'andamento del mercato del lavoro in Sardegna nel 2023 restituisce l'immagine di una regione del Mezzogiorno, con tassi di disoccupazione (10,1%) superiori e tassi di partecipazione (62,5%) e di occupazione (56,1%) inferiori alle medie nazionali. Le dinamiche di breve periodo mandano

segnali positivi e una lettura attenta non può prescindere dalle dinamiche demografiche che inevitabilmente incidono sull'interpretazione degli indicatori del mercato del lavoro. Un dato molto incoraggiante arriva dalla disoccupazione, in netta diminuzione in valori assoluti (-9.281 unità per una riduzione del 12,6%). Il calo della disoccupazione si accompagna ad aumenti dell'occupazione, di quasi 11mila unità, per un tasso di crescita dell'1,6%, con il tasso di occupazione che cresce in tutte le disaggregazioni per genere e titolo di studio. Il dinamismo trova conferma nell'aumento del divario tra il numero di rapporti di lavoro attivati e cessati che passa da 7.770 del 2022 a 18.891 del 2023.

Il mercato del lavoro in Sardegna viene analizzato concentrandosi sul tasso di attività, il tasso di occupazione e il tasso di disoccupazione. La recente evoluzione di questi indicatori viene confrontata con quella emersa a livello nazionale e nelle macro-regioni Centro-Nord e Mezzogiorno.

La partecipazione al mercato del lavoro è misurata dal tasso di attività, ovvero dal rapporto tra le forze di lavoro – l'insieme degli occupati e dei disoccupati – e la popolazione complessiva nella stessa fascia di età.

La Sardegna riporta nell'ultimo anno un tasso di attività pari al 62,5%, superiore di 6,2 punti percentuali al dato del Mezzogiorno ma inferiore di 9,5 punti percentuali rispetto al Centro-Nord. In lievissimo aumento rispetto all'anno precedente (+0,3 punti percentuali) ma in misura inferiore alla crescita registrata a livello nazionale (+1,1 punti percentuali).

La partecipazione al mercato del lavoro cresce con il livello di istruzione ed è elemento particolarmente caratterizzante la componente femminile, con tassi di attività in Sardegna pari al 37,4%, tra le donne meno istruite, e al 79,5%, tra le donne con laurea o titolo superiore. Guardando alla dinamica dei valori assoluti, colpisce il recente forte aumento percentuale degli uomini con laurea e oltre. La Sardegna riporta un aumento del 20,5%, con un numero di laureati (attivi nel mercato del lavoro) che passa dai 51.160 del 2022 ai 61.660 del 2023, invertendo una tendenza alla riduzione che aveva caratterizzato il periodo 2019-2022.

In termini di livelli occupazionali la Sardegna registra la presenza di 329.062 lavoratori e 247.647 lavoratrici e riporta nell'ultimo anno una crescita della componente femminile per tutti i livelli di istruzione, contrariamente a quanto avviene per gli uomini, i quali sono caratterizzati da una diminuzione del 4,7% se con livelli d'istruzione medio-bassi e dell'1% se diplomati, mentre aumentano del 19,4% se hanno conseguito almeno una laurea.

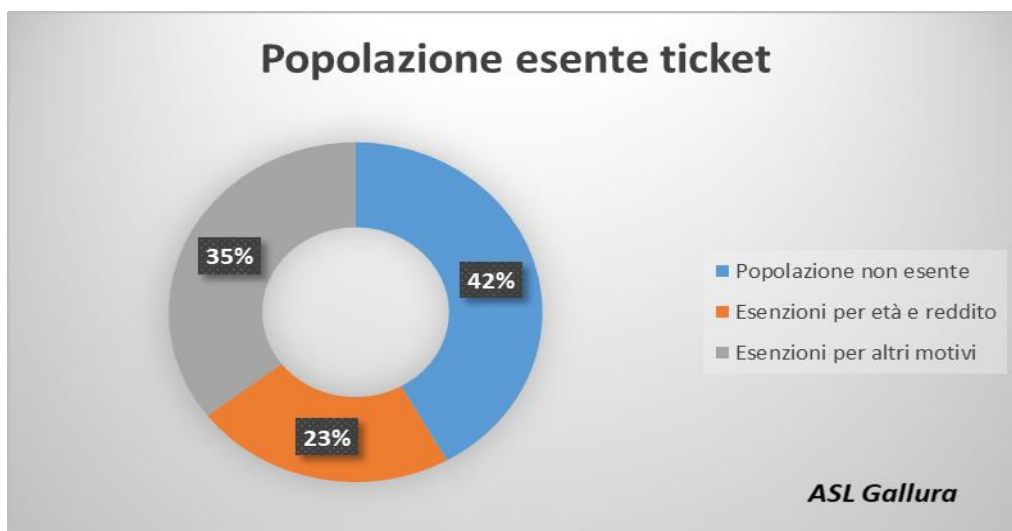
Nel 2023 il tasso di disoccupazione in Sardegna fa registrare un valore pari al 10,1% contro il 14% del Mezzogiorno e il 5,1% del Centro-Nord. Nell'ultimo anno, i disoccupati (pari a 64.265) si sono ridotti di 9.218 unità, in misura simile all'aumento di occupazione osservato, suggerendo che l'uscita dalla condizione di disoccupazione sia stata largamente caratterizzata dall'ottenimento di un posto di lavoro e non dall'uscita dal mercato del lavoro regionale. Questo dato contrasta

particolarmente con quanto emerso nel Mezzogiorno, dove si è verificato un lieve aumento dei disoccupati. L'analisi della disoccupazione per livello di istruzione impatta significativamente riducendo il tasso di disoccupazione di 9,1 punti percentuali per gli uomini e di 7,9 per le donne quando si passa da un titolo di studio medio-basso alla laurea. I differenziali per genere sono meno marcati in Sardegna (0,3 punti percentuali) rispetto all'Italia (2 punti percentuali) con un dato più favorevole alle donne solo tra le persone meno istruite, dove il tasso di disoccupazione maschile è di 2,1 punti percentuali superiore a quello femminile.

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 52% della popolazione, di cui il 20% per età e per reddito e il 32% 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.



Fonte Dati: Quadro H FLS.11

ASL	Popolazione Residente	Totale esenzioni	Esenzioni ticket per età e reddito	Esenzioni ticket per altri motivi
Gallura	158.916	82.235	32.113	50.122

Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2024 (01.01.2023)

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'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 multi-professionale; 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:

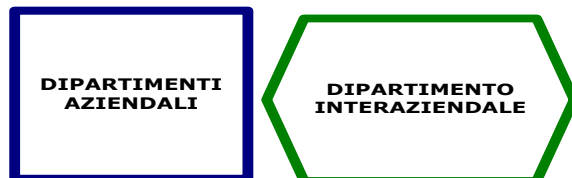
- direzione strategica: direzione aziendale (Direttore generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo);
- strutture di staff della direzione aziendale: supporto tecnico e metodologico alla direzione aziendale per lo svolgimento delle attività di governo ed indirizzo strategico, di pianificazione, 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:**



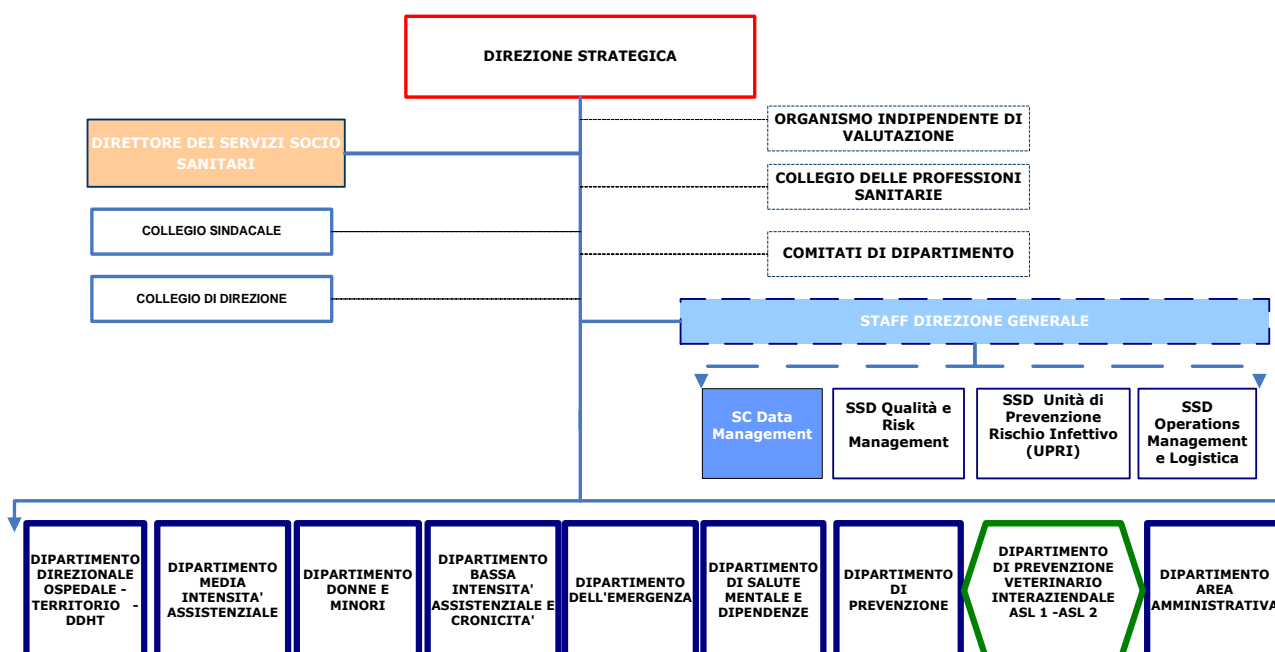
➤ **Articolazioni:**

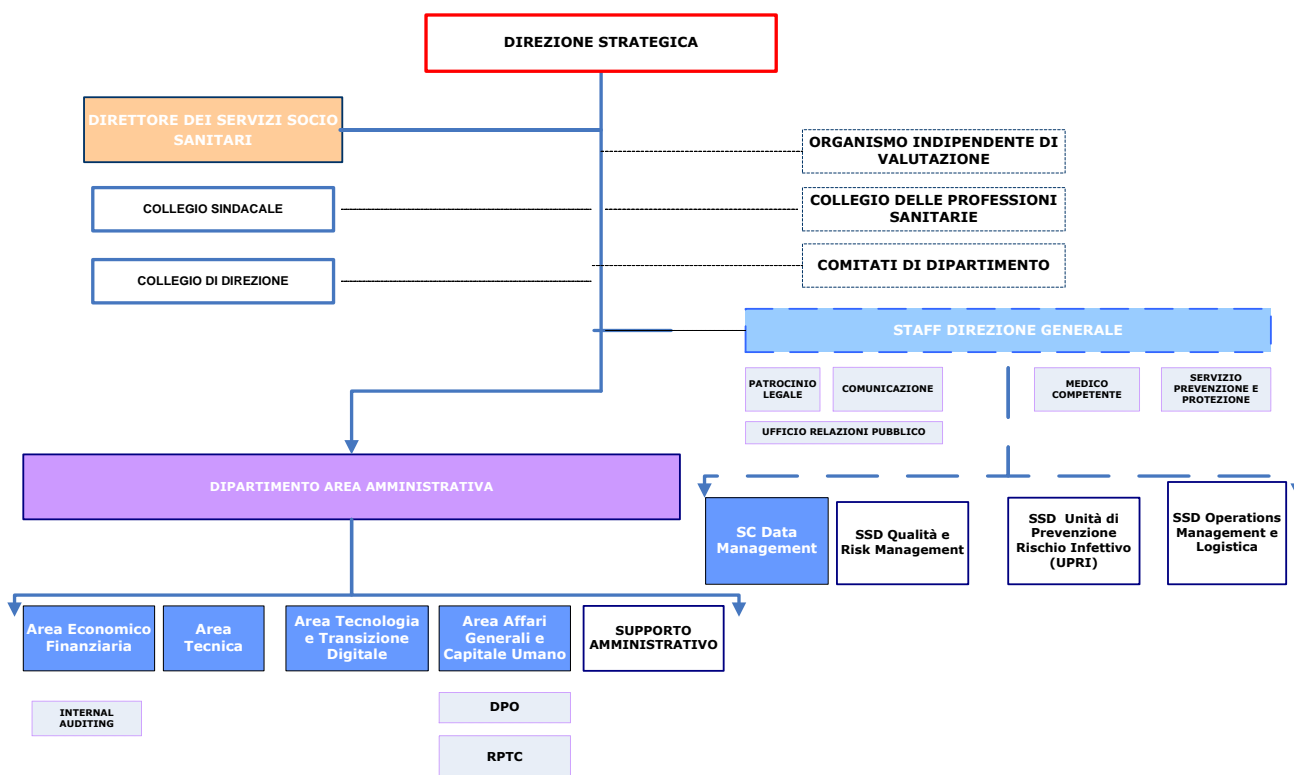
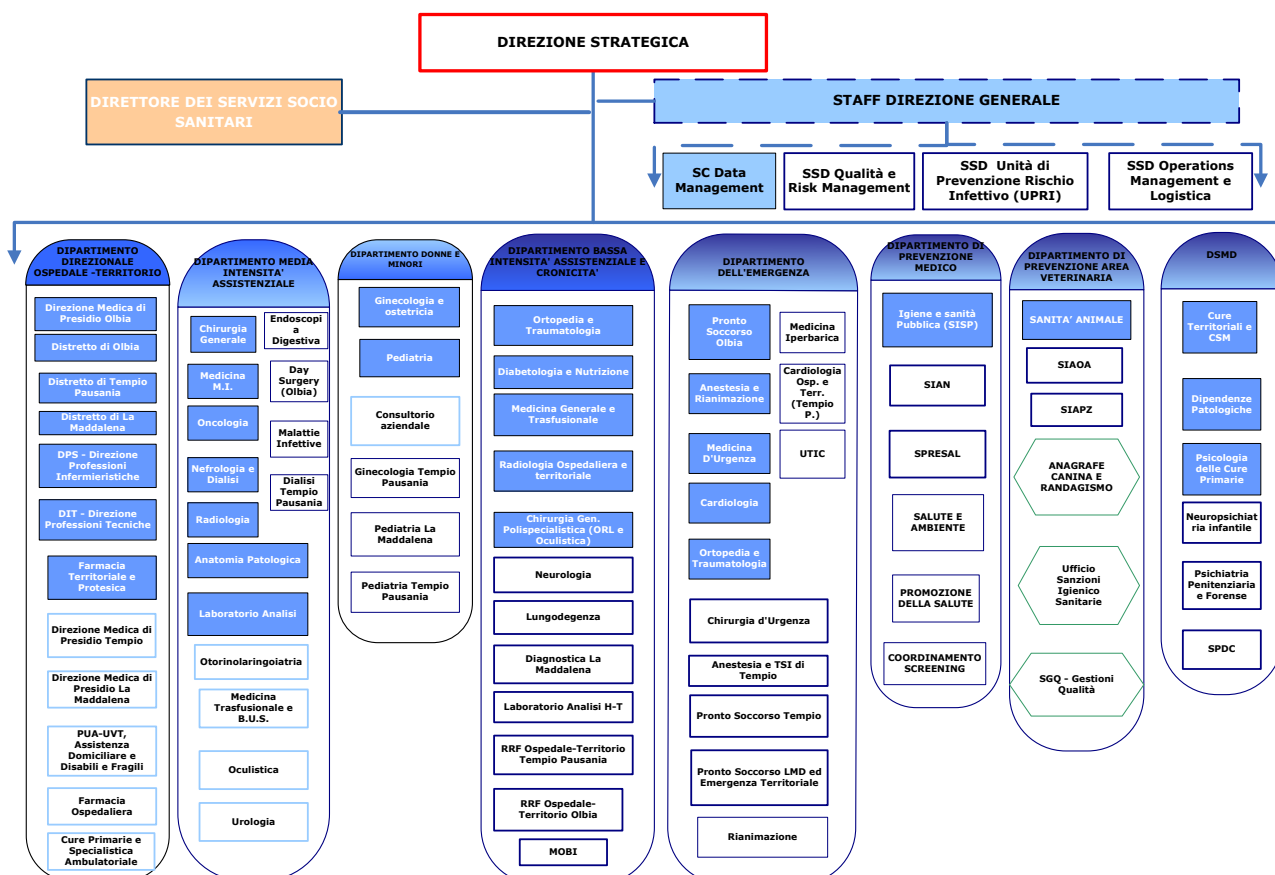


➤ **Relazioni:**

Dipendenza gerarchica _____

Coordinamento - - - - -





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** i seguenti Dipartimenti aziendali:

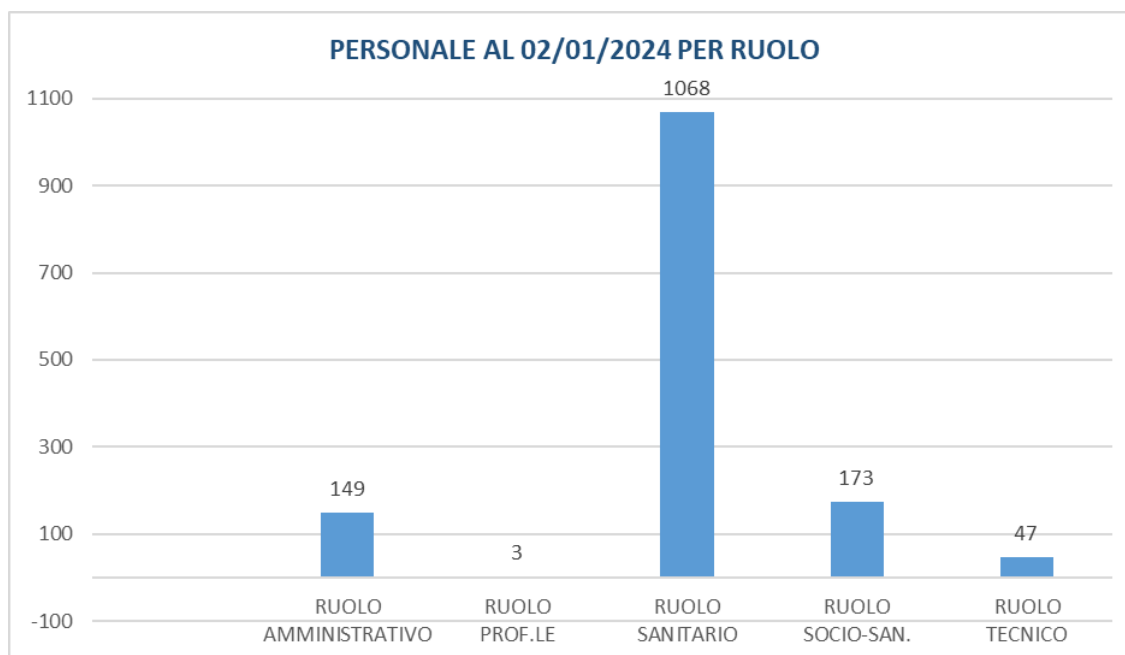
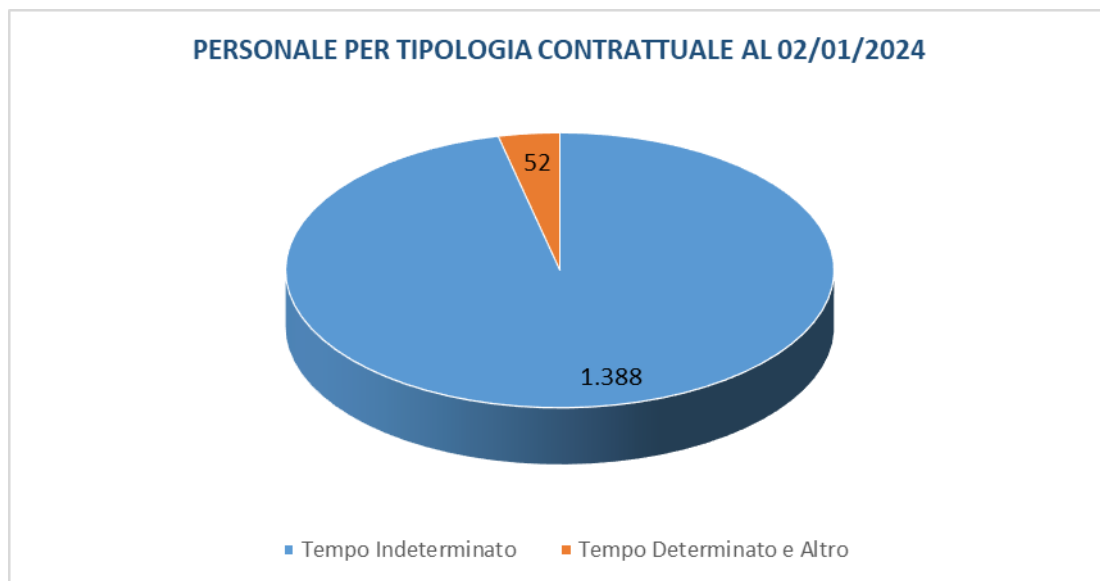
DENOMINAZIONE DIPARTIMENTO
Dipartimento Direzionale Ospedale Territorio - DDHT;
Dipartimento patologia acuta di Media intensità - DMI;
Dipartimento per Donne e Minori - DDM;
Dipartimento di Bassa Intensità Assistenziale e cronicità - DBIA;
Dipartimento di Emergenza Clinica - DE;
Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze - DSMD;
Dipartimento One Health della Prevenzione
Dipartimento tecnico amministrativo

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 02/01/2024			
RUOLO	TEMPO	TEMPO	Totale
	INDETERMINATO	DETERMINATO E ALTRO	
RUOLO AMMINISTRATIVO	129	20	149
RUOLO PROFESSIONALE	2	1	3
RUOLO SANITARIO	1.044	24	1068
RUOLO SOCIO-SANITARIO	170	3	173
RUOLO TECNICO	43	4	47
TOTALE	1.388	52	1.440



La tabella seguente riporta un'analisi quantitativa e qualitativa relativa al personale dell'ASL Gallura riferita al 01/01/2024 e al 01/01/2023 ed il relativo confronto.

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi			
Dipendenti ASL GALLURA	Numero al 02.01.2024	Numero al 12.01.2023	VARIAZIONE 2024-2023
Numero totale dipendenti	1.440	1.445	-5
Numero totale dipendenti ruolo sanitario	1.068	1.101	-33
Numero totale dipendenti ruolo tecnico	47	217	3
Numero totale dipendenti ruolo socio-sanitario	173		
Numero totale dipendenti ruolo professionale	3	2	1
Numero totale dipendenti ruolo amministrativo	149	125	24
Numero totale donne	1.047	1.051	-4
Numero totale uomini	393	394	-1
Età media del personale	51	50	1
Età media del personale a tempo indeterminato	51	51	0
Età media del personale non a tempo indeterminato	43	41	2
Numero totale dei dirigenti	367	377	-10
Età media dei dirigenti	52	53	-1
Età media dei dirigenti a tempo indeterminato	53	53	0
Età media dei dirigenti non a tempo indeterminato	44	46	-2
Età media del personale dirigente femminile	51	51	0
Età media del personale dirigente femminile a t. indet.	51	51	0
Età media del personale dirigente femminile non a t. indet.	42	43	-1
Età media del personale dirigente maschile a t. indet.	55	55	0
Età media del personale dirigente maschile non a t. indet.	47	49	-2
Età media del personale dirigente maschile	55	55	0
% di dirigenti donne (sul totale dirigenti)	62%	62%	0
% di dirigenti uomini (sul totale dirigenti)	38%	38%	0
% di dirigenti donne (sul totale personale)	16%	16%	0
% di dirigenti uomini (sul totale personale)	10%	10%	0
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato	1.388	1.371	17
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato donne	1.018	1.003	15
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato uomini	370	368	2

Parte II –La programmazione sanitaria triennale

Gli ultimi atti di programmazione sanitaria hanno confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici. Tuttavia, 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, il miglioramento della capacità di 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 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° 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 e di ulteriori norme di settore.
- Piano Nazionale della prevenzione 2020-2025;
- Piano Regionale della prevenzione 2020-2025;
- Patto per la salute 2019-2021;
- Piano coordinato nazionale dei controlli (PCNC);
- D.L. 34/2020, c.d. Decreto Rilancio;
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza MISSIONE 6: Salute
- Tutte le delibere RAS recanti indirizzi regionali in materia;

- 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	Certificato Idoneità a fisica alla guida	Certificati idoneità a fisica alla guida di natanti	Certificato idoneità fisica per detenzione / uso di armi	Certificati di adozione minori	Certificato roascop/rinnovo parcheggio riservato	Certificato esenzione uso cinture di sicurezza	Certificato idoneità fisica addetti sicurezza locali intrattenimento	Certificato idoneità a fisica conducenti NCC	Attività di estumulazione e riduzione cadaverica
ASL GALLURA	2022	850	338	37	312	5	116	1	0	3	31
	2023	750	25	15	231	8	211	2	13	1	120
	Δ%	-12%	-93%	-59%	-26%	60%	82%	100%	100%	-67%	287%

Vigilanza luoghi di vita		Sopralluoghi igienici sanitari Vigilanza	Pareri Commissione di Vigilanza Pubblico Spettacolo	Sopralluoghi vigilanza impianti sportivi/natatori	Indagini epidemiologiche per malattie infettive	Sopralluoghi case di riposo	Sopralluoghi case di riposo e CAM	Verifica pratiche edilizie Duaap: istruttoria/pareri	Campionamenti legionella	Sorveglianza Sanitaria a Passi e Passi D'Argento	Registrazioni schede Rencam
ASL GALLURA	2022	57	12	6	32	6	3	199	16	229	1532
	2023	110	19	9	61	35	2	265	52	234	2563
	Δ%	93%	58%	50%	91%	483%	-33%	33%	225%	2%	67%

SIAN

AREA SICUREZZA ALIMENTARE			
Ispezioni e Verifiche		2022	2023
Alimenti		210	215
Acque di destinazione al consumo umano		1100	962
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)		2	2
Valutazione per il rilascio delle abilitazioni all'acquisto e all'utilizzo dei fitosanitari		70	62
Certificati di export		5	14
			180%

AREA SICUREZZA ALIMENTARE			
Ispezioni e Verifiche	2022	2023	Δ%
Ispettorato micologico	158	70	-56%
Infezioni - intossicazioni e tossinfezioni alimentari (MTA)	0	1	100%

Campionamenti e Controlli	2022	2023	Δ%
Alimenti (farine, frutta, bevande, preparazioni Gastronomiche)	82	90	10%
Acque destinate al consumo umano	48	54	13%

AREA SICUREZZA NUTRIZIONALE			
Area sicurezza nutrizionale	2022	2023	Δ%
Tabelle dietetiche	19	78	311%
Diete speciali	8	106	1225%
Controllo qualità nutrizione pasti	0	0	0%
Consulenza capitolato d'appalto per mense collettive	0	0	0%
Pareri per convenzione prodotti dietetici	4	4	0%

SPRESAL

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro 2022-2023						
ASL	PERIODO	LAVORATORI CONTROLLATI	LAVORATORI CONTROLL. APPR. O MINORI	INDAGINI PER INFORTUNI	AZIENDE INTERESSATE	AZIENDE CON INTERVENTI DI VIGILANZA
Gallura	2022	15	0	37	466	466
	2023	20	0	42	489	489
	Δ%	33%	0%	14%	5%	5%

Attività di Vigilanza 2022-2023						
	Programmati		Esaminati		Sanzionati	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Edilizia: Numero cantieri ispezionati	175	175	206	176	14	24
Edilizia: Numero aziende da ispezionare, comprese ispezione cantieri di amianto	200	260	236	276	14	43
Agricoltura: numero aziende controllate	45	40	45	41	0	0
Comparto portuale, marittimo e della pesca: numero ispezioni autorità portuale Nord Sardegna	10	8	10	14	2	0

Attività di Vigilanza	Programmati		Esaminati		Sanzionati	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
N° complessivo di cantieri edili ispezionati	175	175	206	176	14	24
N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione in Edilizia	200	260	236	276	14	43
N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione in Agricoltura	45	40	45	41	0	0
N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione in Altri Comparti	221	158	236	158	19	15
Numero di aziende totali con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	466	458	517	475	33	58

SCREENING

Screening oncologici 2022-2023					
ASL	Anno	Attività	Screening Cervice Uterina	Screening Mammografico	Screening Colon Retto
GALLURA	2022	Inviti al 1° livello	3451	0	6.564
		Adesioni	2050	0	1383
		Tasso di adesione	59,40%	0,00%	21,00%
	2023	Inviti al 1° livello	10410	277	14.623
		Adesioni	5396	262	3561
		Tasso di adesione	51,83%	94,58%	24,35%

39

SALUTE E AMBIENTE

Vigilanza Rischio Amianto (SPreSAL)	2022	2023
N. Segnalazioni pervenute	0	0
N. Sopralluoghi effettuati	31	3
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	0
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	0
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per VIA	0	2
N. Convocazioni Conferenza Servizi per VAS***	1	8
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per VAS	0	9
N. Convocazioni Conferenza Servizi per AIA****	0	0
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per AIA	0	0
N. Convocazioni Altre Conferenze Servizi	23	5
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per Altre	0	7

Controlli ufficiali REACH e CLP e BIOCIDICI	2022	2023
N. controlli effettuati	14	11
N. sopralluoghi effettuati	5	6
N. campionamenti	1	1
N. sanzioni	1	1

Verifica sulla salute derivante dall'inquinamento dell'aria, suolo e acqua*	2022	2023
N. segnalazioni pervenute	12	67
N. sopralluoghi effettuati	9	67
N. comunicazioni autorità	9	32
N. partecipazioni riunioni sulle tematiche salute e Ambiente	0	4

 40

DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA VETERINARIA

SANITA' ANIMALE

Allevamen ti ovi- caprini	Consistenz a capi ovi- caprini	Allevamen ti bovini	Consistenz a capi bovini	Allevamen ti suini	Consistenz a capi suini	Allevamen ti equini
1.368	135.108	1.745	32.830	1.003	6.268	1.119

Patrimonio Presente Anno 2023			
N° codici Aziende Aperte			
	N° Aziende	N° Allevamenti	Totale capi
BOVINI	1.718	1.780	32.152
OVICAPRINE	1.170	1.398	133.067
SUINE	1.032	1.067	6.453
EQUINE	1.073	1.220	2.810
AVICOLI	12	16	4.438
ACQUACOLTURA	12	36	
AZIENDE APISTICHE	354	388	

CONTROLLI- ANNO 2023			
CONTROLLI	Programmati	Eseguiti	%
Tubercolosi bovina e bufalina: aziende controllate	332	344	104%
Peste suina africana suino domestico	48	32	67%
Brucellosi Bovina e Ovicaprina e leucosi bovina: aziende controllate	99	99	100%
Blue Tongue profilassi vaccinale: n. aziende	179	107	60%
Controlli identificazione e registrazione Bovini, ovicapri, suini ed equidi: aziende controllate	148	167	113%
West Nile Disease: sorveglianza volatili morti (n. capi conferiti)	200	218	109%
Piano arbovirus: sorveglianza entomologica (pool insetti conferiti)	290	208	72%
TSE: campioni obex conferiti	301	257	85%
Piano di genotipizzazione arieti: numero capi controllati	838	665	79%
Sorveglianza BT: n. prelievi	1.404	1.513	108%
stagione venatoria: cinghiali campionati	0	119	100%
piano salmonellosi aviare	1	0	0%
controlli su richiesta e programmati UVAC	10	10	100%
BSE: campioni obex conferiti	595	27	5%

CONTROLLI	Eseguiti	Positivi	%
Tubercolosi bovina e bufalina	344	0	0%
Peste suina africana suino domestico	32	0	0%
Brucellosi Bovina e Ovicaprina e Leucosi bovina	99	0	0%
Blue Tongue	107	0	0%
West Nile Disease	218	0	0%

CONTROLLI NON PROGRAMMATI	Eseguiti	Positivi	%
Tubercolosi bovina e bufalina: attività di controllo per compravendita n. capi controllati	5.885	0	0%
anemia infettiva equidi	628	0	0%
malattie virali suino: n. capi prelevati per malattia di Aujeszky	53	6	11%
PSA selvatico: sorveglianza passiva	143	0	0%
interventi in pronta disponibilità	150	0	0%

SIAPZ

Ispezioni e Verifiche	2023	2022	OLBIA Delta %
Allev. Prod. Zootecniche**			
Latte	106	15	607%
Miele	13	0	100%
Farmaci	89	45	98%
Alimentazione animale	28	3	833%
Benessere animale	74	33	124%

Ispezioni e Verifiche	2023	2022	OLBIA
			Delta %
Allev. Prod. Zootecniche**			
Stabilimenti trasf. Latte (caseifici) con non conf.	9	3	200%
Certificazioni pre export	26	32	-19%
Certificazioni con ispezione per export formaggi	0	0	0%

Campionamenti e Controlli	2023	2022	OLBIA
			Delta %
Allev. Prod. Zootecniche			
Latte e formaggi	9	15	-40%
Ricerca residui	15	21	-29%
Alimentazione animale	40	35	14%
MBV	1.071	1.115	-4%
Fito	301	0	100%

IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - SIAOA

<u>Controlli Ufficiali e verifica di Efficacia dei Controlli Ufficiali</u>			
Somma di Ispezione, Verifiche, Audit e successivi follow-up	2023	2022	Delta %
Controlli ufficiali in Stabilimenti registrati	2.638	336	685%
Controlli ufficiali in Stabilimenti riconosciuti	1.822	433	321%
Verifiche sulla tutela del benessere animale presso stabilimenti di macellazione	6	5	20%
Verifiche di efficacia sulle corrette prassi del Controllo Ufficiale (verifiche interne sull'operato dei Dirigenti Medici Veterinari e Tecnici della Prevenzione) – Audit Interni	8	6	33%
Controlli Ufficiali su richiesta di altre Autorità Competenti	12	10	20%
Controlli ufficiali per eventi di Allerta alimentare	12	10	20%
Controlli Ufficiali su richiesta dell'Utente per attestazioni o certificazioni	21	14	50%

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	2023	2022	OLBIA
			(Delta %)
Piano Alimenti controlli criteri sicurezza alimentare	79	205	-61%
Piano Alimenti controlli presenza di sostanze chimiche (metalli pesanti, Diossine, PCB, Allergeni, Fitosanitari, ecc.)	64	14	357%
Piano residui e ricerca sostanza illecite	48	39	23%
Ricerca parassiti agenti di zoonosi	24.625	23.347	5%

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

Anagrafe Operatori del Settore Alimentare			
Igiene Alimenti di Origine Animale	2023	2022	OLBIA (Delta %)
Stabilimenti registrati	52	62	-16%
Stabilimenti riconosciuti	2	8	-63%

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 programmatiche 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*).

Atteso che la salute delle persone è largamente influenzata da fattori esterni al sistema sanitario quali i determinanti sociali, economici, comportamentali ed ambientali e 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 adozione 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) 2022-2025;

- **confermare l'importanza delle attività di vigilanza sui luoghi di lavoro** secondo quanto previsto dall'art.13 del Decreto Legislativo n. 81/2008;
- **attuare il 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 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 multisettoriale a tutti i livelli, regionale, nazionale e mondiale.

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, in via sperimentale, sono stati attivati due dipartimenti denominati rispettivamente "**dipartimento di prevenzione area medica**" (dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria) e "**dipartimento di prevenzione area veterinaria**" (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 volta 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. 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 2024* (Comitato ex D.Lgs. 81/08 – art. 7). Il territorio conferma, inoltre, anche nel 2023, un tasso medio di crescita di impresa ampiamente positivo, pari a +2,59%, il più alto dell'isola con ampio distacco rispetto agli altri territori (al sassarese +1,52%, al cagliaritano +1,18%, al nuorese +1,18% e all'oristanese +0,74%, come da fonte dati della CCIA di Sassari – *Rapporto delle imprese del Nord Sardegna – 2024*).

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 2025, i comparti lavorativi di interesse resteranno i medesimi, ferme restando le puntualizzazioni numeriche che saranno determinate a tempo debito. A scopo meramente indicativo, si riporta il numero delle principali attività di vigilanza programmate dal detto Comitato per l'anno in corso: n° 493 aziende oggetto di vigilanza ex D. Lgs. 81/08 – art. 14, delle quali n° 260 appartenenti al comparto edile (per un totale di cantieri non inferiore a 175), n° 59 al comparto dell'alloggio e della ristorazione, n° 45 a quello agricolo, n° 42 a quello del commercio, n° 30 alle attività manifatturiere e n° 20 ai comparti portuale, marittimo e della pesca.

Sono ribadite anche in questa occasione le considerazioni riguardanti l'attività ispettiva in seno ad alcuni 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. In particolare, condotta l'attività di informazione e affiancamento delle imprese (a mezzo di diversi momenti dedicati nel corso del 2023) e quella di vigilanza (in atto nell'anno corrente), come da cronoprogramma del citato piano di prevenzione, nel 2025 l'intervento complessivo del Servizio si attesterà perlopiù (fatta salva un'estensione di vigilanza per comparto) su azioni di comunicazione e rendicontazione degli interventi praticati negli anni di vigenza del piano medesimo.

Programma per il triennio 2025-27

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, dal vigente piano nazionale della prevenzione e consensualmente definita nelle norme regionali e nel piano regionale della prevenzione, il Servizio:

- partecipa annualmente i propri obbiettivi 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 2025-27, 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 è in corso la programmazione delle attività di assistenza, previste per il 2024, 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 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;

- o promuovere lo scambio comunicativo tra stakeholder, proponenti e popolazione locale nello svolgimento dei procedimenti su opere/progetti e nell'attuazione delle strategie volta a mitigare i rischi derivanti da cambiamenti climatici e stili di vita che producono salute.

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:

- o 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;
- o 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;
- o la 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.

49

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.

PREVENZIONE RISCHI INQUINAMENTO

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

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

- o partecipando alle attività di rilascio delle autorizzazioni attraverso la valutazione di impattosanitario 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;
- o 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 imprevisti 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

- o 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);
- o 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 (2024 – 2025)

50

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

- o 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 (2025);
- o formazione per esperti in interventi di risanamento Radon ai sensi del D.Lgs. 101/2020 smi in collaborazione con Area Formazione ARES Sardegna (2025);
- o divulgazione corso e-learnig in materia di sicurezza chimica di cui al REACH/CLP (2025);
- o organizzazione corso su Ambiente, clima e salute e comunicazione del rischio (2025);
- o organizzazione corso su Valutazione di impatto ambientale e sanitario (2025);
- o promozione dell'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 incompartecipazione con i servizi veterinari (gestione animali selvatici e igiene urbana veterinaria), analizzando la nuova evoluzione del rapporto uomo animale da affezione conestensione a specie che non rientravano tra gli animali da compagnia (mini pig, galline ornamentali, etc.). (2025);

- 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 (2025)

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 2025 – 2027, 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 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 e da un numero fortemente insufficiente dei Tecnici della Prevenzione rispetto al volume di imprese alimentari presenti nel territorio di competenza.

51

Ambito Sicurezza Alimentare:

Il SIAN quale Autorità Competente è investito, nell'ambito della *sicurezza alimentare*, della sorveglianza delle imprese alimentari nelle diverse fasi, dalla produzione primaria al trasporto, stoccaggio, trasformazione e distribuzione, somministrazione e commercializzazione delle materie prime e dei prodotti alimentari. Si prevede di mantenere il volume di attività delle Ispezioni e Verifiche delle imprese alimentari raggiunto nel 2023 (pari a 215), ed effettuare lo stesso numero di campionamenti e controlli delle matrici alimentari ed acqua di rete pubblica e di acqua minerale del 2023 (pari a 962).

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 **2.100 annui**, oltre tutte le altre incombenze che di competenza all'area funzionale igiene degli alimenti e delle bevande

compresi nelle funzioni LEA/2017; a questi si aggiungono le attività non programmabili in quanto trattasi di controlli ad hoc quali gestione Allerte Alimentari, Esposti/segnalazioni, Tossinfezioni alimentari, ed interventi con organi di polizia amministrativa e carabinieri del NAS.

Controllo utilizzo Prodotti Fitosanitari

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

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

L'approccio intersettoriale e trasversale degli interventi di prevenzione quali il controllo residui degli stessi negli alimenti e la sorveglianza del ciclo di vita dei prodotti fitosanitari, ben si attaglia alla visione aziendale di salute "One health". Il Piano Regionale di Controllo Ufficiale sulle Matrici Alimentari e sul Commercio e sull'Impiego dei Prodotti Fitosanitari Anno 2024, 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.

52

Ambito sicurezza nutrizionale

Si prevede di mantenere il volume di attività delle ispezioni e verifiche dei centri di cottura e delle mense di ristorazione collettiva raggiunto nel 2023. 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 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.

Relativamente al Progetto ministeriale di sorveglianza nutrizionale "OKKIO alla salute" attivato nel 2023 si rimane ancora in attesa, così come previsto dal progetto, del ricevimento dei dati report riepilogativi della sorveglianza prodotti dal Ministero necessari al Sian per promuovere gli interventi di promozione della salute, di sani stili di vita in età infantile in un contesto strategico come quello scolastico. Le informazioni sono quindi fondamentali per attuare strategie di prevenzione innovative e politiche intersettoriali per la salute. Nel 2025 verrà attuato il nuovo progetto ministeriale di sorveglianza nutrizionale "OKKIO alla salute".

D.Lgs. 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.

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:

- o 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);
- o 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)**”;
- o PP01 2024-2025 – Macro obiettivo MO1O - codice obiettivo strategico MO1OS14 “**Migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti**”;
- o PP01 2025 - Macro obiettivo MO1O - codice obiettivo strategico MO1OS15 “**Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all’informazione**”.

53

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 2024/2025 (programma nazionale Gisma) è costituita da 25.442 donne di età compresa fra 50 e 69 anni. Nel 2025 la popolazione target annua è di 12.721; si programma di invitare 11.000 donne corrispondenti a circa 4.450 mammografie effettuate corrispondente ad un tasso di adesione reale del 35% e stessa programmazione per il 2026 e 2027.

Screening del Colon

La popolazione target residente nella Asl Gallura che dovrà essere invitata nel biennio 2024/2025 (programma nazionale Giscor) è costituita da 50.913 uomini e donne di età compresa fra 50 e 69 anni. Nel 2025 la popolazione target annua è di 25.456, si programma di spedire 24.000 inviti

che corrispondono a 6.370 test per ricerca sangue occulto nelle feci ad un tasso di adesione reale del 25% e stessa programmazione per il 2026 e 2027.

Screening della cervice

La popolazione target residente nella Asl Gallura che dovrà essere invitata nel triennio (programma nazionale GISCI) è costituita da 44.562 donne di età compresa fra 25 e 64 anni. Nel 2025 la popolazione target annua è di 14.854, si programma di spedire 14.854 inviti ad un tasso di adesione reale del 38% corrispondenti a 5.645 pap test e stessa programmazione per il 2026 e 2027.

SERVIZIO IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA (SISP)

La programmazione delle attività del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica nel triennio 2025-2027 prevede il consolidamento del 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 Malattie infettive 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 antro-pozoonosi. Saranno completate le azioni di sorveglianza sulle strutture alberghiere con particolare attenzione alla sorveglianza delle infezioni da legionella e rafforzata l'attività di informazione/sensibilizzazione per i gestori delle strutture ad alto rischio (strutture alberghiere, impianti natatori, strutture socio-assistenziali e residenze sanitarie assistite).

Nel corso del 2024 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, iniziato nel corso del 2023 (coorte 2008 dal 29% del 2022, al 50,11% del 2023, coorte 2009 dal 18% del 2022 al 39,46 del 2023, coorte 2010 dal 10,25% del 2022 al 34,18% del 2023) continuerà nel corso del 2025 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 del 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 inter-servizi, 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" Macro-Obiettivo 3 "Incidenti domestici e stradali" previste ma non svolte nel 2022, e realizzate quelle previste per l'anno in corso 2024.

Nel 2025 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 correlate all'assunzione delle terapie farmacologiche.

Con l'attivazione della struttura Aziendale Salute e 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 promuoverla 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 a 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 *"UNPLUGGER"* sul potenziamento delle 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 delle Cronicità e con azioni trasversali rispetto alle azioni previste dal PP05.

VIGILANZA E PARERI IGIENICO SANITARI

L'incremento dell'attività di vigilanza, già avviata nel corso del biennio 2023-2024 proseguirà anche nel 2025, andando a completare quanto già avviato *"sugli ambienti sensibili"* dal punto di vista igienico sanitario quali strutture socio assistenziali residenziali e non residenziali, impianti natatori ad uso pubblico, centri estetici, palestre.

L'attività di vigilanza in materia di igiene cimiteriale comporterà la verifica del rispetto dei requisiti igienico sanitari strutturali negli impianti cimiteriali e nelle operazioni di estumulazione e traslazione; proseguirà inoltre la verifica igienico sanitaria di competenza sui progetti presentati sulla piattaforma regionale SUAPE in materia di igiene edilizia e l'attività di vigilanza e verifica dei requisiti igienico sanitari attraverso l'istituzione della Commissione di Vigilanza sulle strutture sanitarie private secondo normativa regionale.

56

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.

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, 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 77/2022 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 (NSG). 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);
- SSD Gestione e Controllo della Qualità e della Sicurezza alimentare;
- SSD Sanzioni igienico sanitarie

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 sulla Gallura) SSD Sistemi Gestione Qualità e la SSD Sanzioni igienico sanitarie.

Attività specifiche programmate per il triennio 2025/2027

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) e insieme al restante territorio regionale la qualifica di indenne dalla peste suina africana.

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 domestiche e cinghiali;
- 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’antibiotico resistenza (PP10).

Inoltre verrà sviluppato un percorso di sensibilizzazione trasversale a veterinari del 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 vincolata alla programmazione del Ministero e della Regione Sardegna; il servizio svilupperà contestualmente 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 le seguenti attività di controllo:

- Piano Regionale: mantenimento della qualifica di indenne da 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 RASFF 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 bio-sicurezza (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).

SSD Gestione e Controllo della Qualità e della Sicurezza alimentare

La programmazione delle attività di competenza della SSD Gestione e Controllo della Qualità e della Sicurezza alimentare sono:

- Predisposizione, in collaborazione con le strutture del Dipartimento di Prevenzione Veterinaria, di procedure documentate che garantiscano l'uniformità dei controlli ufficiali relativi alla Sicurezza alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria (manuali, procedure scritte, regolamenti interni);
- Attività di formazione e addestramento del personale, audit e controlli interni dei servizi veterinari a supporto del Direttore del Dipartimento,
- Verifica della qualità e valutazione degli *outcome* relativi alle procedure di trasparenza e indipendenza adottate dalle strutture;
- Collaborazione con la Direzione del Dipartimento, con la SC Area Data Management- Programmazione e Controllo responsabile della definizione degli obiettivi gestionali, degli indicatori di risultato e dei budget;
- Collaborazione con la Direzione del Dipartimento e le altre Strutture coinvolte, per la definizione della programmazione in materia di sanità pubblica, veterinaria e sicurezza alimentare.
- Monitoraggio interno degli obiettivi della scheda di budget del Dipartimento e delle strutture;
- Collaborazione con il coordinamento regionale dei servizi veterinari per la PSA;
- Monitoraggio e misurazioni, analisi dei dati e conseguenti azioni correttive per i servizi erogati all'utenza;
- Supporto al Dipartimento e alle strutture per la preparazione degli audit comunitari, ministeriali e regionale;
- Attivazione gestione di un Sistema di sorveglianza continua in Sanità Pubblica veterinaria e Sicurezza alimentare con la raccolta attraverso indagini campionarie di informazioni sulla popolazione del territorio dell'ASL Sassari e Gallura, sui rischi alimentari e zoonotici;
- Implementazione di metodi di comunicazione del rischio in materia igienico-sanitaria;
- Monitoraggio e verifica dei flussi informativi in capo alle strutture del Dipartimento di Prevenzione Veterinaria;
- Fornire indicazioni operative per l'attivazione e/o il rafforzamento della sorveglianza e riduzione del rischio per le malattie animali e le zoonosi in particolare per la fauna selvatica;
- Coordinamento dell'attività venatoria e dei Piani di controllo provinciali finalizzati alla

riduzione delle specie problematiche e alla sorveglianza delle malattie infettive e sicurezza alimentare della fauna selvatica;

- Coordinamento delle attività di ricerca del Dipartimento con altri Enti (Regione, Istituto Zooprofilattico etc.);
- Collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Veterinaria e Medico per lo sviluppo del Progetto One Health.

SIAOA

La programmazione, su base triennale, delle attività di competenza del Servizio SSD Igiene Alimenti di origine Animale (SIAOA) 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.

63

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.

Il Servizio Veterinario IAOA assicura 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 al 31/12/2024

Il SIAOA, in funzione delle classi rischio attribuite annualmente agli Operatori del Settore Alimentare, dovrebbe raggiungere e confermare in termini numerici i Controlli Ufficiali previsti anche per l'anno 2025 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° 4.719 (somma delle verifiche ispettive e Audit).

Obiettivi 2025/2027

Per gli anni 2025/2027 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 verso 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 Laboratorio		2	5		1					3		
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

a) Assistenza Sanitaria di Base:	Distretto Olbia	Distretto Tempio Pausania	Distretto La Maddalena	ASL GALLURA
	Numero Medici	Numero Medici	Numero Medici	Numero Medici
Medici di medicina generale	67	21	5	93
Pediatri di libera scelta	10	2	2	14
continuità assistenziale				
Punti guardia di continuità assistenziale	15	4	1	20
b) Emergenza sanitaria territoriale	Numero Medici	Numero Medici	Numero Medici	Numero Medici
n° medici 118				
Medicina Penitenziaria:				
Personale Medico		5		5
Personale sanitario del comparto		5		5

ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE	n. GIORNI 2022	n. GIORNI 2023
RSA	19.676	19.538
CASE PROTETTE	101.571	112.971

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA 2022 DISTRETTI ASL GALLURA	EROGATE DA PUBBLICO	EROGATE DA PRIVATO
N. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA EROGATI AGLI UTENTI:	33.430	142.094
DI CUI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	3.260	2.270
DI CUI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	126	1.512
DI CUI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	68	129.677
DI CUI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA		

Fonte dati ABACO

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA 2023 DISTRETTI ASL GALLURA	EROGATE DA PUBBLICO	EROGATE DA PRIVATO
N. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA EROGATI AGLI UTENTI:	49.840	165.001
DI CUI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	1.609	5.248
DI CUI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	266	2.526
DI CUI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	450	153.150
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:	837.044	431.626
DI CUI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	46.524	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 2023 ASL GALLURA	EROGATE DA PUBBLICO	EROGATE DA PRIVATO
N. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA EROGATI AGLI UTENTI:	1.412.103	518.870
DI CUI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	46.442	5.482
DI CUI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	75.779	37.173
DI CUI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	1.019.498	399.560
DI CUI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA		

Fonte dati: ABACO

ASSISTENZA RIABILITATIVA	2022	2023
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	427	288
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	1.100	1.073
Riabilitazione residenziale a valenza socio riabilitativa	1.671	1.611
Riabilitazione globale a ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	3.280	3.177
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	184
Ambulatoriale estensiva	28.809	32.055
Ambulatoriale mantenimento	3.571	3.903
Domiciliare	17.443	18.045
Domiciliare mantenimento	7.720	7.509

Fonte dati: Distretti

CONSULTORIO	Distretto Olbia		Distretto Tempio Pausania		ASL GALLURA	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Numero Ecografie eseguite	692	446	297	306	989	752
Numero Consulenze Psicologiche	490	97	959	1.086	1.449	1.183
Numero visite						
Area pediatrica	4.260	4.019			4.260	4.019
Area ginecologica	6.674	3.845	2.819	2.782	9.493	6.627
Area sociale						

CONSULTORIO	Distretto Olbia		Distretto Tempio Pausania		ASL GALLURA	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Numero colloqui						
Area sociale		62				62
Area adolescenziali	235	162	70	220	305	382

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

Il Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze (**DSMD**) ha il compito di porre in essere tutte le azioni tese a garantire i livelli di assistenza per la tutela della salute mentale ed assicurare la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale, delle dipendenze e della neuropsichiatria infantile e della adolescenza.

Garantisce percorsi ed interventi, attraverso la connessione con le altre strutture territoriali ed ospedaliere e rappresenta l'integrazione tra il territorio e l'ospedale e tra l'assistenza ambulatoriale e quella di tipo residenziale/semiresidenziale. Tra i compiti del Dipartimento rientrano, l'elaborazione, la gestione e la valutazione dei programmi di cura specifici per diagnosi e per condizione di fragilità.

II SERD.

Il Servizio Dipendenze Patologiche opera in tutto il territorio della ASL Gallura per mezzo delle sedi di Olbia e Tempio Pausania.

Il SERD. consente l'accesso diretto all'utenza, attraverso la richiesta di appuntamento presentata in sede o telefonicamente, senza necessità di impegnativa garantendo la riservatezza e, se richiesto, anche l'anonimato. La valutazione del caso delinea l'eventuale presa in carico da parte delle differenti professionalità, le quali, in base agli specifici bisogni, procedono all'elaborazione di percorsi terapeutico/riabilitativi sottoposti a periodica verifica.

In relazione alle proprie competenze, la Struttura Complessa del Servizio Dipendenze Patologiche è incardinata all'interno del Dipartimento di Salute Mentale della ASL Gallura. Svolge le seguenti attività:

RAPPORTI CON SOGGETTI INTERNI

- informazione, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e *counseling* rivolte alle persone con dipendenze comportamentali (GAP, New Addiction) e con disturbo da uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, legali e illegali, in regime ambulatoriale e/o domiciliare;
- verifiche tossicologiche attraverso prelievi urinari e test dell'etilometro;
- prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche con farmaci appartenenti alle tabelle degli stupefacenti, e con altri farmaci per la cura delle dipendenze e delle patologie psichiatriche correlate alle dipendenze;
- colloqui di psicoterapia individuale, familiare e di gruppo per gli utenti e le loro famiglie;
- supporto ai familiari dei singoli utenti coinvolti nei processi di cura e riabilitazione, attraverso colloqui individuali e periodici incontri di gruppo;

- consulenza di Servizio Sociale, volta a favorire la collaborazione e la realizzazione dei progetti di inclusione Sociale dell'utente attraverso la rete dei Servizi Sociali Comunali del territorio;
- predisposizione di progetti individualizzati residenziali per trattamenti pedagogici, terapeutici e riabilitativi presso comunità, convenzionate e non con il SSN sia in ambito regionale, che extra-regione;
- organizzazione di percorsi di cura rivolti alle persone con dipendenza da nicotina;
- pronta disponibilità negli orari di chiusura del Servizio, finalizzata ad assicurare consulenza e somministrazione della terapia farmacologica (dirigente medico e personale infermieristico);

RAPPORTI CON SOGGETTI ESTERNI

- collaborazione con il terzo settore e organizzazioni *no profit* (Comunità terapeutiche, Cooperative, Gruppi di auto mutuo aiuto, Caritas, Centro Umanitario), Enti Locali ed Istituzioni (Comuni, USSM, UDEPE, Prefettura, Magistratura Ordinaria e di Sorveglianza, Tribunale per i Minorenni, Case Circondariali, Forze dell'Ordine);
- cooperazione e consulenza con le altre strutture aziendali dipartimentali (CSM, SPDC, NPI, Psicologia delle cure primarie), ed extra-dipartimentali (reparti ospedalieri, RSA, Medici di Medicina Generale), utili a fornire una risposta multidisciplinare al trattamento dei bisogni complessi;
- collaborazione con altri Servizi regionali ed extra-regionali, per le dipendenze, al fine di garantire la continuità terapeutica e l'erogazione dei LEA;
- rilevazione dei dati statistici ed epidemiologici, monitoraggio dei flussi informativi destinati a soddisfare le necessità informative del Ministero della Salute, Regione, Prefettura, Comuni e ASL.

Il SERD ritiene di poter proporre e realizzare, nel corso del triennio 2025-2027, i seguenti progetti di prevenzione nell'ambito dell'alcolismo, della ludopatia e del contrasto al tabagismo:

- 1) *"Una sera a cena..."*, una cena analcolica per una scelta consapevole, coinvolgendo l'Associazione ACAT (Associazione Club Alcolisti in Trattamento) "Il Ponte";
- 2) *"Se desideri avere un bambino non bere alcol"*, prevenzione della sindrome feto-alcolica, in collaborazione con i Consultori familiari e le Case di Comunità.

Inoltre si prevede di implementare i seguenti ulteriori progetti:

- 1) Attività di prevenzione e sensibilizzazione sul territorio, mediante giornate informative in collaborazione con le Psicologhe operanti nelle Case di Comunità;
- 2) Partecipazione al progetto pilota *"Screening polmone"*, promosso da Asl Gallura e Mater Olbia Hospital, per contrastare il tabagismo nella popolazione ed istituire **il progetto pilota di screening** secondario con TC torace HR nei soggetti a rischio, associato a campagna di dissuasione dal fumo che richiede la prescrizione di un farmaco galenico (citisina) previa valutazione del dirigente medico del SERD;
- 3) *"Quando l'azzardo non è più un gioco, non giocarti la vita"*, formazione per il personale socio-sanitario finalizzata all'individuazione precoce dell'insorgenza del disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico, in collaborazione con le Psicologhe afferenti al relativo progetto Regionale.

CSM

I CSM di Olbia e Tempio Pausania hanno visto **un significativo aumento della domanda delle prestazioni psichiatriche e psicologiche** con conseguente richiesta di presa in carico per entrambe le branche. Tale livello di intensità della domanda da parte dell'utenza comporta un approccio specialistico ed una risposta che permette una valutazione dello stato psico-fisico dell'utente e conseguente impostazione di una terapia farmacologica adeguata. Da una analisi più approfondita è emerso con evidenza che l'aumentata richiesta e l'elevato numero di visite per accesso, dipende da diversi fattori:

- una frequenza di visite di controllo per utente, che in molti casi potrebbe essere organizzata in tempi più lunghi, in considerazione del fatto che tali utenti presentano una patologia cronica stabilizzata da anni, che richiede un controllo clinico con frequenza mensile, ma che può essere dilatata finanche a due/tre visite l'anno;
- **l'invio da parte di Istituti Terzi**, quali ad esempio PS, Servizi Sociali, Case di Cura, MMG per patologie che non sono di pertinenza psichiatrica, oppure non presentano un grado di severità tale da richiedere una presa in carico da parte dello specialista psichiatra. È il caso di utenti anziani con patologia organica senile. Spesso questi utenti vengono inviati allo psichiatra sulla base dell'espressione sintomatologica e non della patologia di origine;
- altri utenti inviati in maniera incongrua, presentano patologie lievi come stati d'ansia o reazioni di adattamento, che possono essere gestite direttamente dal MMG;
- situazioni di conflittualità familiare e/o problematiche sociali come ad esempio la mancanza di un alloggio o il ritardo mentale senza manifestazioni di tipo comportamentale grave.

70

Si evidenzia un notevole incremento di richieste, da parte dell'utenza, **di misure alternative alla carcerazione**, mediante inserimenti in comunità terapeutiche come leva per ottenere benefici e sconti di pena. L'inserimento in comunità terapeutica spesso avviene per ordine dell'Autorità Giudiziaria.

È necessaria l'istituzione del **Punto Unico Regionale** per la gestione di pazienti con problemi psichici con misure di sicurezza come previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 30 novembre 2022 sulla sanità penitenziaria.

Il PUR si occuperà dei percorsi di cura, delle modalità di assegnazione nelle Rems (ovvero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza che hanno sostituito gli ospedali psichiatrici giudiziari come previsto dalla legge 81 del 2014), della gestione delle liste di attesa per entrare in una Rems e del monitoraggio dei dati. I PUR operano d'intesa e in costante raccordo con i Dipartimenti di Salute Mentale e con le Aziende sanitarie, cui compete l'erogazione delle prestazioni sanitarie, assicurando specifiche attività in relazione alla Magistratura e all'Amministrazione Penitenziaria, compresa l'indicazione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza del proprio territorio (di seguito Rems), cui assegnare le persone destinatarie di misure di sicurezza detentive, nonché la gestione della lista di attesa Rems regionale, nell'ambito della generale e prioritaria ricerca e facilitazione di soluzioni assistenziali in contesti non detentivi. L'infermità o la semiinfermità mentale per chi compie reati ed è affetto da disturbi

della personalità, in particolare quello antisociale, che non sono malattie mentali rappresentano il 30-40% degli ospiti delle REMS.

Nella progettazione dei percorsi assistenziali una maggior appropriatezza nella diagnosi comporterebbe la riduzione del ricorso alle misure detentive in Rems, privilegiando percorsi di libertà vigilata, finalizzati al reinserimento sociale e ottemperando il diritto alla salute della persona con la tutela della sicurezza per la collettività.

Tra le attività del PUR rientra la cura dei rapporti e della collaborazione tra i servizi sanitari e le autorità giudiziarie e il compito di gestire le assegnazioni in Rems con un occhio attento sulle liste d'attesa.

La SSD Neuropsichiatria infantile

La SSD Neuropsichiatria infantile è afferente al Dipartimento di Salute Mentale della ASL Gallura. La sua attività di carattere multidisciplinare è volta alla tutela della salute neuropsichiatrica in età evolutiva, nella fascia d'età compresa tra 0 – 18 anni. Il mandato della struttura comprende la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione dei disturbi neurologici, neuropsicologici, e psicopatologici e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino e dell'adolescente nelle sue varie linee di espressione psicomotoria, cognitiva linguistica a affettivo-relazionale.

I Disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza rappresentano un ambito di particolare rilevanza per la salute pubblica.

La SSD NPI della ASL Gallura eroga prestazioni in regime ambulatoriale rivolte ad un bacino di utenza di circa n° 28.000 minori (0-18) su una popolazione residente di circa n° 160.000 abitanti, presso le sedi di Olbia e Tempio Pausania.

A seguito della costituzione della SC di Psicologia delle Cure Primarie il Servizio è supportato dall'attività svolta presso le Case di Comunità da otto Dirigenti Psicologhe dislocate territorialmente, con le quali è in via di definizione la stesura di protocolli operativi.

Le attività del Servizio di Neuropsichiatria Infantile riguardano:

- l'intercettazione del bisogno di salute e invio precoce delle situazioni di rischio per disturbi neuropsichici in stretta collaborazione con i MMG, PLS, Psicologi delle Case di Comunità, con definizione dei protocolli operativi;
- la determinazione di appositi protocolli operativi con gli psicologi delle Case di Comunità per l'individuazione precoce e presa in carico delle situazioni ad alto rischio di disturbi neuropsichiatrici;
- la progettazione di interventi rivolti alle persone con disturbo dello spettro autistico;
- la presenza nei centri diurni terapeutici per i disturbi psichiatrici in adolescenza e per i gravi disturbi del neuro sviluppo;
- lo sviluppo di attività di telemedicina e di tele-riabilitazione al fine di garantire interventi mirati da remoto.

SPDC

L'SPDC di Olbia si occupa di un territorio molto vasto a cui afferiscono tre Pronto Soccorso (Presidi Ospedalieri di Olbia, Tempio, La Maddalena). Negli ultimi anni è **aumentata la richiesta di consulenze psichiatriche** sia dal PS che dagli altri reparti ospedalieri, in costante incremento. Le consulenze ospedaliere riguardano principalmente quelle effettuate dalla U.O. del Pronto Soccorso, con un aumento di quasi il 50% rispetto agli anni scorsi. Come già evidenziato per il CSM, anche nell'ambito del SPDC, si sottolinea un elevato invio da parte **di Istituti Terzi**, quali ad esempio Servizi Sociali, Case di Cura, MMG, FF.OO. e Magistratura per condizioni diverse da stati psicopatologici in fase di acuzie che necessitano di un ricovero in reparto psichiatrico.

SERD

ANNO	TOSSICODIPENDENZE	ALCOOLISMO	GIOCO D'AZZARDO	ALTRO (DCA)
2023	859	164	16	18
2022	763	176	12	23
(Delta %)	12,58%	-6,82%	33,33%	-21,74%

Fonte dati: SerD.

INSERIMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE	2023	2022
N. UTENTI INSERITI PER TOSSICODIPENDENZE	28	26
N. UTENTI INSERITI PER ALCOOLDIPENDENZE	12	11
TOTALE	40	37

Fonte dati: SerD.

ANNO 2023	Uso Primario	Uso Secondario	Uso per via endovenosa
Amfetamine	50	3	
Ecstasy e analoghi	65	4	
Benzodiazepine	77	138	
Cannabinoidi	167	182	
Cocaina	148	112	64
Eroina	184	70	180
Metadone	96	30	
Morfina	10	3	7
Alcool	164	179	
Altro*	96	270	
TOTALE	1.057	991	251

Fonte dati: SerD.

I dati sulle modalità di consumo confermano la necessità di intercettare il più precocemente possibile i fenomeni dei consumi sempre più diffusi e trasversali, relazionandosi con tutti gli specialisti della sanità, con i servizi sociali e il terzo settore, in una reale integrazione sociosanitaria ed interdisciplinare, per affrontare la complessità dei bisogni che caratterizzano la dipendenza.

Classi d'età	Nuovi Utenti		Già in carico o rientrati		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
< 15	9	5	8	4	26
15-19	30	15	22	3	70

Classi d'età	Nuovi Utenti		Già in carico o rientrati		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
20-24	40	12	30	3	85
25-29	70	30	70	20	190
30-34	77	32	68	28	205
35-39	87	28	70	28	213
> 40	96	33	108	31	268
Totale	409	155	376	117	1.057

Fonte dati: SerD.

1° semestre 2024	Uso Primario	Uso Secondario	Uso per via endovenosa
Amfetamine	12	36	
Ecstasy e analoghi	24	54	
Benzodiazepine	45	150	
Cannabinoidi	132	260	
Cocaina	140	187	24
Eroina	235	50	208
Metadone	32	46	
Morfina	4	5	10
Alcool	194	254	
Altro*	44	280	
Totale	862	1.322	242

Fonte dati: SerD.

La fotografia del fenomeno evidenzia la necessità di ampliare l'offerta dei servizi. Per rispondere alle nuove dipendenze, l'obiettivo è quello di diventare più attrattivi per i vari target di utenza.

1° semestre 2024 Classi d'età	Nuovi Utenti		Già in carico o rientrati		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
< 15		1	7	2	10
15-19	8	1	33	21	63
20-24	13		82	31	126
25-29	33	2	88	22	145
30-34	39	4	66	16	125
35-39	33		61	2	96
> 40	68	15	177	37	297
Totale	194	23	514	131	862

Tipologia di prestazione 1° semestre 2024	Prestazione	SERD.
Sanitario	Visite	2.368
	Interventi di prevenzione delle patologie correlate	963
	Esami e procedure cliniche	5.653
Sanitario		8.984

UONPIA

Prestazioni Dirette 2023	N° Prestazioni	N° Pz.
Colloquio di accoglienza	47	43
visita psicologica	377	138
visita neuropsichiatrica infantile	311	311
valutazione psicodiagnostica	359	167
valutazione neuro-psicomotoria	348	130
valutazione neuropsicologica e funzioni cognitive	1.134	413
valutazione del linguaggio	290	119
osservazione diagnostica non strutturata	168	117
consulenza specialistica NPI/PSI	11	11
visita psicologica di controllo	131	50
visita neuropsichiatrica infantile di controllo	1.423	650
valutazione psicodiagnostica di controllo	414	233
valutazione neuro-psicomotoria di controllo	39	12
valutazione neuropsicologica di controllo	264	164
valutazione di linguaggio di controllo	41	36
valutazione e addestramento ausili	1	1
terapia neuro-psicomotoria	688	54
supporto psicologico (singolo, coppia, famiglia)	109	41
prescrizione farmaci (piano terapeutico farmacologico)	34	19
prescrizione e collaudo ausili	3	3
osservazione diagnostica non strutturata di controllo	46	40
logopedia di gruppo	1	1
logopedia individuale	1.853	157
inserimento in comunità residenziale e semiresidenziale	36	14
certificazioni semplici e complesse e relazioni	1.311	676
psicoterapia	51	15

75

Prestazioni Indirette 2023	N° Prestazioni	N° Pz.
adempimenti periodici di tipo statistico e amministrativo	635	131
attività di formazione, autoformazione e tutoring	2	2
cartella clinica/fascicolo personale	1.360	415
colloquio di restituzione diagnosi alla famiglia	713	401
riunione di equipe interna/organizzativa	130	93
riunione di equipe finalizzata (stesura e monitoraggio PTI)	22	17
riunione inter-istituzionale (ASL, Scuola, Comune, Tribunale, ecc.)	17	16
percorsi L.20 /92	31	28
incontro con altri Servizi Sanitari, Sociali, Scuola, Organi Giudiziari in sede	138	70
incontro con altri Servizi Sanitari, Sociali, Scuola, Organi Giudiziari fuori sede	8	7
percorsi L.104/92	22	20
rapporti con utenti (anche telefonici)	1.228	649
scoring di test e trascrizione/lettura dei punteggi	787	458

SPDC

ATTIVITA' DI RICOVERO SDPC	2022		2023	
	M	F	M	F
Ricoveri	143	149	116	105

ATTIVITA' DI RICOVERO SDPC	2022		2023	
	M	F	M	F
Riammissione tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	10	8	10	4
TSO totali	39	39	21	13
TSO durante ricovero	11	12	8	4
Contenzioni	12	7	13	12
Giornate di degenza totale	1.076	1.077	1.048	847
Consulenze	208	216	323	336

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.

77

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 e il DM 70/2015 che ha previsto lo 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:

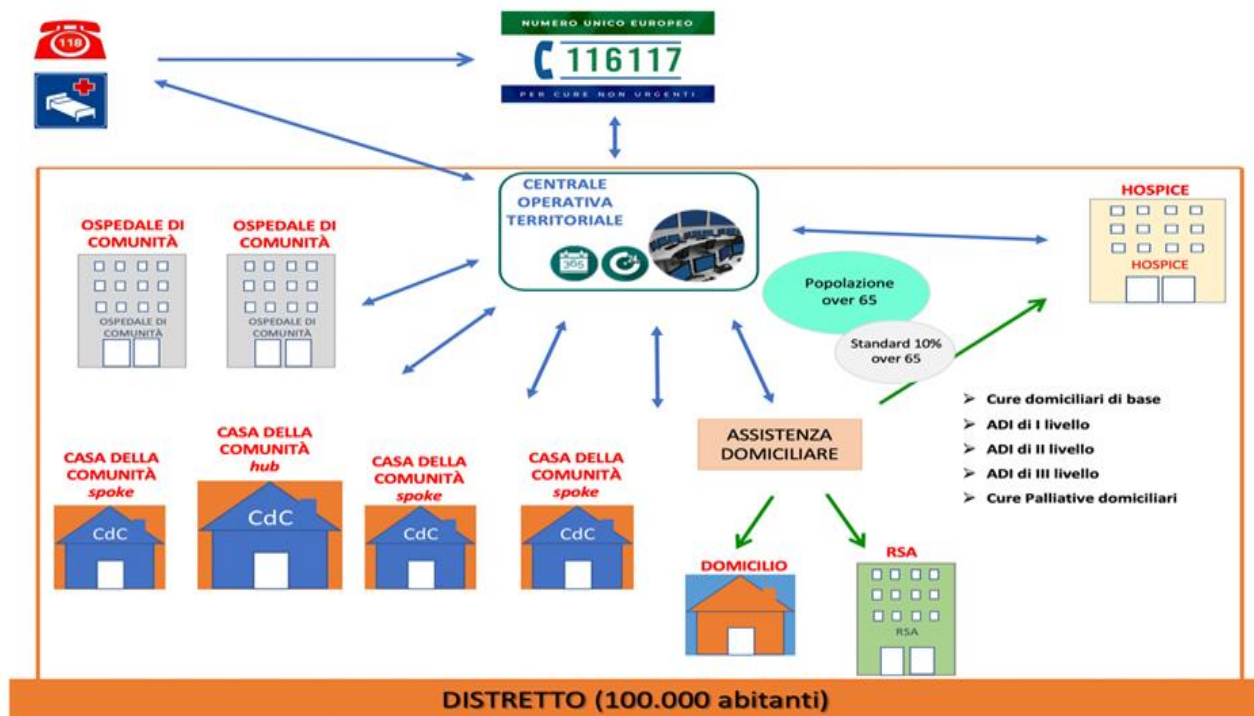
"l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multi-professionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei 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, al rafforzamento e alla 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;**
- **riqualificazione dell'assistenza specialistica con l'obiettivo prioritario di ridurre le liste d'attesa.**

79

Punto Unico di Accesso (PUA) e Unità di Valutazione Territoriale (UVT)

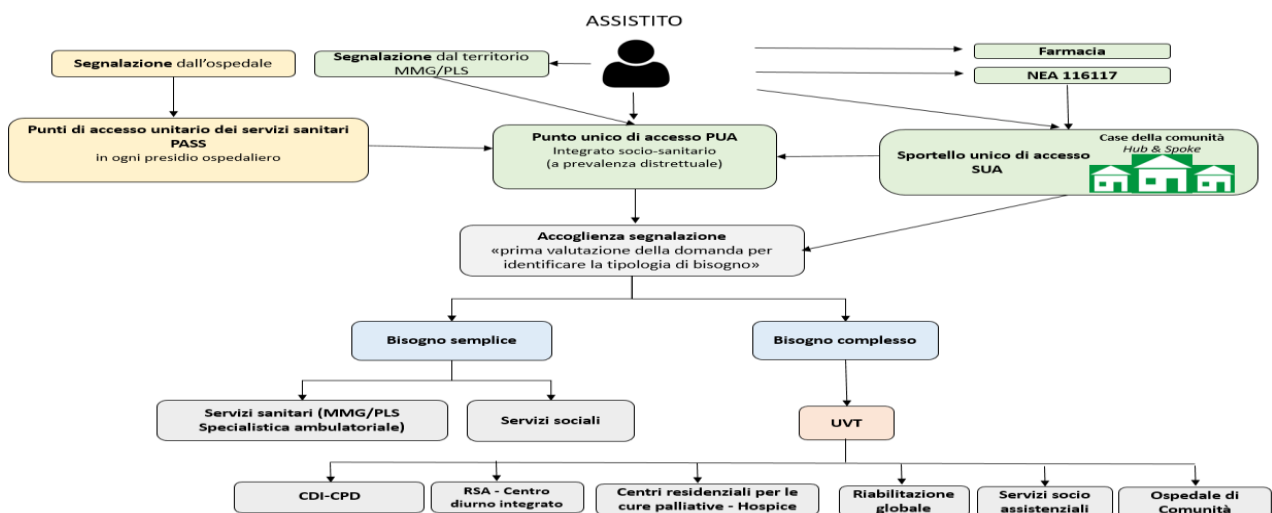
Il Punto unico d'accesso (PUA), rappresenta il modello d'assistenza basato sulla presa in carico globale del paziente, frutto del passaggio dal concetto del "curare" a quello del "prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia 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

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

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.



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.

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

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 PUA- rafforzamento del personale UVT" di cui alla Delibera del Direttore Generale n° 8 del 10/01/2024 finanziato con le risorse di cui alle determinazioni RAS n°612 del 10/10/2022, n° 919 del 13/10/2022 e n° 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 e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. Si prevedono delle Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per le Case della Comunità di Buddusò, San Teodoro e Tempio Pausania sono stati recentemente avviati i lavori che si prevede di concludere entro la *milestone* T1-2026, mentre per i restanti interventi (Case della Comunità di Olbia, Arzachena, Berchidda, La

Maddalena, Santa Teresa Gallura e Trinità d'Agultu e Vignola) si prevede di avviare i lavori entro il 31.10.2024;

- **Presenza d'atto delle "Linee guida regionali sulle Case della comunità" con il dettaglio dei requisiti organizzativi, funzionali e strutturali, nonché i criteri di eleggibilità dei pazienti e le modalità di presa in carico;**
- **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"*.

83

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;
- **L'attivazione di n° 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 Invitalia nel quale sono stati affidati sia la progettazione esecutiva che l'esecuzione dei lavori, i quali sono stati recentemente avviati e si prevede di concluderli entro la *milestone* T1-2026. La prossima *milestone* per la messa in funzione è fissata entro il 31.03.2026.

- 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 multi-professionali 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;**

- **Prosecuzione con il progetto aziendale finalizzato all'attivazione di ambulatori straordinari di continuità territoriale "ASCOT" per garantire l'assistenza sanitaria di base nelle sedi vacanti.**

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 di Continuità Assistenziale (UCA)

L'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (UCA), la cui attivazione è contemplata dal Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard

per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale" e recepita dalla DGR n. 27/37 del 10/08/2023 prevede l'attivazione un'équipe mobile per la gestione e il supporto della presa in carico degli individui della comunità che versano in condizioni cliniche assistenziali di fragilità composta da almeno 1 medico ed 1 infermiere che opera sul territorio anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. tele-visita e teleassistenza). Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri. L'équipe UCA che afferisce al Distretto può essere eventualmente integrata con altre figure professionali, sanitarie e sociosanitarie in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta. L'UCA 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'UCA 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 100.000 abitanti.

Nell'ambito della ASL Gallura la DGR n. 27/37 del 10/08/2023 prevede l'attivazione sperimentale di n° 2 UCA per i quali sono previsti specifici finanziamenti.

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.

- Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.
- 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, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con il Numero unico Europeo 116/117.

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.

- **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

87

In relazione agli interventi relativi alla implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)", le *milestone* per la stipula dei contratti per la loro realizzazione, fissata al 30/09/2023 e quella per la messa in funzione fissata per il T1-2024 (entro il 31.03.2024) sono state raggiunte. Ad oggi, infatti, sono stati conclusi i lavori con apertura delle 2 COT presso il Distretto di Olbia ed il Distretto di Tempio Pausania.

Al fine dell'attivazione e funzionamento delle suddette COT, con Delibera del Direttore Generale n. 171 del 24/03/2024 si è provveduto alla ricognizione del personale infermieristico da assegnare alle due Centrali Operative e con Delibera del Direttore Generale n. 522 del 25/06/2024 si è provveduto all'Istituzione e avvio delle Centrali operative Territoriali (COT) aziendali.

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.

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 e concretamente per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari su tutto il territorio di riferimento.

L'ASL GALLURA ha implementato un governo della domanda basato su principi di appropriatezza clinica e organizzativa per il potenziamento della gestione delle liste di attesa e il corretto utilizzo delle classi di priorità. Il concetto di priorità 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.

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.

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. 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.

Per garantire la **governance** delle liste di attesa, con la Legge n° 107/2024 "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*", è stata istituita presso l'Agenas la Piattaforma nazionale per le liste d'attesa. L'obiettivo è disporre per la prima volta di un monitoraggio in tempo reale dei tempi di erogazione, prestazione per prestazione, in tutte le Regioni. La stessa prevede il divieto di sospendere o chiudere le agende delle prenotazioni mentre i direttori generali saranno valutati anche in base alle performance delle Asl sui tempi di attesa. Scatta l'obbligo di un Cup (il Centro prenotazioni) unico regionale con tutte le prestazioni disponibili del pubblico e del privato convenzionato, oggi è presente in poche Regioni. La legge prevede il divieto per gli ospedali di sospendere o chiudere le agende di prenotazione. Il Cup attiva un sistema di recall al cittadino per evitare il fenomeno delle prestazioni prenotate e non effettuate. Il cittadino che non effettua la visita o l'esame prenotato senza preavviso, dovrà pagare ugualmente il ticket. I controlli sulle Asl resteranno in capo alle Regioni ma il Ministero della Salute avrà la possibilità di intervenire con poteri sostitutivi in presenza di inadempienze.

A livello regionale, con la Delibera n. 38/12 del 2.10.2024 vengono stanziati 7,616 milioni di euro per le strutture pubbliche, di cui il 10% (761.600 mila) destinato alle prestazioni di colonscopia. Le risorse rimanenti saranno ripartite secondo i criteri del Fondo sanitario regionale, dando priorità a prestazioni di monitoraggio, diagnostica per immagini (RM, mammografie, TC), cardiologia, gastroenterologia, oculistica e otorinolaringoiatria e ricoveri per chirurgia, ortopedia e urologia. Mentre il finanziamento di 5,440 milioni di euro è assegnato all'Azienda Regionale della Salute (Ares) per l'acquisto di prestazioni da strutture private accreditate. La ripartizione avverrà al 50%

per prestazioni ambulatoriali e al 50% per prestazioni ospedaliere, dando priorità a prestazioni di monitoraggio, diagnostica per immagini (RM, mammografie, TC), chirurgia, ortopedia e urologia (ricoveri). Le risorse saranno ripartite tra le strutture sanitarie pubbliche e private.

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 19.00. 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 – tele-visita, tele-monitoraggio, tele-riabilitazione, 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 al raggiungimento del seguente target:

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

L'Assistenza Riabilitativa

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

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

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

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

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

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

L'offerta riabilitativa territoriale include i seguenti interventi:

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

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

La UVT elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI) 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;**
- **Consolidamento delle attività del fisioterapista di comunità.**

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 multi-professionale (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.

Con la D.G.R. n. 38/49 del 17.11.2023 avente per oggetto "*Livelli e strumenti della Rete oncologica regionale*" è stato approvato il regolamento dei **Centri di Accoglienza e Supporto (CAS)** e individuate le loro sedi di riferimento. Con nota PG 4162 del 13/02/2024 la Direzione Generale della Sanità ha individuato nel P.O. "Giovanni Paolo II di Olbia", presso la SC Oncologia la sede per poter attivare il CAS e con nota del 21/03/2024, il Direttore della suddetta Struttura Complessa ha richiesto la disponibilità delle risorse minime nei vari profili per poter aprire al pubblico il CAS e tra queste n. 1 Dirigente Medico, disciplina di Oncologia, ad oggi in fase di individuazione come da Delibera n. 506 del 18/06/2024.

CHRONIC CARE MODEL

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

spinge per una forte integrazione tra le cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, sin dalle fasi iniziali della presa in carico del paziente stesso.

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

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

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

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

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

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

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

La *riorganizzazione del servizio* è finalizzata a garantire tempestività delle risposte ed equità nell'accesso a tutti i cittadini, in modo da assicurare un'effettiva continuità dell'assistenza rispetto ai medici di assistenza primaria ed anche al Sistema di Emergenza Territoriale 118 (SET 118). Attualmente il Servizio di Continuità Assistenziale presenta delle *importanti criticità* tra cui

l'insufficiente appropriatezza delle prestazioni erogate e la mancanza di meccanismi di filtro (o triage) delle richieste degli assistiti che espongono il medico dei "punti guardia" alla possibilità di richiesta inappropriata. Inoltre, il livello di qualità percepita dalla utenza non è soddisfacente in relazione alle aspettative per cui si crea il fenomeno del ricorso inappropriato al Pronto Soccorso e al SET 118. Infine, l'attuale assenza di utilizzo delle forme associative tra i medici di assistenza primaria, le Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) nell'erogazione delle attività, limita l'effettiva continuità della presa in carico globale degli assistiti. Pertanto, il processo di riorganizzazione che s'intende attuare sul territorio tiene conto sia di tali criticità sia dell'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse, ponendo, in un sistema di rete e circolarità, gli operatori del servizio di continuità assistenziale in modo da realizzare le necessarie e opportune sinergie con i MMG/PLS e la rete dell'emergenza- urgenza. La riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale, in fase di definizione, terrà conto dei volumi di attività sanitaria giornalieri e annui, della rete viaria e della percorribilità delle strade, della dislocazione territoriale delle postazioni del 118, della presenza sul territorio delle Case e 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 207,2%, valore inferiore rispetto a quello regionale (252,8%), ma non a quello nazionale (193,1). 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 ultra65enni è pari al 23 % e nel distretto di La Maddalena al 27%.

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
Cardiopatía ischemica cronica	90	0,85
Altre patologie cardiovascolari	253	2,38
Insufficienza respiratoria cronica	16	0,15
Altre patologie respiratorie croniche	256	2,41
Patologie neoplastiche maligne oncologici	410	3,86
Malattie reumatologiche	129	1,22
Malattie endocrinologiche	796	7,5
Insufficienza renale cronica	56	0,53
Altre patologie renali croniche	38	0,36
Epatopatie croniche	175	1,65
Patologia cronica apparato gastroenterico	52	0,49
Patologia oculare cronica	134	1,26
Patologia psichiatrica e dipendenze	49	0,46
Dislipidemie	302	2,84
Malattie rare	20	0,19
Malattie ematologiche	20	0,19
Patologia neurologica	116	1,09
Altre patologie croniche	18	0,17

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

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

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

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

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 tele-monitoraggio medico, 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).

POPULATION HEALTH MANAGEMENT (PHM)

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

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

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

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

La presa in carico del paziente con bisogno semplice: PDTA

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

L'azienda sanitaria ha predisposto diversi percorsi assistenziali, come ad esempio: percorsi per BPCO, per Doppia Diagnosi, per Frattura Femore, Percorso Nascita, per Piede Diabetico, per Scompenso cardiaco 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.

100

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_MADDALENA	CUP:I62C22000190006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI LA MADDALENA
PNRR_M6C1_A2_1.2.2_COT_TEMPIO	CUP:I52C22000300008 - M6C1 Int. 1.2.2-PNRR - CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE- COMUNE DI TEMPIO PAUSANIA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_BUDDUSO	CUP:I62C22000180006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI BUDDUSO'
PNRR_M6C1_A2_1.3_OSP_TEMPIO	CUP:I52C22000290006 - M6C1 Int. 1.3-PNRR OSPEDALE DI COMUNITA', PAOLO DETTORI, COMUNE DI TEMPIO PAUSANIA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_S.TEODORO	CUP:I92C22000280006 - M6C1 Int. 1.1-PNRR CASA DELLA COMUNITA' - COMUNE DI SAN TEODORO
PNRR_M6C2_A2_1.2_OSP_MADDALENA	CUP:I62C22000170006 - M6C1 Int. 1.3-PNRR OSPEDALE DI COMUNITA', PAOLO MERLO, COMUNE DI LA MADDALENA
PNRR_M6C2_A2_1.2_OSP_TEMPIO	CUP:I52C22000280006 - M6C2 Int. 1.2-INTERVENTO ADEGUAMENTO SISMICO - OSPEDALE PAOLO DETTORI, TEMPIO
PNRR_M6C1_A2_1.3_OSP_MADDALENA	CUP:I62C22000170006 - M6C1 Int. 1.3-PNRR OSPEDALE DI COMUNITA', PAOLO MERLO, COMUNE DI LA MADDALENA
PNRR_M6C1_A2_1.1_CASA_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 - nell'anno 2023 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.

Nell'ambito del PNRR M1C1 1.1 Infrastrutture digitale e 1.2 Abilitazione al Cloud per le PA locali, con Delibera n. 115 del 16/02/2024 si è inoltre proceduto al recepimento della convezione tra ARES Sardegna e ASL Gallura per i servizi di migrazione in Cloud per le PA locali. Per tale misura è stato anche collaudata la linea di intervento migrata su Cloud PSN denominata "Rischio clinico".

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 e di ulteriori norme di settore".
- Patto per la salute 2014-2016;
- Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024. Legge Regionale 11 settembre 2020, n. 24, art. 32.
- Tutte le delibere RAS recanti indirizzi regionali in materia.

2. Offerta di prestazioni e servizi sul territorio

102

In relazione all'offerta di prestazioni, nei dodici mesi dell'anno 2023, si osserva un aumento 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 aumentano, le dimissioni in regime di ricovero ordinario di 308 casi così come le giornate di degenza che passano da 54.560 del 2022 a 55.111 nel corso del 2023. Con riferimento all'attività di ricovero in regime ordinario, per il biennio 2023-2022, si osserva un aumento dei DRG CH del 3,4% mentre i DRG MD registrano un aumento con un valore del 5%. Il confronto dei dati di attività in regime ordinario per il triennio 2023-2021 evidenzia una riduzione dei DRG CH del 3% mentre per i DRG MD si registra un meno 5,7%.

ASL Gallura	2023	2022	2021	Δ 2023- 2022	Δ 2023-2021
Regime Ordinario					
GG di Degenza	55.111	54.560	60.550	1,0%	-9,0%
Totale Casi (Ord.)	6.969	6.661	7.312	4,6%	-4,7%
DRG Medici	4.456	4.239	4.725	5,1%	-5,7%
DRG Chirurgici	2.437	2.356	2.510	3,4%	-2,9%
% DRG Chirurgici	34,97%	35,37%	34,33%	-	-

Fonte dati: File A NSIS

ASL Gallura	2023	2022	2021	Δ 2023-2022	Δ 2023-2021
Regime Diurno					
Totale Casi (DH)	2.521	2.255	2.073	11,8%	21,6%
Numero Accessi	8.333	6.987	6.550	19,3%	27,2%
DRG Medici	1.536	1.393	1.262	10,3%	21,7%
DRG Chirurgici	985	862	811	14,27%	21,45%

Fonte dati: File A NSIS

Gli accessi in Day Hospital registrano un aumento passando dai 6.987 del 2022 ai 8.333 del 2023; aumentano anche i casi dai 2.255 del 2022 a 2.521 del 2023 (+ 12%). In relazione all'attività di ricovero in regime diurno per il biennio 2023-2022 si osserva un aumento dei DRG CH del 14,27% mentre i DRG MD registrano un più 10,3%. Confrontando gli stessi dati per il periodo 2023-2021 per i DRG CH si conferma una crescita pari al 21,45%, mentre i DRG MD registrano un aumento del 21,7%. Il tasso di occupazione dei posti letto in regime ordinario si mantiene sostanzialmente stabile su base biennale, comparato invece su base triennale si osserva una riduzione; difatti i dodici mesi del 2021 registravano un 54,93% rispetto ad un valore del 49,67% dell'anno appena trascorso.

ASL Gallura Totale attività di ricovero				
Regime di Ricovero	Indicatore	2023	2022	2021
Ricovero Ordinario	Totale Casi	6.969	6.661	7.312
Ricovero Ordinario	Posti Letto	304	304	302
Ricovero Ordinario	DRG Medici	4.456	4.239	4.725
Ricovero Ordinario	DRG Chirurgici	2.437	2.356	2.510
Ricovero Ordinario	% DRG Ch.	34,97%	35,37%	34,33%
Ricovero Ordinario	Perc. Attrattività Pazienti Extra Regione	9,18%	8,44%	7,85%
Ricovero Ordinario	Perc. Attrattività Pazienti Intra Regione	13,17%	14,20%	12,86%
Ricovero Ordinario	Numero Pazienti Extra Regione	610	546	551
Ricovero Ordinario	Numero Pazienti Intra Regione	815	850	835
Ricovero Ordinario	GG di Degenza	55.111	54.560	60.550
Ricovero Ordinario	Tasso Occupazione Posti Letto	49,67%	49,17%	54,93%
Ricovero Ordinario	Degenza Media (gg)	7,9	8,2	8,3
Ricovero Ordinario	Dimessi stesso giorno ric. (dim.vivi)	921	828	732
Ricovero Ordinario	Dimessi 0_2 giorno (dim.vivi)	1.596	1.499	1.394
Ricovero Ordinario	Dimissioni Protette	2,11%	2,37%	2,27%
Ricovero Ordinario	Numero Dimissioni Protette	147	158	166
Ricovero Ordinario	Dimessi Morti	407	390	395
Ricovero Ordinario	% DRG a rischio inappropriata in DO (DGR 29 del 29-12-2015 all. 2)	8,79%	7,84%	8,26%
Ricovero Ordinario	% Ric. Med. Dur. > 12 gg in pz. età > 65 aa	10,1%	10,7%	11,1%
Ricovero Ordinario	Punti DRG (Peso Complessivo Ric.)	7.728	7.616	8.378
Ricovero Ordinario	Peso Medio DRG	1,11	1,14	1,15
Ricovero Ordinario	Totale Valore (€)	22.344.784	21.772.870	24.651.743
Ricovero Ordinario	Parti totali	743	764	870
Ricovero Ordinario	Parti Cesarei	306	285	319
Ricovero Ordinario	% Parti Cesarei	41,2%	37,3%	36,7%
Assistenza Neonatale	Neonati Sani (DRG 391)	729	710	798
Ricovero Day Hospital	Posti Letto	32	32	32
Ricovero Day Hospital	Totale Casi	2.521	2.255	2.073
Ricovero Day Hospital	DRG Medici	1.536	1.393	1.262
Ricovero Day Hospital	DRG Chirurgici	985	862	811
Ricovero Day Hospital	Num.accesssi medi	3,3	3,1	2,9
Ricovero Day Hospital	Numero Accesssi	8.333	6.987	6.550
Ricovero Day Hospital	Perc. Attrattività Pazienti Extra Regione	3,25%	2,75%	3,04%

ASL Gallura Totale attività di ricovero				
Regime di Ricovero	Indicatore	2023	2022	2021
Ricovero Day Hospital	Perc. Attrattività Pazienti Intra Regione	15,67%	17,12%	13,41%
Ricovero Day Hospital	Numero Pazienti Extra Regione	82	62	63
Ricovero Day Hospital	Numero Pazienti Intra Regione	395	386	278
Ricovero Day Hospital	% Ric. DH Med. Final. Diagnostiche (T9)	13,74%	14,64%	14,72%
Ricovero Day Hospital	Punti DRG (Peso Complessivo Ric.)	1921	1661	1553
Ricovero Day Hospital	Peso Medio DRG	0,76	0,74	0,75
Ricovero Day Hospital	Totale Valore (€)	4.076.736	3.430.746	3.066.724

Fonte dati :File A NSIS

Le tabelle seguenti rappresentano per l'anno 2023 e 2022 il numero di ricoveri e il tasso di ospedalizzazione per regime di ricovero relativo alla popolazione dell'ASL GALLURA.

		Anno	2023		Popolazione	158.169	
ASR Residenza	Distretto Geografico Residenza	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale	Tasso di Ospedalizzazione Ricoveri Ordinari (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione Ricoveri Diurni (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.)
ASL Gallura	Olbia	10.529	3.261	13.790	66,57	20,62	87,19
ASL Gallura	Tempio Pausania	2.388	1.150	3.538	15,10	7,27	22,37
ASL Gallura	La Maddalena	1.073	369	1.442	6,78	2,33	9,12
Totale ASL GALLURA*		13.990	4.780	18.770	88,45	30,22	118,67
* Non è presente la mobilità extra regione							

Fonte dati ABACO

		Anno	2022		Popolazione	158.221	
ASR Residenza	Distretto Geografico 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	11.489	3.185	14.674	72,64	20,14	92,74
ASL Gallura	Tempio Pausania	2.699	1.095	3.794	17,06	6,92	23,98
ASL Gallura	La Maddalena	973	281	1.254	6,15	1,78	7,93
Totale ASL GALLURA		15.161	4.561	19.722	95,82	28,83	124,65

Fonte dati ABACO

ASR Residenza	Distretto Geografico Residenza	Delta Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.) 2023-2022 Ricoveri Ordinari	Delta Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.) 2023-2022 Ricoveri Diurni	Delta Tasso di Ospedalizzazione (per 1000 ab.) 2023-2022
ASL Gallura	Olbia	-6,07	0,48	-5,56
ASL Gallura	Tempio Pausania	-1,97	0,35	-1,61
ASL Gallura	La Maddalena	0,63	0,56	1,19
Totale ASL GALLURA		-7,40	1,38	-5,98

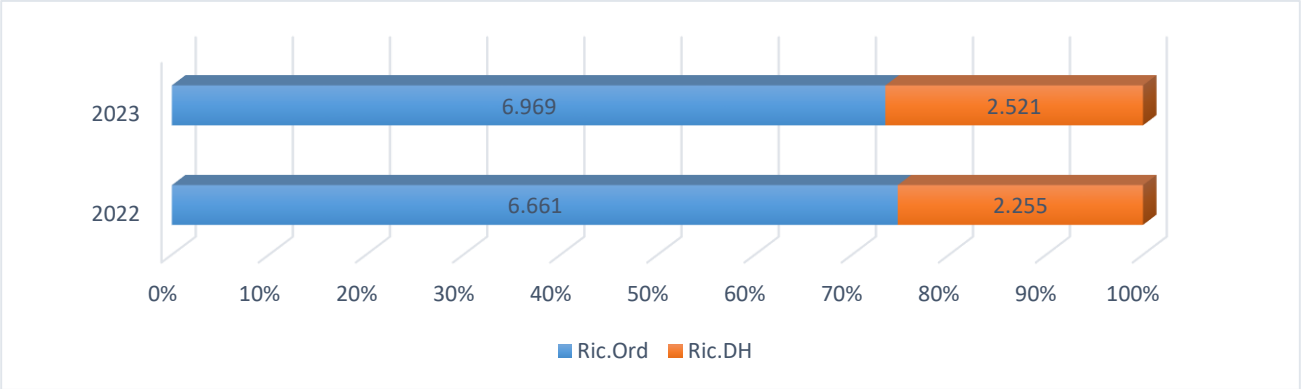
Fonte dati ABACO

Le tabelle sovraesposte rappresentano il confronto tra i ricoveri (per il 2023 il dato è riferito a strutture pubbliche e private, il dato riferito al 2022 sconta la mobilità passiva) per regime di ricovero nel biennio 2023/2022, 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 2023 si attesta al 118,67 rispetto al 124,65 registrato nell'anno 2022,quindi registrando un trend in diminuzione. L'anno 2023 di conseguenza vede i tassi di ospedalizzazione in diminuzione: per i ricoveri ordinari la variazione è - 7,40 e per i ricoveri in DH è pari a + 1,38. La diminuzione per la Asl Gallura nel biennio in esame è di - 5,98 (il dato 2022 sconta la mobilità passiva).

Il grafico sottostante rappresenta il confronto dei dimessi per regime di ricovero per le annualità 2022/2023 ASL Gallura.



Analisi dei primi 30 DRG prodotti in Asl Gallura negli anni 2023/2022

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	2023					2022					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			
DRG	Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi	Totale Dimessi	Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi	Totale Dimessi	Delta	Totale Dimessi
Totale Complessivo	7.701	57.493	7,47	2.618	10.319	7.364	56.604	7,69	2.255	9.619	700	7,28%
	Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi	Totale Dimessi	Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi	Totale Dimessi	Delta	Totale Dimessi
391 [M] - Neonato normale	729	2370	3,25	0	729	730	2210	3,03	0	730	-1	-0,14%
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	0	0	-	519	519	0	0	-	550	550	-31	-5,64%
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	427	1485	3,48	0	427	451	1547	3,43	0	451	-24	-5,32%
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	176	730	4,15	160	336	185	895	4,84	145	330	6	1,82%
371 [C] - Parto cesareo senza CC	289	1436	4,97	0	289	271	1224	4,52	0	271	18	6,64%

Primi 30 DRG ordinati per numerosità decrescente	2023					2022					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 a Media		Dimessi	Dimessi	Giornate	Degenza a Media			
Totale Complessivo	7.701	57.493	7,47	2.618	10.319	7.364	56.604	7,69	2.255	9.619	700	7,28%
	Dimessi	Giornate	Degenza a Media	Dimessi	Totale Dimessi	Dimessi	Giornate	Degenza a Media	Dimessi	Totale Dimessi	Delta	Totale Dimessi
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	73	877	12,01	106	179	66	942	14,27	38	104	75	72,12%
124 [M] - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	175	562	3,21	1	176	165	599	3,63	1	166	10	6,02%
245 [M] - Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	2	3	1,50	165	167	0	0	-	123	123	44	35,77%
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	18	52	2,89	132	150	21	57	2,71	33	54	96	177,78%
381 [C] - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	48	87	1,81	101	149	58	100	1,72	156	214	-65	-30,37%
379 [M] - Minaccia di aborto	143	776	5,43	0	143	139	863	6,21	0	139	4	2,88%
229 [C] - Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	57	101	1,77	82	139	56	114	2,04	76	132	7	5,30%
369 [M] - Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	37	97	2,62	86	123	33	125	3,79	75	108	15	13,89%
430 [M] - Psicosi	116	1125	9,70	0	116	136	1287	9,46	0	136	-20	-14,71%
544 [C] - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	107	1804	16,86	0	107	119	1799	15,12	0	119	-12	-10,08%
089 [M] - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	103	1275	12,38	0	103	129	1828	14,17	1	130	-27	-20,77%

Fonte Dati: ABACO

Primi 30 DRG ordinati per numerosità decrescente	2023					2022					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	Degenz a Media		Dimessi	Dimessi	Giornate	Degenz a Media			
Totale Complessivo	7.701	57.493	7,47	2.618	10.319	7.364	56.604	7,69	2.255	9.619	700	7,28%
	Dimessi	Giornate	Degenz a Media	Dimessi	Totale Dimessi	Dimessi	Giornate	Degenz a Media	Dimessi	Totale Dimessi	Delta	Totale Dimessi
518 [C] - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	101	182	1,80	1	102	49	85	1,73	0	49	53	108,16%
557 [C] - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	98	545	5,56	0	98	81	409	5,05	0	81	17	20,99%
006 [C] - Decompressione del tunnel carpale	0	0	-	92	92	0	0	-	87	87	5	5,75%
139 [M] - Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	23	98	4,26	66	89	44	86	1,95	48	92	-3	-3,26%
224 [C] - Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	84	277	3,30	2	86	66	221	3,35	3	69	17	24,64%
316 [M] - Insufficienza renale	72	1138	15,81	14	86	77	1106	14,36	0	77	9	11,69%
552 [C] - Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	84	148	1,76	0	84	82	150	1,83	0	82	2	2,44%
117 [C] - Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	7	27	3,86	70	77	1	2	2,00	34	35	42	120,00%

Fonte Dati: ABACO

Nella tabella seguente sono rappresentati i dati relativi ai 3 DRG per i quali l'incremento per il 2023 in valore assoluto rispetto al 2022 è maggiore.

DRG con maggiore incremento in valore assoluto	2023					2022					Delta	Delta %
	Ricovero Ordinario			DH	Totale Dimessi i (Ord+ DH)	Ordinario			DH	Totale Dimessi (Ord+ DH)		
	DRG	Dim essi	GG	Degenza Media		Dimessi i	Dime ssi	GG	Dege nza Media			
162 [C]	18	52	2,89	132	150	21	57	2,71	33	54	96	177,78%
395 [M]	73	877	12,01	106	179	66	942	14,27	38	104	75	72,12%
518 [C]	101	182	1,80	1	102	49	85	1,73	0	49	53	108,16%

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

DRG	Diagnosi Principale	2023	2022
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	550.10 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Con Ostruzione, Senza Menzione Di Gangrena	1	9
	550.11 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Ricorrente, Con Ostruzione, Senza Menzione Di Gangrena	5	3
	550.90 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	111	34
	550.91 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Ricorrente, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	20	1
	550.92 - Ernia Inguinale Bilaterale, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	2	1
	551.00 - Ernia Femorale Monolaterale O Non Specificata, Con Gangrena	1	
	552.00 - Ernia Femorale Monolaterale O Non Specificata, Con Ostruzione	8	4
	552.02 - Ernia Femorale Bilaterale, Con Ostruzione		1
	553.00 - Ernia Femorale Monolaterale O Non Specificata, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	1	
	553.01 - Ernia Femorale Monolaterale O Non Specificata, Ricorrente, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	1	1
	Totale DRG 162	150	54
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	238.75 - Sindrome Mielodisplastica, Non Specificata		1
	280.0 - Anemia Da Carenza Di Ferro Secondaria A Perdita Ematica (Cronica)	31	25
	280.1 - Anemia Da Carenza Di Ferro Secondaria Ad Inadeguato Apporto Alimentare Di Ferro	12	5
	280.8 - Altre Anemie Da Carenza Di Ferro Specificate	10	
	280.9 - Anemia Da Carenza Di Ferro, Non Specificata	61	34
	281.0 - Anemia Perniciosa	2	
	281.1 - Altra Anemia Da Carenza Di Vitamina B12		1
	281.2 - Anemia Da Carenza Di Folati	2	7
	281.8 - Anemia Associata Ad Altra Carenza Nutritiva Specificata	2	2
	281.9 - Anemia Da Carenza Non Specificata	10	
	282.49 - Altre Talassemie	3	
	284.1 - Pancitopenia	1	2
	285.1 - Anemia Postemorragica Acuta	21	11
	285.21 - Anemia In Malattia Cronica Renale	2	1
	285.22 - Anemia In Malattia Neoplastica	5	10
	285.29 - Anemia Da Altre Malattie Croniche	3	3
	285.8 - Altre Anemie Specificate	2	
	285.9 - Anemia, Non Specificata	12	2
	Totale DRG 395	179	104

Fonte Dati: ABACO

DRG	Diagnosi Principale	2023	2022
518 [C] - Interventi sul sistema cardiovascolare	410.10 - Infarto Miocardico Acuto Di Altra Parte Della Parete Anteriore, Episodio Di Assistenza Non Specificato	1	
	410.12 - Infarto Miocardico Acuto Di Altra Parte Della Parete Anteriore, Episodio Successivo Di Assistenza	1	

DRG	Diagnosi Principale	2023	2022
per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	410.20 - Infarto Miocardico Acuto Della Parete Infero laterale, Episodio Di Assistenza Non Specificato	1	
	410.30 - Infarto Miocardico Acuto Della Parete Infero posteriore, Episodio Di Assistenza Non Specificato	1	
	410.90 - Infarto Miocardico Acuto A Sede Non Specificata, Episodio Di Assistenza Non Specificato	1	
	410.92 - Infarto Miocardico Acuto A Sede Non Specificata, Episodio Successivo Di Assistenza	1	
	411.1 - Sindrome Coronarica Intermedia	9	14
	412 - Infarto Miocardico Pregresso	1	
	413.9 - Altre E Non Specificate Forme Di Angina Pectoris	1	1
	414.8 - Altre Forme Specificate Di Cardiopatia Ischemica Cronica		1
	414.9 - Cardiopatia Ischemica Cronica Non Specificata		2
	426.7 - Eccitazione Atrioventricolare Anomala	3	
	427.0 - Tachicardia Parossistica Sopra ventricolare	20	15
	427.31 - Fibrillazione Atriale	43	7
	427.32 - Flutter Atriale	14	5
	427.69 - Altre Battiti Prematuri	1	
	427.9 - Disturbi Del Ritmo Cardiaco Non Specificati	3	
	745.5 - Difetto Del Setto Atriale Tipo Ostium Secundum		4
	785.0 - Tachicardia Non Specificata	1	
	Totale DRG 518	102	49

Fonte Dati: ABACO

Nella tabella che segue si confronta il numero dei primi 30 DRG Infra Regione negli anni 2023 e 2022.

DRG	Mobilità Passiva Infra regione 2023
042 [C] - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	686
013 [M] - Sclerosi multipla e atassia cerebellare	171
410 [M] - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	148
404 [M] - Linfoma e leucemia non acuta senza CC	140
490 [M] - H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	117
266 [C] - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	114
087 [M] - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	88
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	80
060 [C] - Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	75
391 [M] - Neonato normale	75
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	72
039 [C] - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	68
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	66
310 [C] - Interventi per via transuretrale con CC	56
576 [M] - Setticemia senza ventilazione meccanica 96 ore, età > 17 anni	54
311 [C] - Interventi per via transuretrale senza CC	49
467 [M] - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	48
063 [C] - Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	43
371 [C] - Parto cesareo senza CC	43
431 [M] - Disturbi mentali dell'infanzia	43
089 [M] - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	41
260 [C] - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	40
319 [M] - Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	40
347 [M] - Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	40
316 [M] - Insufficienza renale	37
498 [C] - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	37
525 [C] - Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	37
125 [M] - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	35
014 [M] - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	34
055 [C] - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	34

Fonte Dati ABACO

DRG	Mobilità Passiva Infra regione 2022
042 [C] - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	600
410 [M] - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	161
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
310 [C] - Interventi per via transuretrale con CC	86
079 [M] - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	79
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	71
371 [C] - Parto cesareo senza CC	70
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	68
039 [C] - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	68
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	66
467 [M] - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	61
316 [M] - Insufficienza renale	57
014 [M] - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	57
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
089 [M] - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	47
369 [M] - Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	46
125 [M] - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	44
311 [C] - Interventi per via transuretrale senza CC	43
431 [M] - Disturbi mentali dell'infanzia	42
036 [C] - Interventi sulla retina	42
421 [M] - Malattie di origine virale, età > 17 anni	41
383 [M] - Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	37
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	36
080 [M] - Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	36
319 [M] - Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	35

Fonte Dati ABACO

Nella tabella che segue si riportano le Prime 20 diagnosi Infra Regione 2023/2022 in favore dei nostri assistiti.

DIAGNOSI	Mobilità Passiva Infra regione 2023
362.16 - Neo vascolarizzazione Della Retina Non Altrimenti Specificata	353
340 - Sclerosi Multipla	158
362.07 - Edema Maculare Diabetico	158
042 - Infezione Da Virus Della Immunodeficienza Umana (HIV)	116
V58.11 - Chemioterapia Antineoplastica	115
518.81 - Insufficienza Respiratoria	89
188.9 - Tumori Maligni Di Parte Non Specificata Della Vescica	81
362.36 - Occlusione Venosa Tributaria (Di Branca)Della Retina	74
203.00 - Mieloma Multiplo, Senza Menzione Di Remissione	63
474.10 - Ipertrofia Della Tonsilla Con Le Adenoidi	55
628.9 - Infertilità Femminile, Di Origine Non Specificata	53
V58.12 - Immunoterapia Antineoplastica	53

185 - Tumori Maligni Della Prostata	50
V30.00 - Nato Singolo, Nato In Ospedale Senza Menzione Di Taglio Cesareo	47
173.3 - Altri Tumori Maligni Della Cute Di Altre E Non Specificate Parti Della Faccia	39
424.1 - Disturbi Della Valvola Aortica	37
592.1 - Calcolosi Ureterale	37
314.01 - Con Iperattività	31
592.0 - Calcolosi Renale	31
650 - Parto Normale	31
518.84 - Insufficienza Respiratoria Acuta E Cronica	30
V30.01 - Nato Singolo, Nato In Ospedale Con Taglio Cesareo	30
411.1 - Sindrome Coronarica Intermedia	28
600.01 - Ipertrofia Prostatica Benigna Con Ostruzione Urinaria Ed Altri Sintomi Delle Basse Vie Urinarie (Luts)	28
995.91 - Sepsi	28
482.9 - Polmonite Batterica, Non Specificata	27
205.00 - Leucemia Mieloide, Acuta, Senza Menzione Di Remissione	26
282.49 - Altre Talassemie	26
362.35 - Occlusione Della Vena Centrale Della Retina	25
427.31 - Fibrillazione Atriale	25

Fonte Dati ABACO

DIAGNOSI	Mobilità Passiva Infra regione 2022
362.16 - Neo vascolarizzazione Della Retina Non Altrimenti Specificata	306
362.07 - Edema Maculare Diabetico	159
V58.11 - Chemioterapia Antineoplastica	156
188.9 - Tumori Maligni Di Parte Non Specificata Della Vescica	100
340 - Sclerosi Multipla	99
518.81 - Insufficienza Respiratoria	87
628.9 - Infertilità Femminile, Di Origine Non Specificata	78
480.41 - Polmonite in COVID-19, virus identificato	75
185 - Tumori Maligni Della Prostata	56
V30.00 - Nato Singolo, Nato In Ospedale Senza Menzione Di Taglio Cesareo	50
V30.01 - Nato Singolo, Nato In Ospedale Con Taglio Cesareo	47
203.00 - Mieloma Multiplo, Senza Menzione Di Remissione	44
592.1 - Calcolosi Ureterale	43
173.3 - Altri Tumori Maligni Della Cute Di Altre E Non Specificate Parti Della Faccia	40
427.31 - Fibrillazione Atriale	39
362.35 - Occlusione Della Vena Centrale Della Retina	37
V58.12 - Immunoterapia Antineoplastica	35
043.11 - COVID-19 conclamata, virus identificato	35
424.1 - Disturbi Della Valvola Aortica	34
550.90 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	34
591 - Idronefrosi	32
592.0 - Calcolosi Renale	31
648.93 - Altre Manifestazioni Altrimenti Classificabili ,Condizione O Complicazione Antepartum	30
518.91 - Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19,	30
411.1 - Sindrome Coronarica Intermedia	29
995.91 - Sepsi	29
314.01 - Con Iperattività	27
434.01 - Trombosi Cerebrale Con Infarto Cerebrale	27
277.02 - Fibrosi Cistica Con Manifestazioni Polmonari	26
282.49 - Altre Talassemie	25

Fonte Dati ABACO

Prestazioni ambulatoriali

Nelle tabelle seguenti si riportano il numero ed il valore delle prestazioni ambulatoriali riferite agli anni 2023 e 2022 erogate sia dalle strutture pubbliche che private.

Produzione da Strutture Pubbliche ASL GALLURA	2023		2022			
Branca	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	Δ % Prestazioni 2023-2022	Δ % Importo 2023-2022
01 - Anestesia	7.051	366.066	3.592	132.308	96,30%	176,68%
02 - Cardiologia	24.929	660.935	18.031	534.011	38,26%	23,77%
03 - Chirurgia Generale	3.222	76.096	1.323	50.658	143,54%	50,22%
04 - Chirurgia Plastica	165	4.630	146	5.757	13,01%	-19,57%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	48	1.542	47	1.505	2,13%	2,44%
06 - Dermosifilopatia	511	9.370	302	6.836	69,21%	37,07%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	75.779	4.517.052	63.296	3.635.282	19,72%	24,26%
09 - Endocrinologia	1.718	49.198	2.069	59.181	-16,96%	-16,87%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	7.005	482.062	3.927	264.656	78,38%	82,15%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche- Microbiologia-Virologia- Anatomia E Istologia Patologica-Genetica- Immunoematologia E S. Trasn.	1.019.498	4.640.111	523.146	2.342.131	94,88%	98,11%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	46.442	396.466	46.524	391.163	-0,18%	1,36%
13 - Nefrologia	15.307	2.289.925	10.227	1.513.162	49,67%	51,33%
14 - Neurochirurgia	482	11.928	1	10	48100,00%	118347,37%
15 - Neurologia	7.738	227.660	7.164	208.043	8,01%	9,43%
16 - Oculistica	9.256	181.561	4.513	84.573	105,10%	114,68%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	3.985	75.625	2.513	52.039	58,58%	45,32%
18 - Oncologia	8.226	110.110	5.563	74.001	47,87%	48,79%
19 - Ortopedia E Traumatologia	4.173	95.682	3.373	76.713	23,72%	24,73%
20 - Ostetricia E Ginecologia	12.405	329.173	11.736	314.128	5,70%	4,79%
21 - Otorinolaringoiatria	9.247	129.732	5.291	74.210	74,77%	74,82%
22 - Pneumologia	371	8.439	366	8.294	1,37%	1,74%
23 - Psichiatria	5.734	103.925	6.888	149.404	-16,75%	-30,44%
25 - Urologia	1.439	29.979	942	21.849	52,76%	37,21%
26 - Altre Prestazioni*	147.372	2.914.782	116.064	2.185.482	26,97%	33,37%
	1.412.103	17.712.047	837.044	12.185.397	68,70%	45,35%

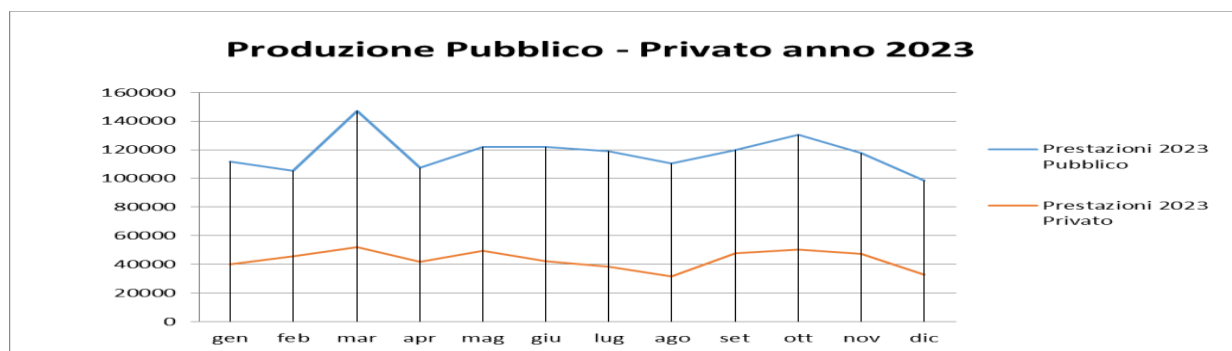
Fonte dati ABACO

Produzione da Strutture Pubbliche ASL GALLURA	2023		2022			
Branca	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	Δ % Prestazioni i 2023-2022	Δ % Importo 2023-2022
01 - Anestesia	7.051	366.066	3.592	132.308	0,50%	2,07%
02 - Cardiologia	24.929	660.935	18.031	534.011	1,77%	3,73%
03 - Chirurgia Generale	3.222	76.096	1.323	50.658	0,23%	0,43%
04 - Chirurgia Plastica	165	4.630	146	5.757	0,01%	0,03%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	48	1.542	47	1.505	0,00%	0,01%
06 - Dermosifilopatia	511	9.370	302	6.836	0,04%	0,05%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	75.779	4.517.052	63.296	3.635.282	5,37%	25,50%
09 - Endocrinologia	1.718	49.198	2.069	59.181	0,12%	0,28%

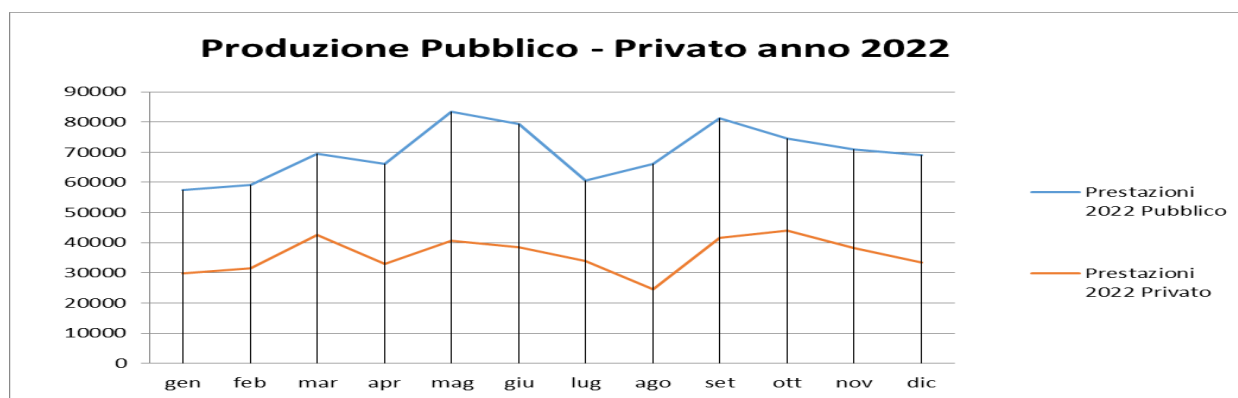
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	7.005	482.062	3.927	264.656	0,50%	2,72%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche- Microbiologia-Virologia- Anatomia E Istologia Patologica-Genetica- Immunoematologia E S. Trasn.	1.019.498	4.640.111	523.146	2.342.131	72,20%	26,20%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	46.442	396.466	46.524	391.163	3,29%	2,24%
13 - Nefrologia	15.307	2.289.925	10.227	1.513.162	1,08%	12,93%
14 - Neurochirurgia	482	11.928	1	10	0,03%	0,07%
15 - Neurologia	7.738	227.660	7.164	208.043	0,55%	1,29%
16 - Oculistica	9.256	181.561	4.513	84.573	0,66%	1,03%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	3.985	75.625	2.513	52.039	0,28%	0,43%
18 - Oncologia	8.226	110.110	5.563	74.001	0,58%	0,62%
19 - Ortopedia E Traumatologia	4.173	95.682	3.373	76.713	0,30%	0,54%
20 - Ostetricia E Ginecologia	12.405	329.173	11.736	314.128	0,88%	1,86%
21 - Otorinolaringoiatria	9.247	129.732	5.291	74.210	0,65%	0,73%
22 - Pneumologia	371	8.439	366	8.294	0,03%	0,05%
23 - Psichiatria	5.734	103.925	6.888	149.404	0,41%	0,59%
25 - Urologia	1.439	29.979	942	21.849	0,10%	0,17%
26 - Altre Prestazioni*	147.372	2.914.782	116.064	2.185.482	10,44%	16,46%
	1.412.103	17.712.047	837.044	12.185.397	100%	100%

Fonte dati ABACO

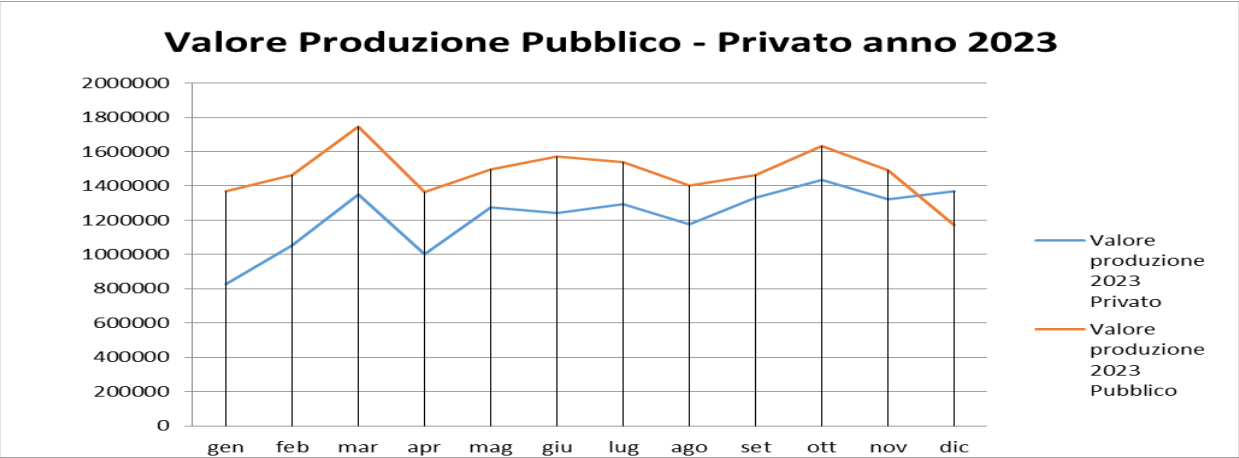
I grafici che seguono evidenziano il numero e il valore delle prestazioni erogate da strutture private contrattualizzate e strutture pubbliche per gli anni 2023 e 2022.



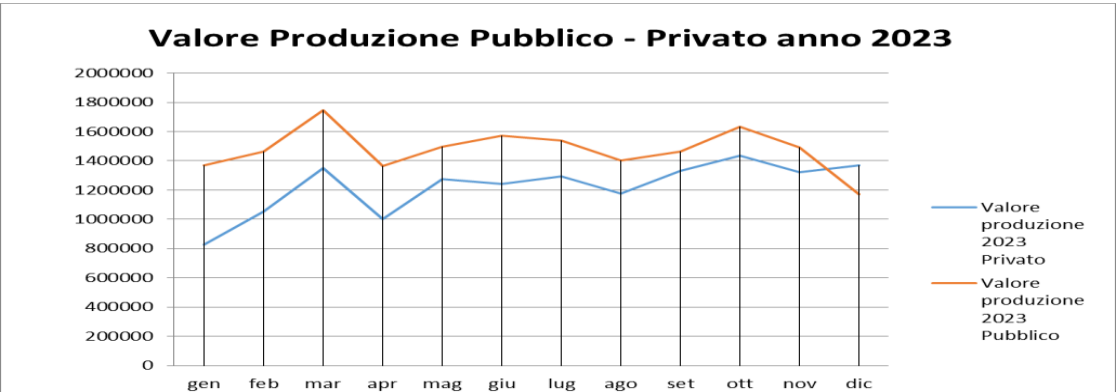
Elaborazione Area Data Management



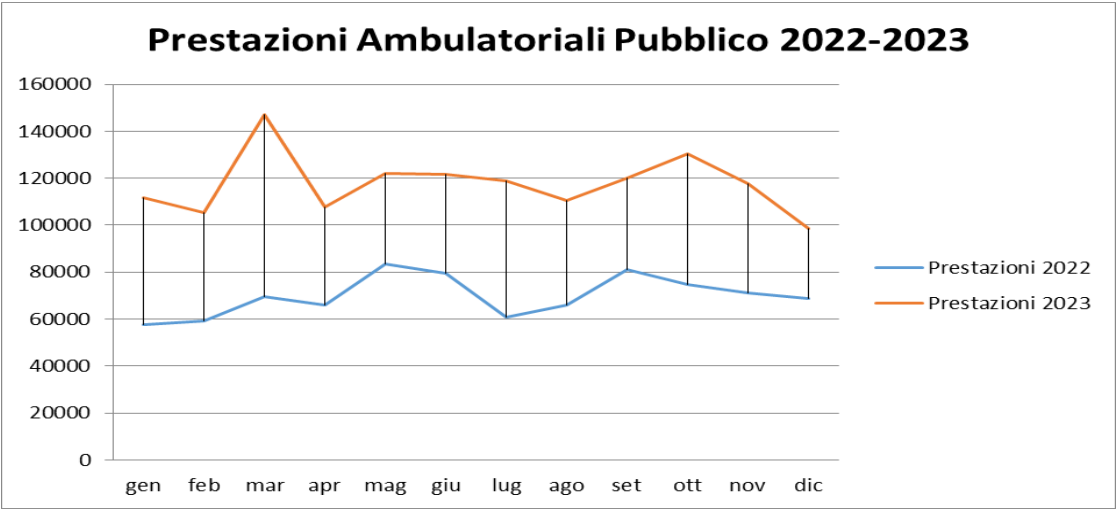
Elaborazione Area Data Management



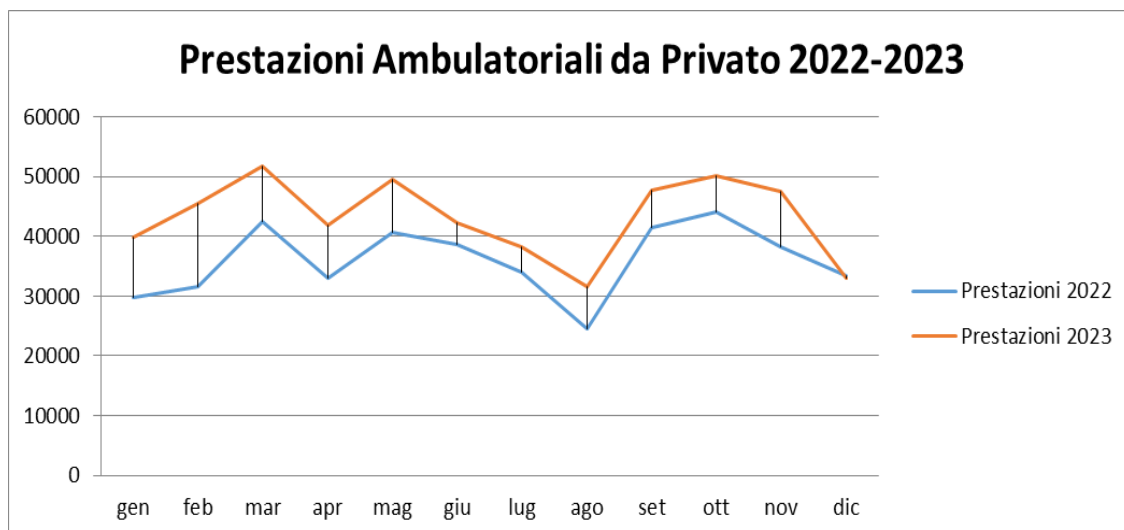
Elaborazione Area Data Management



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 ASL Gallura per abitante e le prestazioni ambulatoriali Intra-Regione erogate da strutture pubbliche e private.

Prestazioni erogate residenti ASL Gallura per abitante			
Anno	Totale complessivo prestazioni	Popolazione	Prestazioni per abitante
2021	1.190.638	157.321	7,57
2022	1.157.299	158.221	7,31
2023	1.810.723	158.169	11,45

Azienda	Prestazioni Ambulatoriali Intra Regione		
	Anno	Anno	Anno
	2021	2022	2023
ASL SASSARI	8.064	10.221	75.313
ASL GALLURA	1.106.093	1.068.515	1.654.907
ASL NUORO	42.217	35.060	34.774
ASL OGLIASTRA	749	863	900
ASL ORISTANO	1.965	2.161	2.271
ASL MEDIO CAMPIDANO	648	523	784
ASL SULCIS	379	336	483
ASL CAGLIARI	5.437	8.674	8.068
AOU CAGLIARI	2.836	3.147	3.459
AOU SASSARI	2.896	8.220	11.980
AO BROTZU	19.354	19.579	17.784
Totale	1.190.638	1.157.299	1.810.723

Azienda	Valorizzazione Economica Prestazioni Ambulatoriali Intra Regione		
	Anno	Anno	Anno
	2021	2022	2023
ASL SASSARI	492.674	448.907	1.500.900
ASL GALLURA	16.883.380	18.035.617	23.536.436
ASL NUORO	1.611.546	1.195.159	1.148.934
ASL OGLIASTRA	24.053	21.475	60.587
ASL ORISTANO	96.649	107.383	120.284
ASL MEDIO CAMPIDANO	12.009	21.028	20.848

ASL SULCIS	6.647	5.889	6.692
ASL CAGLIARI	357.099	618.504	530.795
AOU CAGLIARI	65.163	64.289	66.921
AOU SASSARI	37.415	58.394	271.531
AO BROTZU	555.395	618.550	506.607
Totale	20.142.029	21.195.194	27.770.534

Di seguito si riportano le tabelle relative alla Percentuale di prestazioni effettuate nell'ASL Gallura negli anni 2023 e 2022.

ASL GALLURA	Percentuale prestazioni effettuate nell'ASL Gallura 2023		
	Prestazioni in ASL Residenza	Prestazioni in altre ASL	% Prestazioni in ASL Residenza
	1.654.907	155.816	91,39%

ASL GALLURA	Percentuale prestazioni effettuate nell'ASL Gallura 2022		
	Prestazioni in ASL Residenza	Prestazioni in altre ASL	% Prestazioni in ASL Residenza
	1.068.515	88.784	92,33%

MATER OLBIA HOSPITAL

La Regione Autonoma della Sardegna e la Qatar Foundation Endowment hanno sottoscritto un Accordo sostitutivo di provvedimento amministrativo ai sensi dell'articolo 11, comma 4, della legge n. 241/1990, avente ad oggetto la realizzazione, nella città di Olbia, di un ospedale – centro di ricerca medica e scientifica, di valenza nazionale ed internazionale. A novembre 2023, il Mater Olbia Hospital ottiene la conferma dell'Accreditamento istituzionale in regime definitivo con ***Determinazione conclusiva del procedimento unico SUAPE N. 693 del 30.11.2023*** con validità fissata fino alla data unica del 17/06/2027. Il percorso iniziato nel 2018 ha portato all'attivazione in esercizio di 252 posti letto, di cui 202 accreditati. Con precedenti provvedimenti sono stati accreditati i servizi di Laboratorio analisi, la Diagnostica per Immagini, tutta la Specialistica ambulatoriale e la Radioterapia. Il Mater Olbia avvia l'attività di ricovero con l'impegno di fornire prestazioni complesse e con alto livello di qualità, ponendosi come parte del Sistema Sanitario Regionale, con l'obiettivo di dare risposte sempre più appropriate alla domanda di salute dei cittadini e contribuendo a ridurre la migrazione dei pazienti sardi verso altre Regioni.

Di seguito si analizzano i volumi di prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale per il triennio 2023-2021.

Nei dodici mesi dell'anno 2023 si osserva un aumento del volume di attività erogata dal Mater Olbia Hospital rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente: il numero complessivo di dimissioni per acuti, e il corrispondente volume complessivo di giornate aumentano, le dimissioni in regime di ricovero ordinario di 903 casi così come le giornate di degenza che passano da 35.516 del 2022 a 38.133 nel corso del 2023. Con riferimento all'attività di ricovero in regime ordinario per il biennio 2023-2022 si osserva un aumento dei DRG CH del 21,1% e i DRG MD sono in diminuzione del 3%. Il confronto dei dati di attività in regime ordinario per il triennio 2023-2021 evidenzia un aumento dei DRG CH del 38,9% e per i DRG MD si registra un più 11,1%.

Mater Olbia Hospital	2023	2022	2021		
----------------------	------	------	------	--	--

Regime Ordinario				Δ 2023- 2022	Δ 2023- 2021
GG di Degenza	38.133	35.516	32.660	7,4%	16,8%
Totale Casi (Ord.)	7.292	6.389	5.571	14,1%	30,9%
Totale Valore €	28.807.357	25.291.107	22.814.389	13,9%	26,3%
DRG Medici	1.781	1.837	1.603	-3,0%	11,1%
DRG Chirurgici	5.511	4.552	3.968	21,1%	38,9%
% DRG Medici	24,42%	28,75%	28,77%	-	-
% DRG Chirurgici	75,58%	71,25%	71,23%	-	-

Fonte Dati: Abaco

Gli accessi in Day Hospital registrano un aumento passando dai 9 del 2022 ai 210 del 2023; aumentano anche i casi dai 9 del 2022 ai 655 del 2023. In relazione all'attività di ricovero in regime diurno per il biennio 2023-2022 si osserva un aumento dei DRG CH del 33% mentre i DRG MD registrano un significativo aumento che deve essere letto alla luce della bassa numerosità della casistica riferita al 2022 (come da tabella sottostante). Nel corso dell'anno 2023 -per i DRG CH si osserva una produzione pari al 2%, mentre per i DRG MD pari al 98%. L'annualità 2022 si attestava su dei valori di produzione per i DRG CH del 33% e di quelli medici del 66%. Come sopraenunciato questi valori si riferiscono ad una produzione che non ha alcuna significatività statistica vista in tabella la esigua casistica.

Mater Olbia Hospital				Δ 2023- 2022	Δ 2023- 2021
Regime Diurno	2023	2022	2021	2023- 2022	2023- 2021
Totale Casi (DH)	655	9	3	7178%	21733,3%
Numero Accessi	210	9	3	2233%	6900,0%
Totale Valore €	225.198	5.425	768	4051%	29222,6%
DRG Medici	206	6	3	3333%	6766,7%
DRG Chirurgici	4	3	0	33%	100%
% DRG Medici	98,10%	66,67%	100,00%	-	-
% DRG Chirurgici	1,90%	33,33%	0,00%	-	-

Fonte Dati: Abaco

Nella tabella seguente sono rappresentati i dati relativi ai **3 DRG in regime ordinario** per i quali l'incremento per il 2023 in valore assoluto rispetto al 2022 è maggiore.

DRG con maggiore incremento in valore assoluto	2023				2022				Delta	Delta %
	Ricovero Ordinario			Totale Dimessi Ord	Ricovero Ordinario			Totale Dimessi Ord		
	Dimessi	GG.	Degenza a Media		Dimessi	GG.	Degenza a Media			
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	411	439	1,07	411	283	285	1,01	283	128	45,23%
151 [C] - Lisi di aderenze peritoneali senza CC	179	373	2,08	179	68	114	1,68	68	111	163,24%
503 [C] - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	258	281	1,09	258	150	166	1,11	150	108	72,00%

Nelle tabelle seguenti si riportano i dati relativi ai Ricoveri Ospedalieri Intra-Regione per il triennio 2021-2023.

Mater Olbia Hospital	Ricoveri Ospedalieri Intra Regione		
	Anno	Anno	Anno

Vs.	2021	2022	2023
ASL SASSARI	1.018	1.134	1.382
ASL GALLURA	3.268	3.600	4.131
ASL NUORO	674	881	1.072
ASL OGLIASTRA	40	38	51
ASL ORISTANO	107	111	133
ASL MEDIO CAMPIDANO	24	15	21
ASL SULCIS	44	33	40
ASL CAGLIARI	143	134	167
Totale	5.318	5.946	6.997

Fonte Dati: Abaco

La tabella che segue riporta i primi 30 DRG del Mater Olbia Hospital 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.

Primi 30 DRG ordinati per numerosità decrescente	2023					2022					Delta	Delta %
	Ricovero Ordinario			D.H.	Totale Dimessi (Ord+DH)	Ricovero Ordinario			D.H.	Totale Dimessi (Ord+DH)		
DRG	Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi	Totale Dimessi	Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi	Totale Dimessi	Delta	Totale Dimessi
256 [M] - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	489	8088	16,54	0	489	459	8295	18,07	0	459	30	6,54%
544 [C] - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	458	2494	5,45	0	458	444	2340	5,27	0	444	14	3,15%
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	411	439	1,07	0	411	283	285	1,01	0	283	128	45,23%
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	350	829	2,37	0	350	344	780	2,27	0	344	6	1,74%
266 [C] - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	339	356	1,05	0	339	232	292	1,26	1	233	106	45,49%
461 [C] - Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	264	280	1,06	0	264	241	327	1,36	0	241	23	9,54%
503 [C] - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	258	281	1,09	0	258	150	166	1,11	0	150	108	72,00%
500 [C] - Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	234	642	2,74	0	234	274	754	2,75	0	274	-40	-14,60%
498 [C] - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	229	672	2,93	0	229	189	552	2,92	0	189	40	21,16%
055 [C] - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	197	203	1,03	0	197	122	124	1,02	0	122	75	61,48%
288 [C] - Interventi per obesità	192	624	3,25	0	192	269	897	3,33	0	269	-77	-28,62%
151 [C] - Lisi di aderenze peritoneali senza CC	179	373	2,08	0	179	68	114	1,68	0	68	111	163,24%
012 [M] - Malattie degenerative del sistema nervoso	151	6354	42,08	0	151	116	4818	41,53	0	116	35	30,17%
532 [C] - Interventi sul midollo spinale senza CC	148	356	2,41	0	148	145	339	2,34	0	145	3	2,07%
494 [C] - Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	122	275	2,25	0	122	155	333	2,15	0	155	-33	-21,29%
014 [M] - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	119	1485	12,48	0	119	118	1817	15,40	0	118	1	0,85%
150 [C] - Lisi di aderenze peritoneali con CC	117	274	2,34	0	117	58	106	1,83	0	58	59	101,72%
225 [C] - Interventi sul piede	111	122	1,10	0	111	79	92	1,16	0	79	32	40,51%
467 [M] - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	111	868	7,82	1	112	128	313	2,45	0	128	-16	-12,50%
223 [C] - Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	100	122	1,22	0	100	70	82	1,17	0	70	30	42,86%
297 [M] - Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età >17 anni senza CC	100	242	2,42	1	101	117	250	2,14	1	118	-17	-14,41%
260 [C] - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	97	248	2,56	0	97	81	234	2,89	0	81	16	19,75%
158 [C] - Interventi su ano e stoma senza CC	89	97	1,09	0	89	44	53	1,20	0	44	45	102,27%
290 [C] - Interventi sulla tiroide	84	224	2,67	0	84	110	302	2,75	0	110	-26	-23,64%
234 [C] - Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	64	145	2,27	0	64	45	113	2,51	0	45	19	42,22%
261 [C] - Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	56	136	2,43	0	56	23	56	2,43	0	23	33	143,48%
408 [C] - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	55	101	1,84	0	55	7	20	2,86	0	7	48	685,71%
364 [C] - Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	54	54	1,00	0	54	33	33	1,00	0	33	21	63,64%
227 [C] - Interventi sui tessuti molli senza CC	53	75	1,42	0	53	35	44	1,26	0	35	18	51,43%

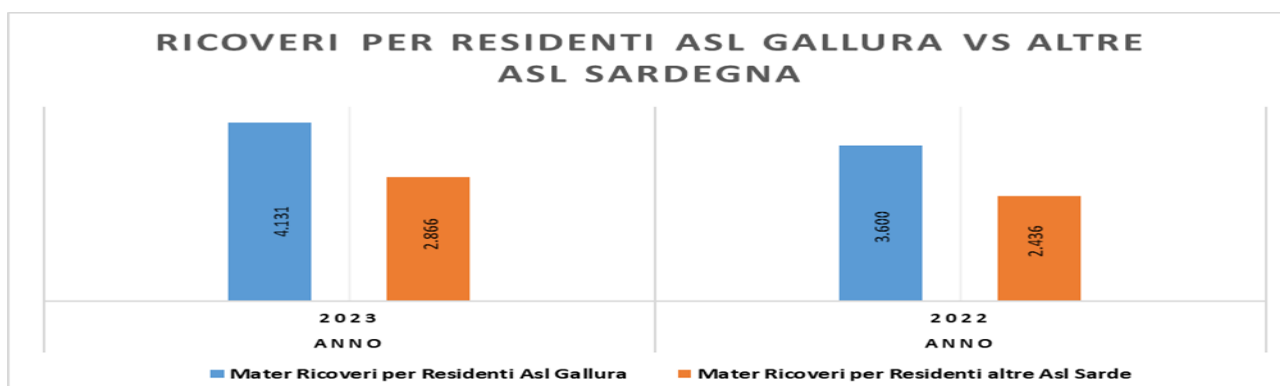
Fonte Dati: Abaco

Nelle tabelle seguenti si rappresenta per gli anni 2022/2023 la percentuale di ricoveri effettuati per i residenti Asl Gallura e i ricoveri per i residenti altre Asl Sardegna.

Mater Olbia Hospital	Percentuale ricoveri effettuati per i residenti dell'ASL Gallura 2022		
	Ricoveri residenti ASL Gallura	Ricoveri residenti altre ASL Sardegna	% Ricoveri erogati residenti ASL Gallura
	3.600	2.346	60,54%

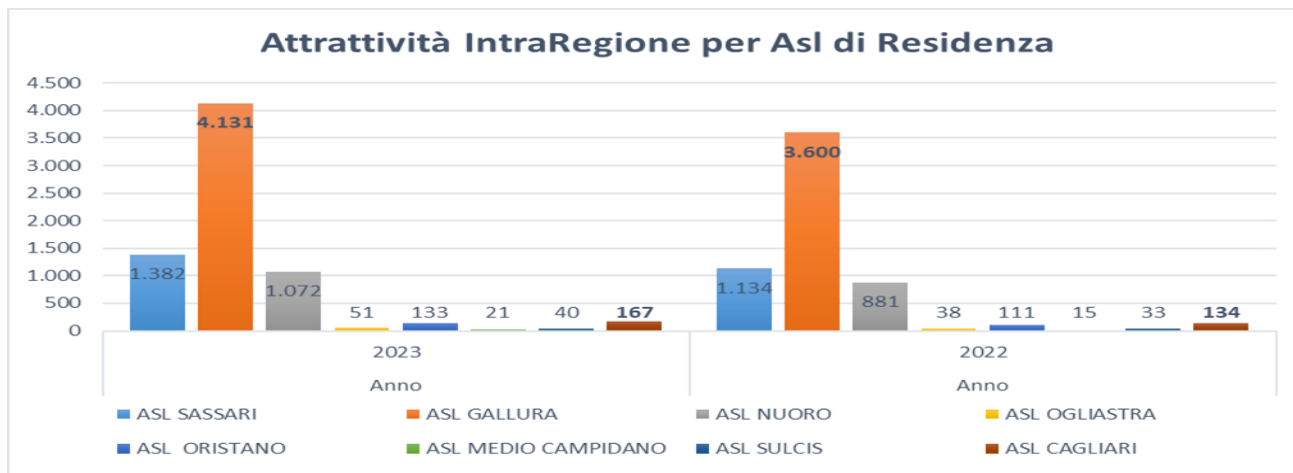
Mater Olbia Hospital	Percentuale ricoveri effettuati per i residenti dell'ASL Gallura 2023		
	Ricoveri residenti ASL Gallura	Ricoveri residenti altre ASL Sardegna	% Ricoveri erogati residenti ASL Gallura
	4.131	2.866	59,04%

Fonte Dati: Abaco



Elaborazione Area Data Management (fonte dati Abaco)

119



Elaborazione Area Data Management (fonte dati Abaco)

Prestazioni ambulatoriali

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 per i residenti ASL Gallura per abitante			
Anno	Totale Prestazioni	Popolazione	Prestazioni per abitante
2021	159.353	158.211	1,01
2022	154.452	158.491	0,97
2023	287.317	158.916	1,81

Fonte Dati: Abaco

Mater Olbia Hospital Vs.	Prestazioni Ambulatoriali Intra Regione		
	Anno	Anno	Anno
	2021	2022	2023
ASL SASSARI	13.833	12.599	22.538
ASL GALLURA	159.353	154.452	287.317
ASL NUORO	14.645	11.849	22.349
ASL OGLIASTRA	695	464	757
ASL ORISTANO	1.356	1.644	3.576
ASL MEDIO CAMPIDANO	274	420	904
ASL SULCIS	340	969	1.433
ASL CAGLIARI	1.798	4.758	5.651
Totale	192.294	187.155	344.525

Fonte Dati: Abaco

Mater Olbia Hospital	Percentuale prestazioni effettuate per i residenti dell'ASL Gallura 2022		
	Prestazioni erogate residenti ASL Gallura	Prestazioni erogate residenti altre ASL Sardegna	% Prestazioni erogate residenti ASL Gallura
	154.452	32.703	82,53%

Mater Olbia Hospital	Percentuale prestazioni effettuate per i residenti dell'ASL Gallura 2023		
	Prestazioni erogate residenti ASL Gallura	Prestazioni erogate residenti altre ASL Sardegna	% Prestazioni erogate residenti ASL Gallura
	287.317	57.208	83,40%



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 2025-2027 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 saranno funzionali al perseguimento degli specifici obiettivi di riqualificazione dell'assistenza sanitaria, finalizzati al miglioramento del governo dei posti letto per acuti, mediante la riduzione dei ricoveri inappropriate, 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 dovranno comunque essere associate ad altre azioni derivanti da riflessioni sul fatto che vi è spesso un utilizzo improprio dei letti di rianimazione, per la gestione post-operatoria 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.

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 e 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 mediche dei Presidi ospedalieri 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 ospitano 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, sono previsti processi di erogazione di prestazioni chirurgiche di chirurgia generale polispecialistica, individuate secondo modelli di intensità di cura coerente con il livello del presidio ospedaliero 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 e gli ospedali di comunità e, laddove indicato, al domicilio del cittadino.

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; 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.

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 presidi 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 presidi 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 macro aree, 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.**

- **Potenziamento del 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).

Nell’ambito delle attività formative previste dal PNRR, la Missione M6C2 2.2 (b) prevede l’organizzazione di un corso di formazione obbligatorio sul tema delle infezioni correlate all’assistenza (ICA), rivolto al personale sanitario operante nelle strutture ospedaliere.

Le attività sono state differenziate in tre percorsi formativi, in coerenza alle linee guida fornite dall’Allegato 5 ACTION PLAN M6C2 2.2 b) e con l’attuale assetto organizzativo regionale.

L’obiettivo aziendale prevede che entro il 31/12/2024 almeno 386 professionisti sanitari abbiano completato il percorso formativo (Modulo A, B e C della durata complessiva di 14 ore), pertanto risulta essere una prerogativa aziendale che la partecipazione dei professionisti coinvolti sia tale da garantire il raggiungimento del target come di seguito riportati:

TARGET	Target al 31/12/2024 (DGR 2/7 del 18/01/2024)	Target 1 (52% entro il 30/03/2025)	Target 2 (100% entro 30/06/2026)
Asl Gallura	386	429	825

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 inappropriatezza, 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 2023 dell'ASL Gallura.

Prevenzione collettiva e sanità pubblica		2023
ID	Indicatore	
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	95%
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	94%
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	82,96%
P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	15,553

Assistenza distrettuale		2023
ID	Indicatore	
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	18,29%
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	2906,73* (Dato II Sem.)
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.	6,33%
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	60%
D33Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	7,43%

129

Assistenza ospedaliera		2023
ID	Indicatore	
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.	60,00
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (all. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario.	8,79%
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	67,33%
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	57,81%
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti.	31,91%

B. Programmazione Attuativa Locale (PAL)

La programmazione attuativa locale P.A.L. è lo strumento che traduce in interventi e servizi la programmazione sanitaria aziendale, con l'obiettivo di trasformare la domanda di salute ed assistenza in azioni concrete attuabili da parte delle ASL. È uno strumento che valorizza e rafforza le relazioni con le comunità locali e i cittadini, rappresentati nelle Conferenze territoriali socio – sanitarie e nelle Consultazioni locali di cittadinanza.

L'ASL Gallura, sulla base degli obiettivi generali descritti e delle risorse finanziarie disponibili, espone i progetti attuativi locali da realizzare nel successivo triennio; di seguito si riportano i principali progetti attuativi locali suddivisi nei tre livelli di Assistenza Collettiva, Distrettuale ed Ospedaliera.

ASSISTENZA COLLETTIVA - PROGETTI ATTUATIVI LOCALI 2025-2027

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:		COLLETTIVA - AREA MEDICA		
OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: Implementazione del Piano Regionale sulla Prevenzione				
PROGETTI	SOGGETTI ATTUATORI	Risultato atteso Anno 2025	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027
PP01 Scuole che promuovono Salute	SISP/SIAN	SISP (REFERENTE) Attività di formazione orientata al potenziamento delle Life Skills come già avviata negli anni pre-pandemici, attraverso l’attivazione di percorsi informativi rivolti alla popolazione, giovani e giovanissimi, orientati a sviluppare uno stile di vita sano e rafforzare le collaborazioni con la comunità locale (MO10S07). Attivazione di percorsi formativi secondo quanto definito dal Gruppo di Lavoro Regionale interistituzionale Scuola Sanità nelle linee guida operative nei documenti condivisi "Modello di rete regionale scuole che promuovono salute" e "Documento regionale di Buone pratiche raccomandate e sostenibili". SIAN compatibilmente con le azione propeutica della RAS: Macro obiettivo MO1 - codice obiettivo strategico MO10S14 “migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti ”; Macro obiettivo MO1 - codice obiettivo strategico MO10S11 “Programma dei controlli sulla disponibilità di sale iodato nei punti vendita la ristorazione collettiva; Macro obiettivo MO1 – codice obiettivo strategico MO10S12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco alimentare e dell’impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica)	Nel 2026 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.	Nel 2027 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.
PP02 Comunità attive	SISP	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.buona salute e l’inclusione sociale, attraverso i percorsi di formazione e di miglioramento negli operatori del SSR come raccomandato nel Piano Nazionale dellea Cronicità e con azioni trasversali rispetto alle azioni previste dal PP05. (MO10S08 promozione adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età)	Nel 2026 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.	Nel 2027 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.
PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	SISP/SALUTE E AMBIENTE	Nel 2025 il progetto “Prevenzione incidenti stradali in età pediatrica” analizzerà le criticità legate ai comportamenti scorretti alla guida quali guida sotto effetto di farmaci che alterano lo stato psico fisico, uso di alcol,sostanze psicotrope, velocità eccessiva, utilizzo del cellulare, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza per i bambini. Per la “Prevenzione degli incidenti domestici nella popolazione anziana” sarà affrontata la tematica relativa alla "Comunicazione per la promozione della cultura della prevenzione" ed in particolare l'appropriata percezione del rischio, l'adozione di comportamenti orientati a prevenire le cadute ed i loro esiti gli aspetti comunicativi rivolti in particolare agli anziani e ai loro familiari e caregiver.	Nel 2026 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.	Nel 2027 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.
PP06 Piano mirato di prevenzione	SPRESAL	1) Attività di vigilanza a campione o estesa nel gruppo di aziende partecipanti al PMP di volta in volta interessato (comparti della pesca, delle attività di manutenzione delle condotte idriche di cemento-amianto, delle attività condotte in luoghi di lavoro potenzialmente esposti al rischio radon) e, a campione, nelle aziende non partecipanti del relativo comparto. Nelle aziende aderenti, il risultato atteso, all'atto dell'accesso, del supporto praticato nel 2022 e nel 2023 è sia un generale innalzamento del livello di prevenzione aziendale, sia la constatazione dell'avviata applicazione delle buone pratiche di settore sulle quali le stesse aziende sono state formate nel corso del 2023 (assistenza - vide infra). 2) Attività di assistenza alle imprese, ai sensi del D. Lgs. 81/08 - art. 10 -, in quanto continuazione dell'attività di assistenza avviata nel 2023. L'attività in parola è finalizzata all'analisi di alcune buone pratiche di settore e alla discussione della loro possibile applicazione nei comparti locali	Nel 2026 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.	Nel 2027 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:		COLLETTIVA - AREA MEDICA		
OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: Implementazione del Piano Regionale sulla Prevenzione				
PROGETTI	SOGGETTI ATTUATORI	Risultato atteso Anno 2025	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027
PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	SPRESAL	Come in PP06 ma per i comparti edilizia e agricoltura.	Nel 2026 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.	Nel 2027 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.
PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	SPRESAL	Come in PP06 ma per i comparti dell'assistenza sanitaria in regime privato riguardo al rischio stress I-c, della lavorazione del legno duro, dei trasporti e della logistica riguardo al rischio da movimentazione manuale dei carichi).	Nel 2026 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025, con attività perlopiù di rendicontazione e comunicazione.	Nel 2027 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025, con attività perlopiù di rendicontazione e comunicazione.
PP09 Ambiente, clima e salute	SALUTE E AMBIENTE/STP/SIAN/SPRESAL	SALUTE E AMBIENTE (REFERENTE) : Comunicazione rivolta alla popolazione residente nei Comuni delle aree prioritarie a rischio radon - Attività 2e) dell'Azione 17 del Programma Predefinito PP9 del PRP 2020-2025 e del Programma di cui all'Allegato A della DGR n. 20/71 del 30.06.2022; Formazione "Azione per Buone pratiche su obiettivi prestazionali sanitari e ambientali integrati per costruzioni/ristrutturazioni di edifici e relativi interventi di formazione specifica". Interventi di informazione e sensibilizzazione sulla riduzione degli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute (Anni 2024 e 2025); SIAN compatibilmente con le disposizioni RAS i: Macro obiettivo MO6 – codice obiettivo strategico MO6OS10 "sviluppare programmi di formazione per il personale addetto a CU alimenti nei centri di cottura e nelle mense, nelle imprese alimentari (MO6OS11), nelle strutture sanitarie (MO6OS12) e la formazione dei componenti della ristorazione (MO1OS13)). SISP: garantire l'attuazione di programmi sostenibili per la promozione di stile di	Nel 2026 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.	Nel 2027 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.
Prevenzione delle patologie connesse alla presenza di amianto	SPRESAL	Il fondo sarà impiegato per l'erogazione delle consuete prestazioni di sorveglianza sanitaria a favore degli ex esposti ad amianto, come da L.R.22/2005.	Come per il 2025	Come per il 2026

OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: Potenziamento e qualificazione delle attività dello SPRESAL				
PROGETTI	SOGGETTI ATTUATORI	Risultato atteso Anno 2025	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027
Potenziamento e qualificazione delle attività dello SPRESAL	SPRESAL	Da diversi anni, sono state attuate diverse delle previste azioni di adeguamento a valere sul fondo in oggetto (acquisizione di mezzi e strumenti, aggiornamento formativo, acquisizione di personale). È all'esame attualmente la possibilità di utilizzare gran parte del fondo (finora impiegato per il pagamento delle unità di personale acquisite a partire dal 2012 - un medico e quattro tecnici della prevenzione) per dotare il Servizio di nuove unità di personale e di strumenti di rilevazione. È possibile che, nel 2024, non sia confermato l'impiego fin qui fatto della somma e la stessa sia oggetto di nuova progettazione e diverso impiego.	Nel 2026, il fondo sarà, auspicabilmente, oggetto di nuova progettazione con le finalità accennate.	Come per il 2026.

OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: Sviluppo e Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico				
PL13 Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico	COORDINAMENTO SCREENING	1) Rafforzare le risorse tecniche e di personale necessarie per il conseguimento degli obiettivi previsti nell'intero percorso di screening. 2) Attivare percorsi formativi per i MMG e per tutti gli attori coinvolti per promuovere la conoscenza dell'offerta dei programmi di screening.	Nel 2026 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.	Nel 2027 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.
Potenziamento del percorso di screening del tumore della mammella	COORDINAMENTO SCREENING	1)Assumere il personale necessario per il conseguimento degli obiettivi previsti 2)affiancare nuovi radiologi e TSRM ai colleghi che andranno in quiescenza.3) assegnare il personale radiologi e TSRM al 50% allo screening 4) partecipazione ai corsi organizzati nell'ambito delle azioni di miglioramento dello screening mammografico	Completare l'attività di rafforzamento del coordinamento per il raggiungimento degli standard di qualità nei diversi livelli.	Nel 2027 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.
Potenziamento del percorso di screening del tumore della cervice uterina	COORDINAMENTO SCREENING	1)Migliorare i tempi di attesa tra referto citologico e data di effettuazione dell'approfondimento.2) Raccordo con il centro screening e l'anatomia patologica con stesura di procedura scritta. 3) partecipazione ai corsi organizzati nell'ambito delle azioni di miglioramento dello screening cervicouterino.	Completare l'attività di rafforzamento del coordinamento per il raggiungimento degli standard di qualità nei diversi livelli.	Nel 2027 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.
Potenziamento del percorso di screening del tumore del colon retto	COORDINAMENTO SCREENING	1) implementare il personale specialistico per il secondo livello per chiusura della cartella paziente entro 30 giorni dall'appuntamento per l'esecuzione della colonscopia. 2) partecipazione ai corsi organizzati nell'ambito delle azioni di miglioramento dello screening coloretale.	Completare l'attività di rafforzamento del coordinamento per il raggiungimento degli standard di qualità nei diversi livelli.	Nel 2027 non è prevista alcuna attività ufficialmente oggetto di pianificazione nazionale e regionale di prevenzione, dato che i piani, nazionale e regionale, di prevenzione hanno termine - fatte salve eventuali future proroghe - nel 2025.

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:		COLLETTIVA - AREA VETERINARIA		
OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025				
PROGETTI	SOGGETTI ATTUATORI	Risultato atteso Anno 2025	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027
PNP MO6 - Malattie infettive prioritarie: Creazione di un Sistema integrato per la gestione delle tossinfezioni alimentari	Dipartimento di Prevenzione - SIAOA – SIAPZ – SIAN - SSD Gestione Controllo della Qualità e della Sicurezza alimentare	Realizzazione di un documento organizzativo che definisce ruoli, responsabilità e azioni necessarie – Formazione personale ASL e Operatori del settore alimentare	Creazione di una rete di Punti di Contatto intra aziendale che consenta l'intercettazione e la gestione dei casi clinici per MTA – Monitoraggio e rendicontazione dei casi MTA	Riduzione della incidenza delle MTA nel territorio ASL Gallura - Prevenire le MTA e assicurare il rintraccio dell'alimento per l'attivazione del sistema di allerta al fine del ritiro/richiamo dalla commercializzazione dell'alimento pericoloso o potenzialmente pericoloso.
PNP MO6/PP10: Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (AMR)	Dipartimento di Prevenzione – SSA e AZ – SIAPZ	Organizzazione attività di informazione/ formazione degli OSA e dei Veterinari L P sull'utilizzo degli antibiotici	Realizzazione di 1 Canale Informativo sull'uso degli antibiotici da diffondere durante i controlli di farmacosorveglianza	Implementazione Monitoraggio Farmacoresistenza/ Riduzione dell'utilizzo di antibiotici con particolare attenzione a quelli considerati "critici".

ASSISTENZA DISTRETTUALE - PROGETTI ATTUATIVI LOCALI 2025-2027

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:		DISTRETTUALE		
OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: POTENZIAMENTO DELLE CURE PRIMARIE				
PROGETTI	SOGGETTI ATTUATORI	Risultato atteso Anno 2025	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027
PROGETTO ASCOT	Distretto	Garantire i Livelli Essenziali di assistenza attraverso la continuità assistenziale territoriale dei Medici aderenti al Progetto	Garantire i Livelli Essenziali di assistenza attraverso la continuità assistenziale territoriale dei Medici aderenti al Progetto	Garantire i Livelli Essenziali di assistenza attraverso la continuità assistenziale territoriale dei Medici aderenti al Progetto
PROGETTO SOLSTIZIO	Distretto	Azzeramento n° utenti non residenti (N.R.) senza Copertura assistenziale. Riduzione % uso improprio di P.S. e altre strutture d'emergenza e ospedaliere	Azzeramento n° utenti non residenti (N.R.) senza Copertura assistenziale. Riduzione % uso improprio di P.S. e altre strutture d'emergenza e ospedaliere	Azzeramento n° utenti non residenti (N.R.) senza Copertura assistenziale. Riduzione % uso improprio di P.S. e altre strutture d'emergenza e ospedaliere
POTENZIAMENTO UVT - RAFFORZAMENTO DEL PERSONALE PUA-	Distretto	Miglior programmazione e organizzazione assistenziale con conseguente miglioramento della qualità di vita del paziente e del Caregiver a domicilio. Riduzione tassi di istituzionalizzazione. Miglior programmazione/gestione a domicilio del paziente, adulto o in età dello sviluppo con problematiche psichiche/psichiatriche/neuropsichiatriche; miglioramento del livello di autonomia e di controllo della patologia, della sua evoluzione e dei rischi di complicanze evitabili.	Miglior programmazione e organizzazione assistenziale con conseguente miglioramento della qualità di vita del paziente e del Caregiver a domicilio. Riduzione tassi di istituzionalizzazione. Miglior programmazione/gestione a domicilio del paziente, adulto o in età dello sviluppo con problematiche psichiche/psichiatriche/neuropsichiatriche; miglioramento del livello di autonomia e di controllo della patologia, della sua evoluzione e dei rischi di complicanze evitabili.	Miglior programmazione e organizzazione assistenziale con conseguente miglioramento della qualità di vita del paziente e del Caregiver a domicilio. Riduzione tassi di istituzionalizzazione. Miglior programmazione/gestione a domicilio del paziente, adulto o in età dello sviluppo con problematiche psichiche/psichiatriche/neuropsichiatriche; miglioramento del livello di autonomia e di controllo della patologia, della sua evoluzione e dei rischi di complicanze evitabili.
PROGETTO DNA Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	Distretto - Diabetologia	Garantire in maniera omogenea ed organizzata interventi più precoci e tempestivi in tutte le aziende; maggiore efficacia degli interventi sul paziente e sulle famiglie	Garantire in maniera omogenea ed organizzata interventi più precoci e tempestivi in tutte le aziende; maggiore efficacia degli interventi sul paziente e sulle famiglie	Garantire in maniera omogenea ed organizzata interventi più precoci e tempestivi in tutte le aziende; maggiore efficacia degli interventi sul paziente e sulle famiglie

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:	DISTRETTUALE - AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE			
OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: SALUTE MENTALE E DIPENDENZE				
PROGETTI	SOGGETTI ATTUATORI	Risultato atteso Anno 2025	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027
PP04 Dipendenze	SERD			
PROGETTO "una cena analcolica per una scelta consapevole" in collaborazione con l'Associazione ACAT "Il Ponte",	SERD-Associazione ACAT Il Ponte	Programmazione/attuazione	Attuazione	Implementazione
PROGETTO "Prevenzione sindrome feto alcolica" in collaborazione con I Consultori familiari e case di comunità,	SERD-Consultorio- Case della Comunità	Programmazione	Attuazione	Implementazione
Attivazione di interventi di prevenzione e promozione della salute mirati a aumentare la consapevolezza delle donne e dei loro partner sui rischi legati all'assunzione di alcol e in gravidanza e nel puerperio, nonché interventi volti a supportare i professionisti della salute che a vario titolo si occupano dell'area materno-infantile nell'ambito dei Consultori.	SERD- Consultorio	Programmazione	Attuazione	Implementazione
Progetto GAP Regionale, giornate di formazione per il personale socio sanitario in collaborazione Psicologhe	SERD-Responsabile Progetto GAP Regionale Formazione ARES	Programmazione/attuazione		
Organizzazione della Giornata di prevenzione delle dipendenze rivolta ai giovani (bambini, adolescenti e giovani adulti)	SERD- UONPIA	Programmazione/attuazione		
"Indipendence DAY", in collaborazione con società sportive, prevenire i disturbi di dipendenza attraverso lo sport	SERD	Programmazione	Attuazione	Implementazione
Implemenentazione accesso domiciliare infermieri	CSM	Programazione	Attuazione	Implementazione
Affidamento del paziente a case manager TERP o infermiere	CSM	Programazione	Attuazione	Implementazione
Giornate di educazione per Prevenire e Promuovere la Salute Mentale della popolazione	SERD - CSM - UONPIA - SPDC	Programazione	Attuazione	Implementazione
Accesso Dirigenti Psicologhe presso gli Istituti superiori per progammii di prevenzione	CSM e Cure Psicologiche Primarie	Programazione	Attuazione	Implementazione
PROGETTO Inclusione delle persone con disabilità 2022/23 Spettro Autistico	CSM e UONPIA	Efficacia + Rispetto Cronogramma		
Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2020-2025	CSM - CENTRO DIURNO	Misurazione tramite le scale SF-36 (Short – Form 36 items health Survey) e CGI (Clinical Global Impression) per valutare il miglioramento complessivo clinico, fisico e mentale		
Utilizzo piattaforma Salute Mentale e Telemedicina - Piano Regionale	SERD - CSM - NPI - SPDC	Attuazione	Implementazione	Mantenimento
Riduzione dei ricoveri ospedalieri non appropriati	SPDC	Attuazione	Implementazione	Mantenimento
Potenziamento dimissioni protette	SPDC	Attuazione	Implementazione	Mantenimento
Definizione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione in un'ottica di integrazione ospedale territorio	SERD - CSM - NPI - SPDC	Attuazione	Implementazione	Mantenimento
Migliorare l'appropriatezza delle richieste di esami	SPDC	Attuazione	Implementazione	Mantenimento
Recuperare e migliorare l'assistenza ospedaliera - Adozione modello infermieristico Primary Nursing	SPDC	Attuazione	Implementazione	Mantenimento

ASSISTENZA OSPEDALIERA - PROGETTI ATTUATIVI LOCALI 2025-2027

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:		OSPEDALIERO		
PROGETTI	SOGGETTI ATTUATORI	Risultato atteso Anno 2025	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027
PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI IN MATERIA DI DONAZIONI, PRELIEVO E TRAPIANTI DI ORGANI	Anestesia e Rianimazione Olbia	Incrementare il numero di accertamenti di morte encefalica/decessi per lesioni encefaliche rispetto all'anno precedente; Migliorare i percorsi organizzativi; Sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari	Incrementare il numero di accertamenti di morte encefalica/decessi per lesioni encefaliche rispetto all'anno precedente; Migliorare i percorsi organizzativi; Sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari	Incrementare il numero di accertamenti di morte encefalica/decessi per lesioni encefaliche rispetto all'anno precedente; Migliorare i percorsi organizzativi; Sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari
PROGETTO TRACCIABILITA' TRASFUSIONALE, QUALITA' E SICUREZZA DEL SANGUE	Medicina Trasfusionale	Miglioramento della sicurezza e tracciabilità del processo trasfusionale, maggiore prevenzione dell'errore AB0.	Miglioramento della sicurezza e tracciabilità del processo trasfusionale, maggiore prevenzione dell'errore AB0.	Miglioramento della sicurezza e tracciabilità del processo trasfusionale, maggiore prevenzione dell'errore AB0.
FORMAZIONE SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO	Risk Management - Formazione ARES	Acquisizione delle competenze sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, necessarie a garantire sicurezza e qualità delle cure a tutti i pazienti	Acquisizione delle competenze sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, necessarie a garantire sicurezza e qualità delle cure a tutti i pazienti	Acquisizione delle competenze sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, necessarie a garantire sicurezza e qualità delle cure a tutti i pazienti
PROGETTO DIALISI ESTIVA PAZIENTI EXTRA ASL GALLURA	Nefrologia e Dialisi	Garantire ai turisti trattamenti di assistenza dialitica	Garantire ai turisti trattamenti di assistenza dialitica	Garantire ai turisti trattamenti di assistenza dialitica

Parte III - La Programmazione Economico Patrimoniale

136

A. Il Bilancio Preventivo Economico Annuale e Pluriennale

Il Bilancio Economico Preventivo per gli anni 2025-2027 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 2025-2027 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 2025-2026-2027 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. 28441 del 18/10/2024 e n. 28551 del 22/10/2024;
- dei dati relativi alle partite inter-company comunicate via email da, AREUS, ARNAS-BROTZU, Asl Sassari;

- delle indicazioni relative all'approvazione del PTFP 2025-2027 comunicate dalla Direzione Generale della Sanità con la nota n. 28275 del 17/10/2024 e n. 28757 del 23/10/2024.

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 2025-2027;
- Modello Ministeriale CE Preventivo 2025-2027;
- Nota illustrativa;
- Relazione del Direttore Generale;
- Il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) 2025-2027;
- Programma Triennale Opere Pubbliche 2025-2027;
- Programma Triennale degli Acquisti di beni e servizi 2025-2027.

Si precisa che allo stato attuale, a causa della mancata chiusura del bilancio consuntivo al 31/12/2022 e al 31/12/2023 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.

Per le motivazioni sovraesposte il BEP 2025-2027 potrà essere oggetto di revisione e/o integrazione alla luce dell'adeguamento dell'assegnazione provvisoria dei contributi in conto esercizio per quota Fondo sanitario regionale come richiesto con nota protocollo PG/2024/31708 del 29/10/2024 ed 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 2025-2027 con l'obiettivo di garantire la piena continuità dell'operatività delle Strutture Sanitarie Aziendali. Si rimanda alla Nota Illustrativa del BEP 2025-2027 per il dettaglio della programmazione economico-finanziaria e delle stime delle voci di costo.

Tenuto conto delle assegnazioni di cui alle Note RAS prot. n. 28441 del 18/10/2024 e n. 28551 del 22/10/2024 preme evidenziare che presumibilmente a consuntivo il costo totale della produzione sarà superiore rispetto a quanto stimato nel BEP 2025-2027, qualora le assegnazioni non venissero revisionate come richiesto, per diverse motivazioni. La prima è da ricercare nell'aumentato costo del personale necessario per garantire la riorganizzazione dell'assistenza territoriale che fissa come punto di riferimento la Sanità di Iniziativa e le Case di Comunità in ottemperanza con quanto previsto dal DM 77/2022 e per sopperire alla cronica carenza di personale nell'ambito dell'assistenza ospedaliera che da anni attanaglia la nostra azienda; a ciò si aggiunge inoltre il personale da assumere per l'attuazione dei progetti aziendali a valenza regionale/ministeriale quali ad esempio il PNRR, PNES.

Si ribadisce dunque che il pareggio di bilancio potrà essere rispettato solo a condizione che vengano riviste in incremento le assegnazioni per un valore stimato di circa 25 Milioni di euro tenendo 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 del personale, dei beni e servizi sanitari e non sanitari, 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 dei costi di produzione.

BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE

BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE	ANNUALE			
	ANNO 2025	ANNO 2024	VARIAZIONE 2025-2024	
			IMPORTO	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) Contributi in c/esercizio	317.055.636,69	364.891.632,27	- 47.835.995,58	-13,11%
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	267.687.430,67	297.645.359,05	- 29.957.928,38	-10,06%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo -	49.368.206,02	67.246.273,22	- 17.878.067,20	-26,59%
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	37.440.593,66	49.168.449,09	- 11.727.855,43	-23,85%
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA -	-	11.166.897,76	- 11.166.897,76	
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA -	8.997.751,39	4.068.908,58	4.928.842,81	121,13%
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro -	2.929.860,97	2.842.017,79	87.843,18	3,09%
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 -	- 1.000.000,00	- 2.000.000,00	1.000.000,00	-50,00%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti -	1.187.793,73	364.832,73	822.961,00	225,57%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria -	16.060.489,71	90.755.393,43	- 74.694.903,72	-82,30%
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche -	14.045.555,23	87.911.270,77	- 73.865.715,54	-84,02%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia -	860.082,43	580.282,48	279.799,95	48,22%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro -	1.154.852,05	2.263.840,18	- 1.108.988,13	-48,99%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi -	2.037.744,60	2.327.278,51	- 289.533,91	-12,44%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) -	2.216.094,62	1.870.123,99	345.970,63	18,50%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio -	6.268.597,00	8.447.781,87	- 2.179.184,87	-25,80%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni -	-	-	-	
9) Altri ricavi e proventi -	298.694,18	200.734,42	97.959,76	48,80%
TOTALE A)	344.125.050,53	466.857.777,22	- 122.732.726,69	-26,29%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni - - -	46.275.333,34	47.155.559,08	- 880.225,74	-1,87%
a) Acquisti di beni sanitari - -	45.465.333,34	46.205.559,08	- 740.225,74	-1,60%
b) Acquisti di beni non sanitari - -	810.000,00	950.000,00	- 140.000,00	-14,74%
2) Acquisti di servizi sanitari - - -	144.179.768,05	235.770.185,02	- 91.590.416,97	-38,85%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base - -	17.597.864,17	17.660.093,68	- 62.229,51	-0,35%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica - -	23.358.552,22	22.807.001,29	551.550,93	2,42%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale - -	19.708.162,29	37.280.098,11	- 17.571.935,82	-47,13%

BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE	ANNUALE			
	ANNO 2025	ANNO 2024	VARIAZIONE 2025-2024	
			IMPORTO	%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa - -	4.797.704,53	4.797.704,53	-	0,00%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa - -	3.349.397,90	3.349.397,90	-	0,00%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica - -	1.100.000,00	1.100.000,00	-	0,00%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera - -	38.312.188,56	77.143.672,46	- 38.831.483,90	-50,34%
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale - -	947.016,00	1.047.016,00	- 100.000,00	-9,55%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F - -	13.525.750,23	45.218.827,03	- 31.693.076,80	-70,09%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione - -	278.147,48	312.670,70	- 34.523,22	-11,04%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario - -	5.069.664,76	7.462.363,64	- 2.392.698,88	-32,06%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria - -	8.376.364,00	8.376.364,00	-	0,00%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia) - -	467.742,16	364.819,72	102.922,44	28,21%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari - -	2.084.355,10	1.976.435,94	107.919,16	5,46%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie - -	1.895.195,44	3.304.215,80	- 1.409.020,36	-42,64%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria - -	3.311.663,21	3.569.504,22	- 257.841,01	-7,22%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC - -	-	-	-	-
3) Acquisti di servizi non sanitari - - -	29.782.328,72	33.960.021,91	- 4.177.693,19	-12,30%
a) Servizi non sanitari - -	28.389.783,94	32.298.977,13	- 3.909.193,19	-12,10%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	741.000,00	1.009.500,00	- 268.500,00	-26,60%
c) Formazione - -	651.544,78	651.544,78	-	0,00%
4) Manutenzione e riparazione - -	6.502.232,01	7.853.018,86	- 1.350.786,85	-17,20%
5) Godimento di beni di terzi - -	2.938.111,36	2.870.785,23	67.326,13	2,35%
6) Costi del personale - - -	97.369.838,52	94.889.900,40	2.479.938,12	2,61%
a) Personale dirigente medico - -	42.172.574,65	42.793.311,39	- 620.736,74	-1,45%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico - -	4.816.088,02	3.978.846,68	837.241,34	21,04%
c) Personale comparto ruolo sanitario - -	32.831.131,12	32.359.486,42	471.644,70	1,46%
d) Personale dirigente altri ruoli - -	1.025.712,26	827.412,87	198.299,39	23,97%
e) Personale comparto altri ruoli - -	16.524.332,47	14.930.843,05	1.593.489,42	10,67%
7) Oneri diversi di gestione - -	1.716.485,98	1.716.485,98	-	0,00%
8) Ammortamenti - - -	6.973.005,85	9.279.859,66	- 2.306.853,81	-24,86%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali - -	38.223,55	32.217,55	6.006,00	18,64%
b) Ammortamenti dei Fabbricati - -	5.249.858,42	7.565.425,46	- 2.315.567,04	-30,61%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali - -	1.684.923,88	1.682.216,65	2.707,23	0,16%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti - -	-	-	-	-
10) Variazione delle rimanenze - - -	-	-	-	-
a) Variazione delle rimanenze sanitarie - -	-	-	-	-
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie - -	-	-	-	-
11) Accantonamenti - - -	2.564.806,56	27.538.820,92	- 24.974.014,36	-90,69%
a) Accantonamenti per rischi - -	-	5.140.000,00	- 5.140.000,00	-100,00%
b) Accantonamenti per premio operosità - -	-	400.000,00	- 400.000,00	-100,00%
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati - -	-	19.284.014,36	- 19.284.014,36	-100,00%
d) Altri accantonamenti	2.564.806,56	2.714.806,56	- 150.000,00	-5,53%
TOTALE B)	338.301.910,41	461.034.637,05	- 122.732.726,64	-26,62%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	5.823.140,12	5.823.140,17	- 0,05	0,00%
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 -	-	-	-	-
TOTALE E)	-	-	-	-
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	5.823.140,12	5.823.140,17	- 0,05	0,00%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO				
1) IRAP - - -	5.784.140,13	5.784.140,13	-	0,00%

BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE	ANNUALE			
	ANNO 2025	ANNO 2024	VARIAZIONE 2025-2024	
			IMPORTO	%
a) IRAP relativa a personale dipendente - -	5.433.643,60	5.433.643,60	-	0,00%
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente - -	314.805,54	314.805,54	-	0,00%
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	35.690,99	35.690,99	-	0,00%
d) IRAP relativa ad attività commerciali - -	-	-	-	
2) IRES - -	39.000,00	39.000,00	-	0,00%
3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	-	
TOTALE Y)	5.823.140,13	5.823.140,13	-	0,00%
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	0,00	0,00	0,00	0,00