

PIANO SANITARIO TRIENNALE E ANNUALE 2026/2028

AZIENDA SANITARIA N°2 DELLA GALLURA



Novembre 2025

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	32
D.1 ORGANIGRAMMA	33
PARTE II –LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA TRIENNALE.....	38
A. INDIRIZZI STRATEGICI AZIENDALI PER LIVELLO DI ASSISTENZA..	39
A.1 AREA DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	39
1. <i>Indirizzi regionali e nazionali in materia</i>	<i>39</i>
2. <i>Offerta di prestazioni e servizio sul territorio</i>	<i>39</i>
3. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire.....</i>	<i>48</i>
A.2 AREA DELL’ASSISTENZA DISTRETTUALE.....	73
1. <i>Indirizzi regionali in materia</i>	<i>73</i>
2. <i>Offerta di prestazioni e servizio sul territorio</i>	<i>73</i>
3. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire</i>	<i>83</i>
A.3 AREA DELL’ASSISTENZA OSPEDALIERA	119
1. <i>Indirizzi Nazionali e Regionali in materia</i>	<i>119</i>
2. <i>Offerta di prestazioni e servizi sul territorio.....</i>	<i>119</i>
3. <i>Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire</i>	<i>142</i>
B. PROGRAMMAZIONE ATTUATIVA LOCALE (PAL).....	155
PARTE III - LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO PATRIMONIALE	163
A. IL BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE	163

PRESENTAZIONE DEL PIANO

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

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

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

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

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

Parte I – Il contesto di riferimento

A. Elementi identificativi dell'ASL GALLURA

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

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

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

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

Il logo ufficiale è:



B. Missione e visione dell'ASL GALLURA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Questi valori fondamentali si concretizzano con azioni finalizzate a garantire:

Equità

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

Centralità del cittadino/paziente

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

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

Qualità

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

Economicità

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

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

Legalità

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

Trasparenza e semplificazione dei processi amministrativi

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

Sviluppo competenze, ricerca e innovazione

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

C. Contesto territoriale e demografico

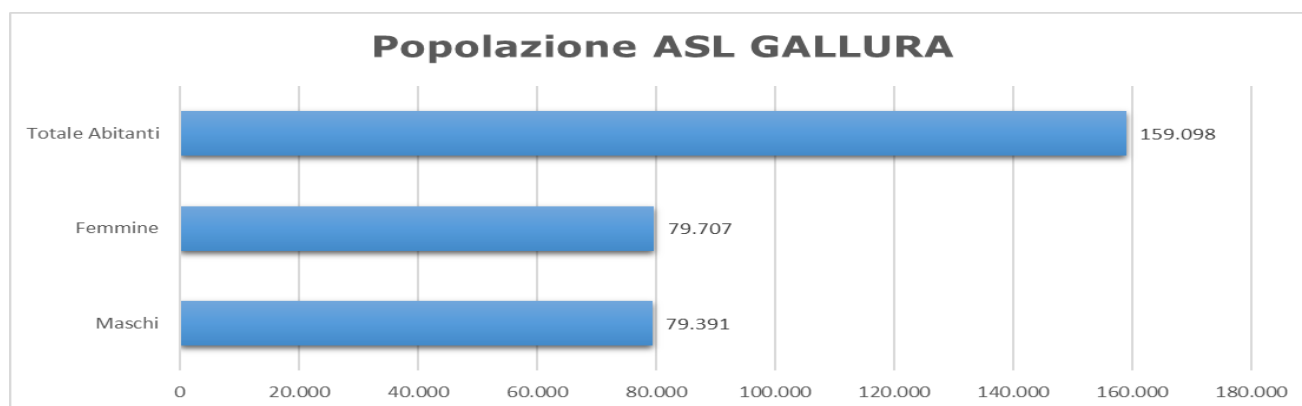
Il contesto in cui opera l'azienda è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

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

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

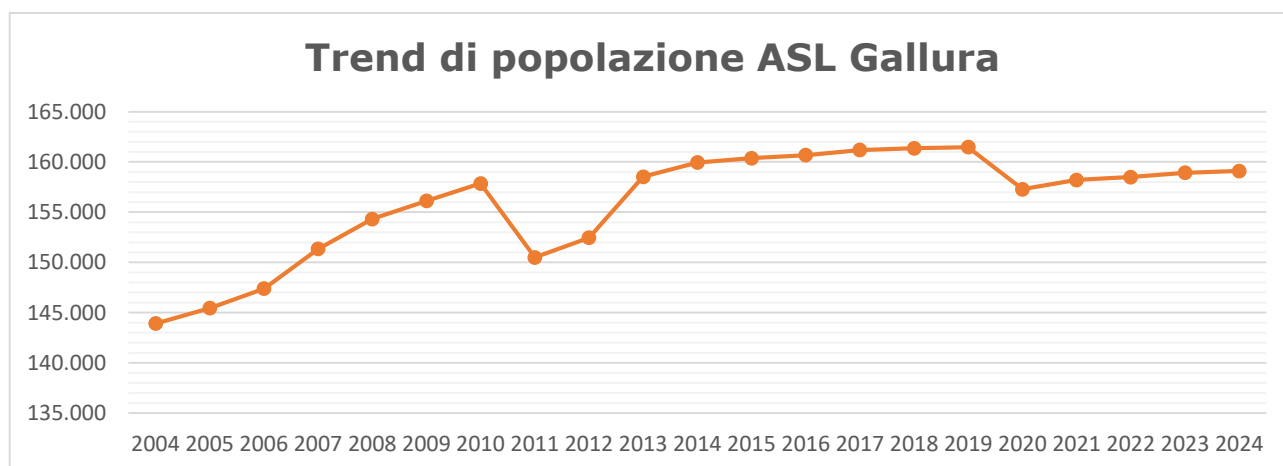
La popolazione del territorio di competenza della ASL Gallura al **01.01.2025** ammonta a 159.098 residenti. La caratteristica dell'area geografica del Nord-Est Sardegna è stata quella di un costante incremento della propria popolazione residente; elemento che l'ha differenziata dalle tendenze in atto nel resto del territorio regionale.

Negli ultimi 50 anni la popolazione è cresciuta mediamente con valori percentuali importanti nei Comuni costieri a discapito di un significativo spopolamento nei Comuni interni.



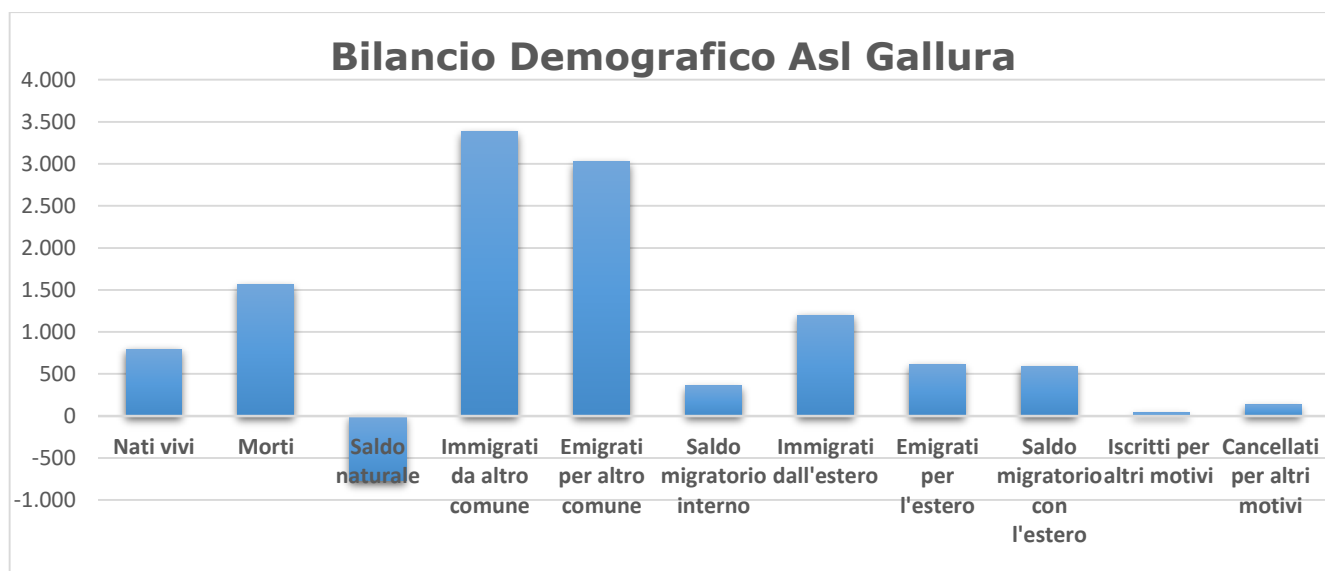
Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2025)

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni di Olbia (61.658 abitanti) Tempio Pausania (13.003 abitanti), Arzachena (13.451 abitanti) e La Maddalena (10.476 abitanti) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale. La maggioranza dei comuni che compongono il territorio di competenza della ASL Gallura sono di piccole dimensioni ed altro elemento caratterizzante sono i nuclei residenziali di matrice rurale, che si manifestano con diversi gradi di densità abitativa. Nonostante la densità demografica molto bassa (47 ab/km²) ed una estensione di 3.397 kmq, una popolazione ancora non particolarmente "invecchiata" (specie nel contesto sardo) si traduce in saldi tendenzialmente positivi. La positività del tasso di crescita totale, in questi ultimi anni, è stato determinato da un positivo saldo migratorio totale.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2025)

Analizzando i dati l'Azienda Sanitaria della Gallura registra in valore assoluto per il periodo 2004-2024, un incremento della popolazione di circa 15.177 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.



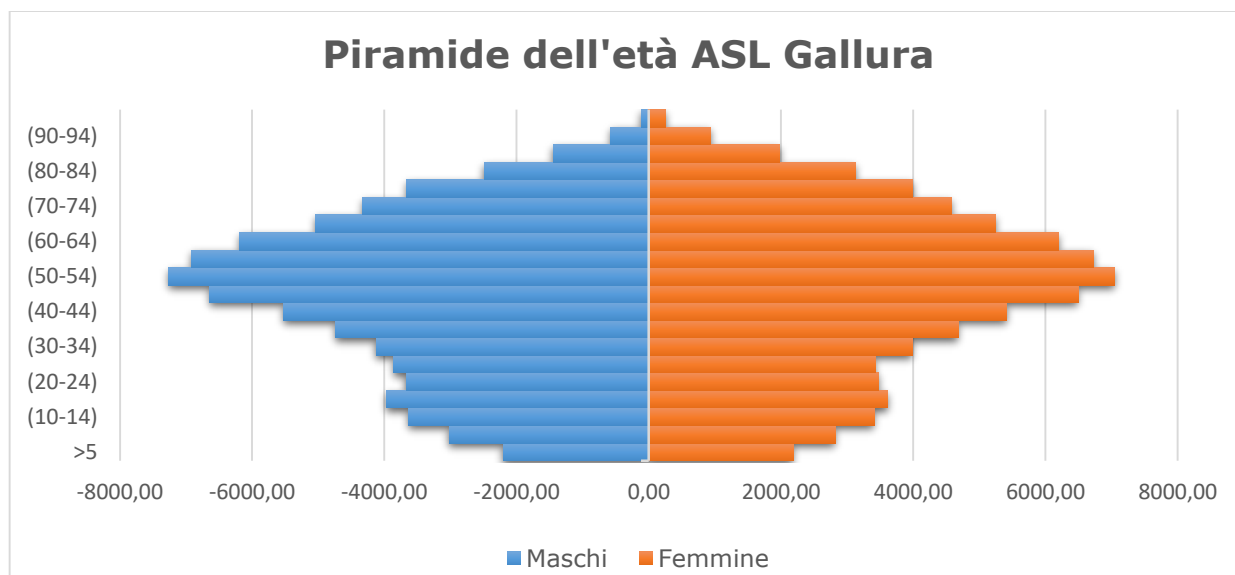
Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2025)

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

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

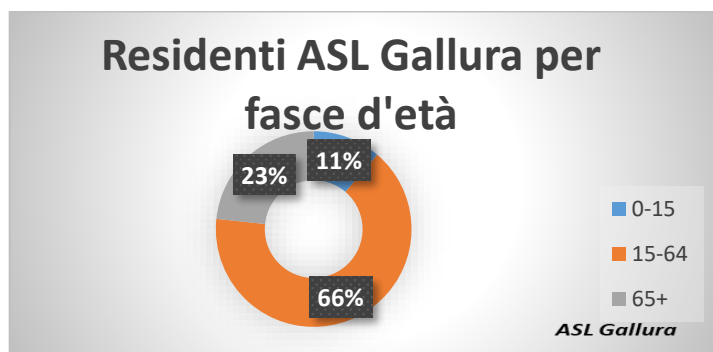
La struttura della popolazione, classi d'età e indicatori demografici

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



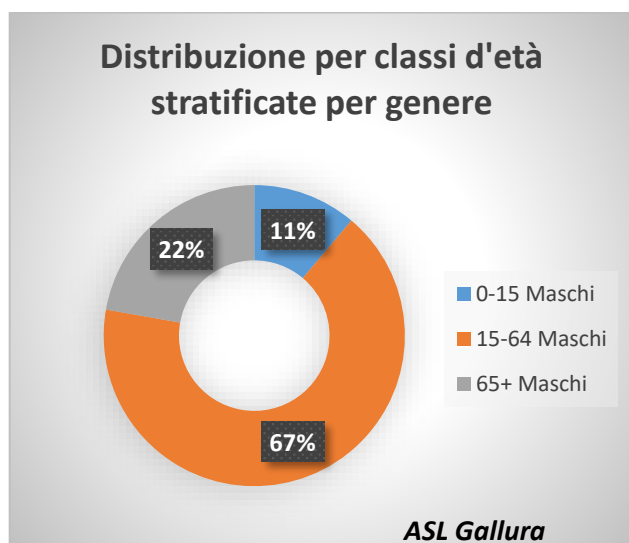
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

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.

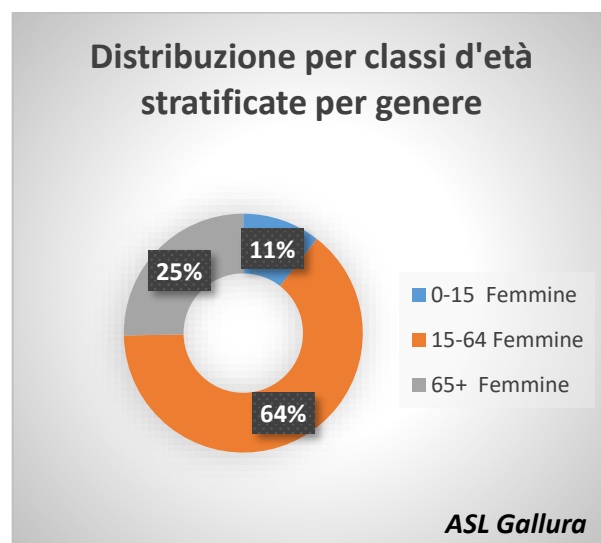


Classi d'età	Totale
0-15	17.281
15-64	103.981
>65	37.836

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione	Indice di carico di figli per donna
218,9	53,0	163,4	163,0	14,1

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

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 218,9%, valore inferiore rispetto a quello regionale (266,6%), ma non a quello nazionale (199,8). 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 53%, inferiore rispetto sia a quello regionale (58,5%) e a quello nazionale (57,6%). Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente. L'indice di struttura della popolazione, che, rapportando percentualmente il

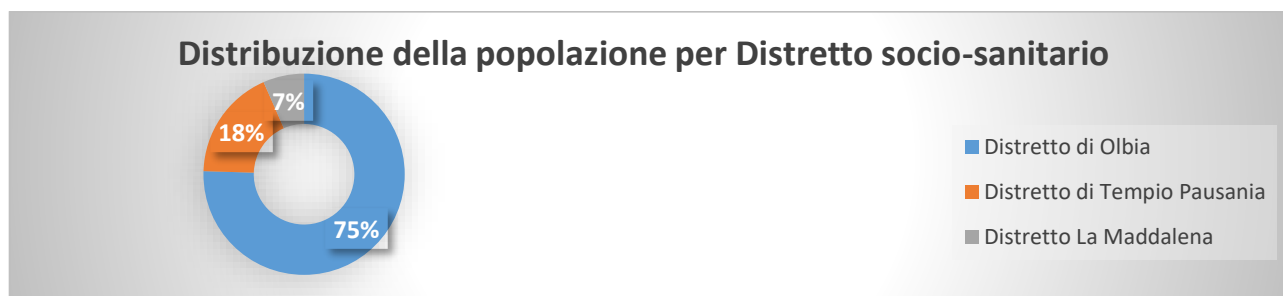
numero degli individui di età compresa tra 40 e 64 anni con quello di individui di età compresa tra i 15 e i 39, indica il grado di invecchiamento della popolazione, si attesta al 163%, ciò significa che la fascia lavorativa più "vecchia" a prevalere su quella più giovane", il che rappresenta un certo 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 163,4%: tale valore può sottintendere un aumento della tendenza alla disoccupazione dei giovani in cerca di prima occupazione.

	Indice di vecchiaia	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda
ASL Gallura	218,9	53,0	163,4	163,0	14,1
Sardegna	266,6	58,5	184,2	165,5	14,0
Italia	199,8	57,6	146,9	142,2	17,6

Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2025)

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

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

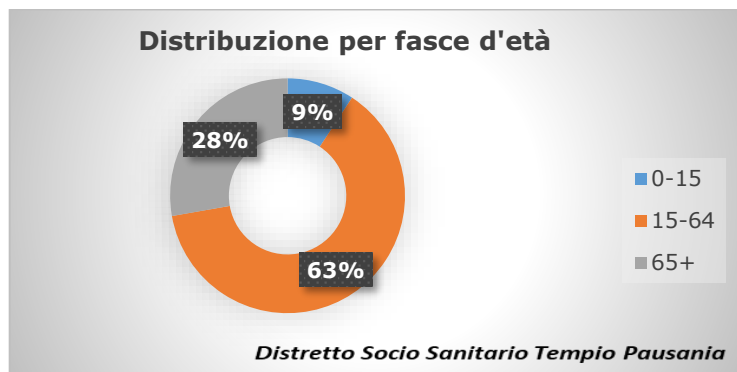


Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



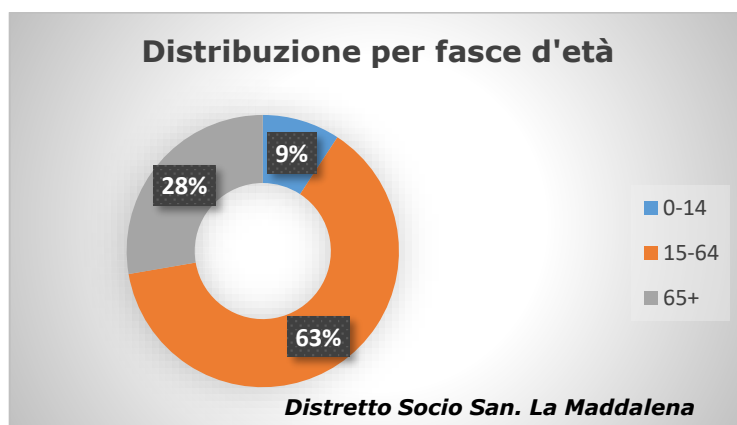
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

Classi d'età	Totale
0-15	13.673
15-64	79.416
>65	27.016



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

Classi d'età	Totale
0-15	2.604
15-64	17.959
>65	7.918



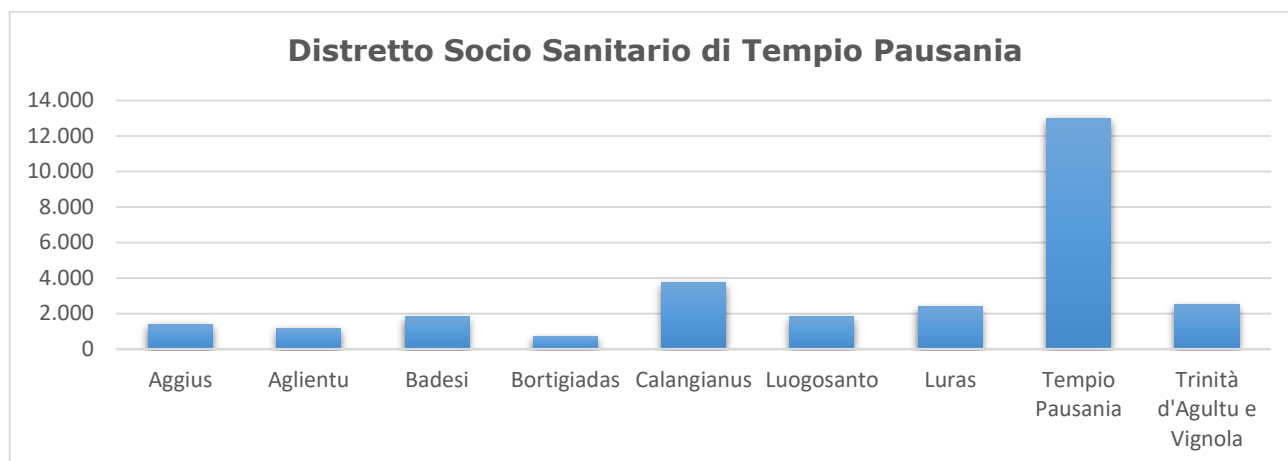
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

Classi d'età	Totale
0-15	968
15-64	6.606
>65	2.902

Il Distretto socio sanitario di Tempio Pausania

L'area di riferimento, prevalentemente interna, si espone sul mare al lato a nordovest, al lato nord-est confina con gli altri comuni della Provincia Gallura, mentre ai due lati a sud confina rispettivamente con la Provincia di Sassari e con la Provincia di Nuoro. La popolazione residente nel Distretto Socio Sanitario di Tempio Pausania è risultata, ultimi dati ISTAT del 2024, pari a **28.517 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 **28%**.



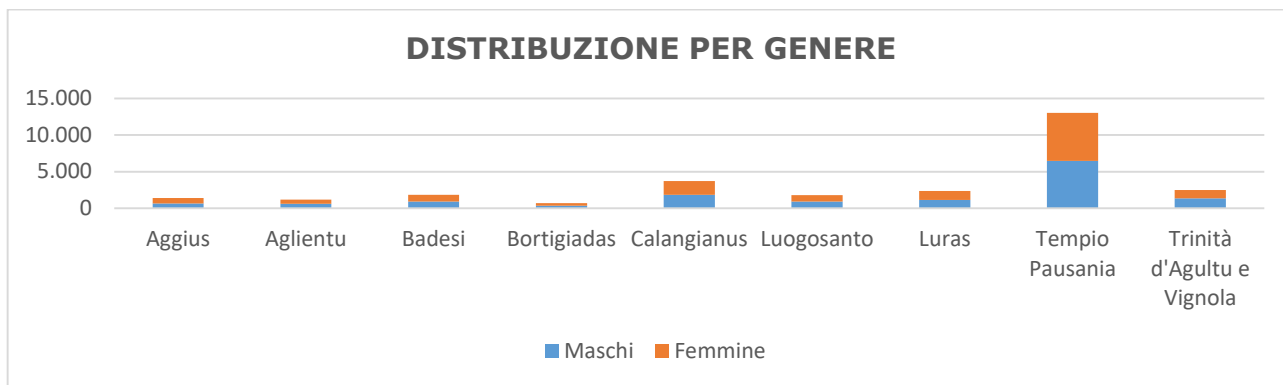
Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2025)

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
299,9	58,8	182,9	162,1	14,3

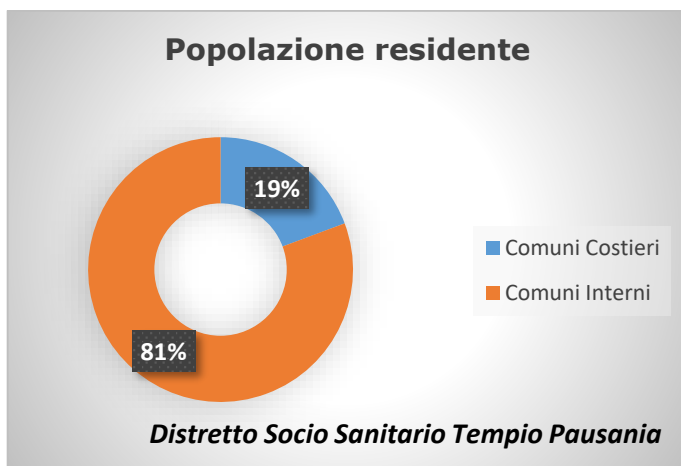
Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2025)

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.

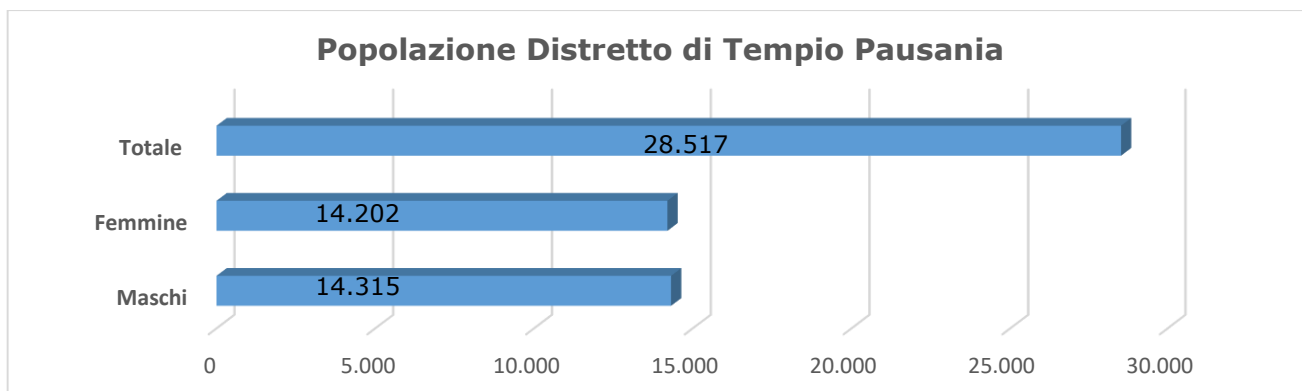
L'indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 299,9%, valore superiore sia a quello regionale (266,6%), che a quello nazionale (199,8). Allo stesso modo, anche l'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, presenta un valore, pari al 58,8%, è superiore rispetto sia a quello regionale (58,5%) e a quello nazionale (57,6%). 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 162,1%, ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più anziana (questo dato è però influenzato da una bassa numerosità delle classi d'età in esame). Infine, l'indice di ricambio, che rapporta la popolazione in procinto di uscire dall'età lavorativa (60-64 anni) su quella che è appena entrata a farne parte, è pari al 182,9%.



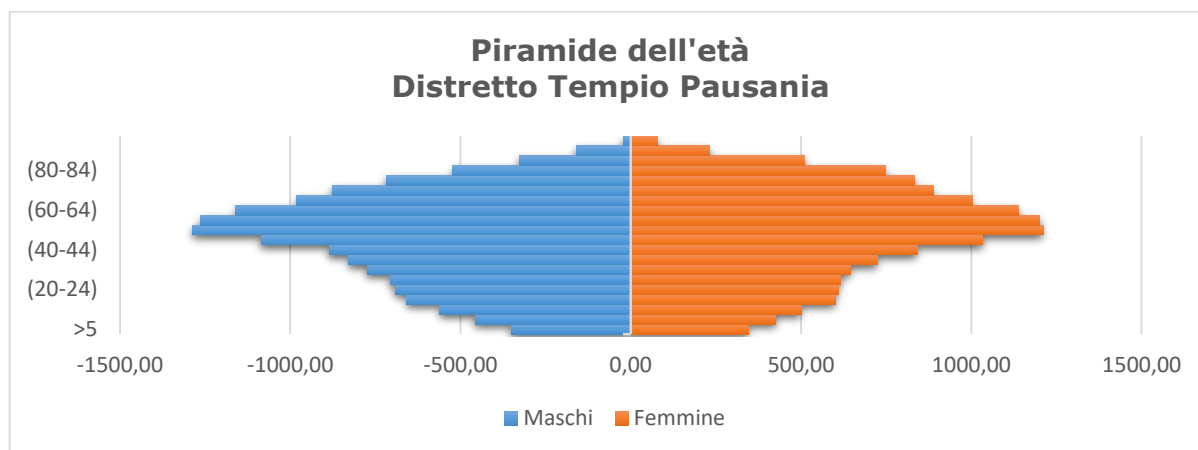
Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2025)



Popolazione Comuni Costieri	Popolazione Comuni Interni
5.512 ab.	23.005 ab.



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo ISTAT (01.01.2025)

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

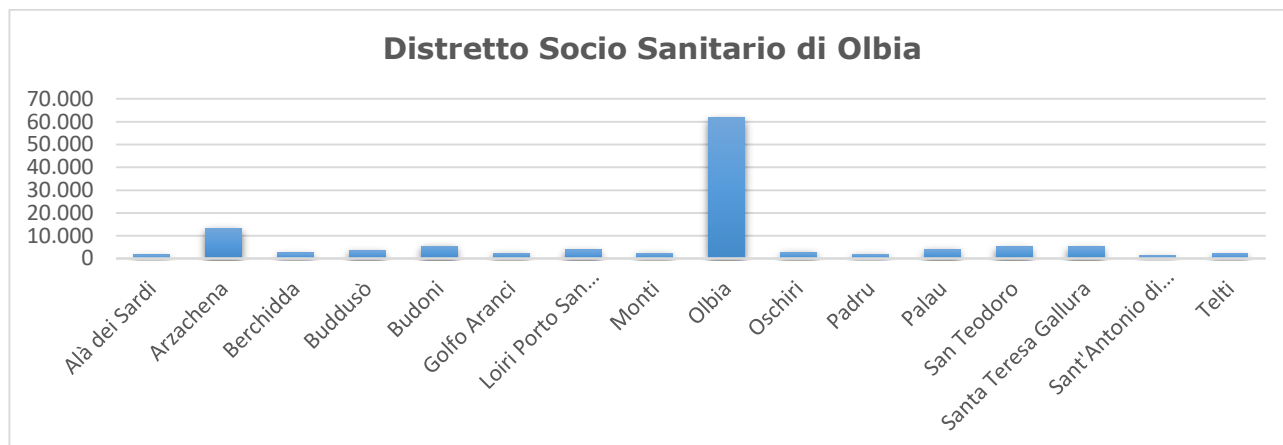
Risulta in aumento la quota costituita dalle classi più anziane che sta determinando un appesantimento della struttura per età della popolazione con evidente diversità per genere. Il distretto socio sanitario di Tempio Pausania conferma una bassa natalità e una tendenza all'invecchiamento: le caratteristiche demografiche sopra citate non possono che generare una domanda per 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 al fine di garantire una progressiva riduzione dell'assistenza ospedaliera di tipo tradizionale finalizzata a ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, contenere i ricoveri inappropriati e ridurre il consumo di prestazioni specialistiche non coerenti con i percorsi diagnostici terapeutici.

Il Distretto socio sanitario di Olbia

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

La popolazione residente nel Distretto Socio Sanitario di Olbia è risultata pari a **120.105 unità**, che rappresenta **il 75%** della popolazione di riferimento della ASL Gallura. I dati ISTAT 2024 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 **23%**. Il Distretto

di Olbia è relativamente più giovane con una tendenza che va' consolidandosi ad assorbire residenti da altre aree della Sardegna ma anche dal resto d'Italia; si caratterizza infatti come territorio da una buona dinamicità demografica, fenomeno messo in evidenza sia da una costante natalità che da una numerosa presenza di immigrati extracomunitari.

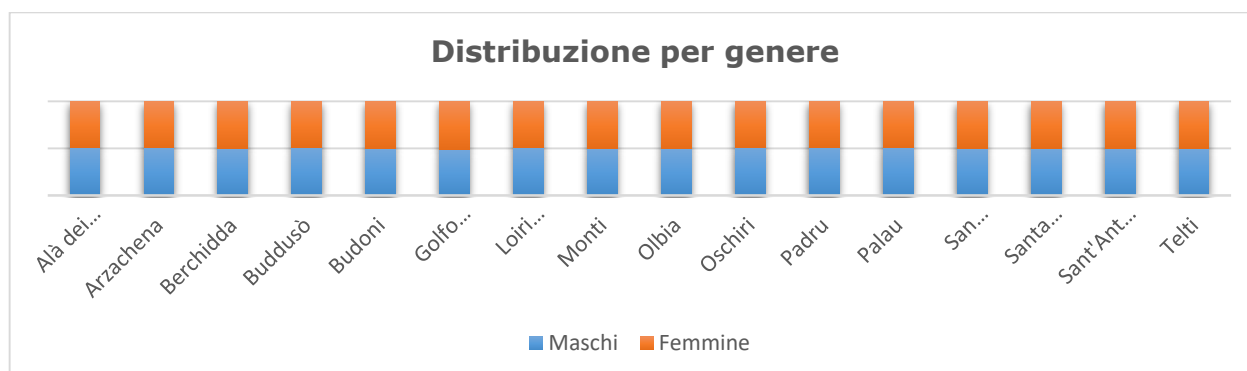


Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

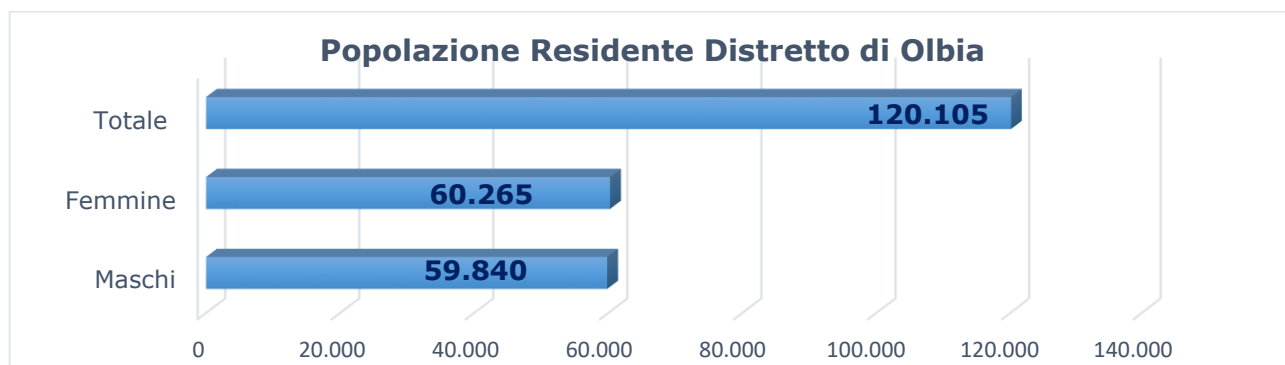
L'indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 197,6%, valore inferiore sia a quello regionale (266,6%), che a quello nazionale (199,8). L'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, presenta un valore, pari al 51,2%, è inferiore rispetto sia a quello regionale (58,5%) e a quello nazionale (57,6%). L'indice di struttura della popolazione, che, rapportando in percentuale 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 162,5%: ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più anziana.

Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza Strutturale	Indice di Ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico per figli per donna
197,6	51,2	156,7	162,5	14,2

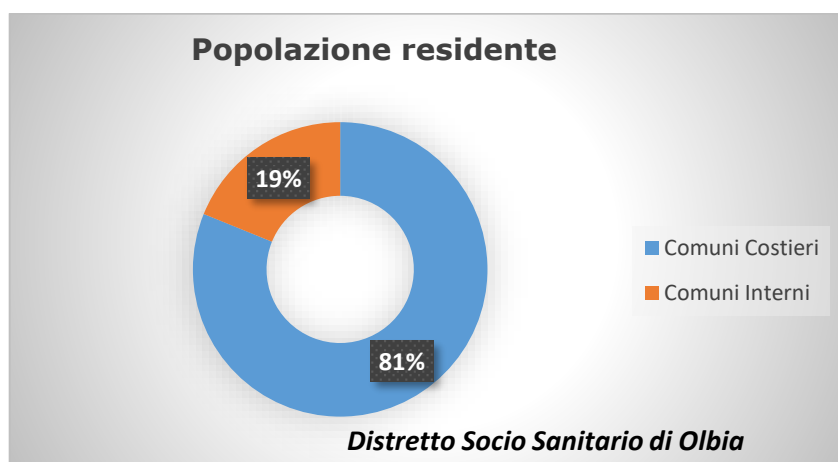
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

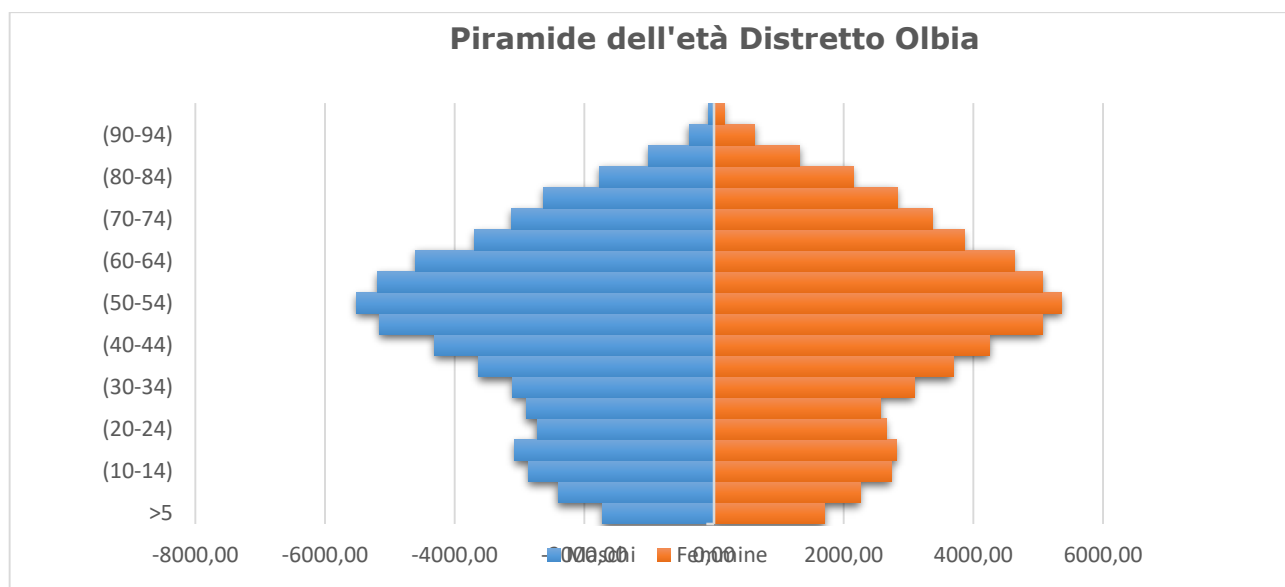


Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Popolazione Comuni Costieri	Popolazione Comuni Interni
97.454 ab.	22.651 ab.

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

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

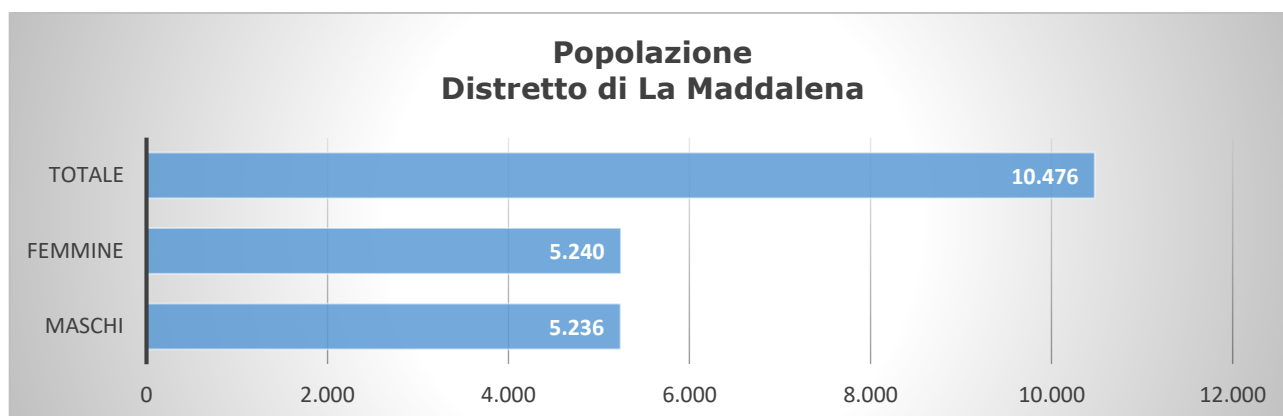
di invecchiamento rispetto alle altre aree socio sanitarie Regionali. La forma piramidale caratterizza l'area come un territorio ad alta dinamicità demografica, fenomeno confermato da un buon livello di natalità rispetto al contesto Regionale e da una numerosa presenza di immigrati extracomunitari; inoltre,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

Il Distretto socio sanitario di La Maddalena

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, ha istituito il **distretto di La Maddalena** e il "Distretto delle isole minori di San Pietro e Sant'Antioco".

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

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



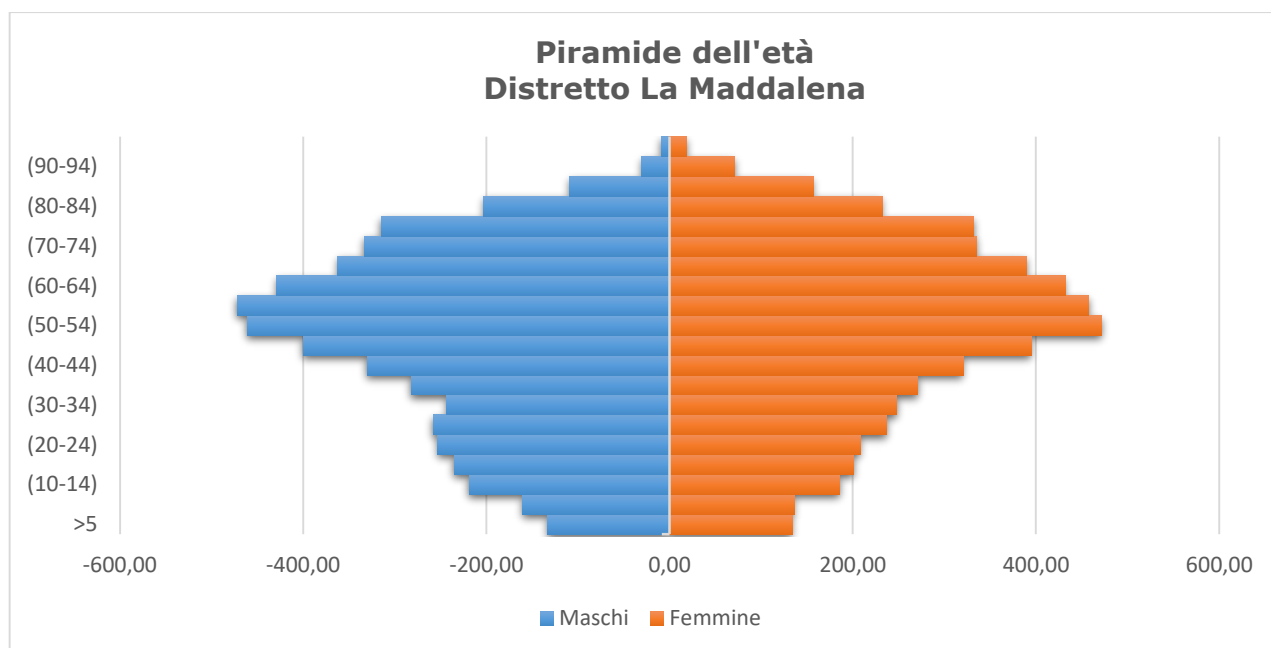
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

La popolazione residente nel Distretto Socio Sanitario di La Maddalena è risultata pari a **10.476 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 2.902 unità che rappresenta il **28%** 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
299,8	58,6	197,5	171,2	14,2

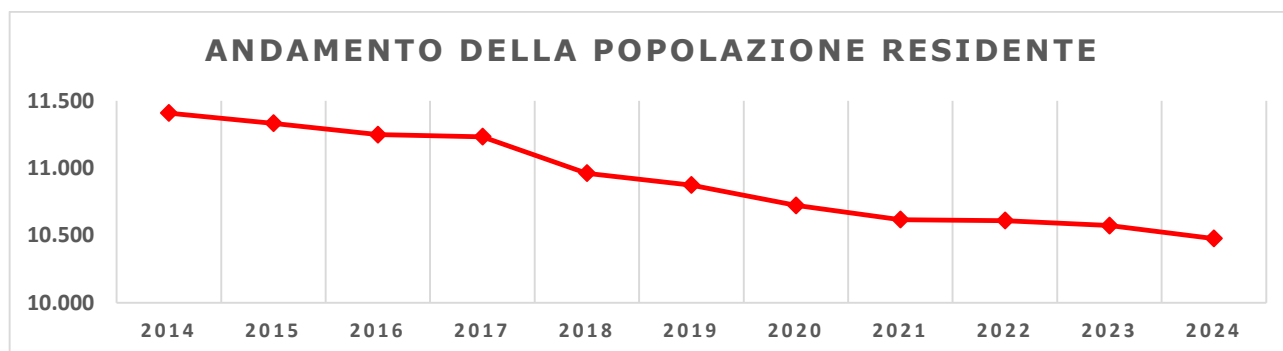
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

L'indice di vecchiaia della popolazione risulta pari a 299,8, valore superiore sia a quello nazionale (199,8) che a quello regionale (266,6). L'indice di dipendenza strutturale, presenta un valore, pari al 58,6%, inferiore al valore nazionale e in linea con quello regionale (58,5%), 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 (01.01.2025)

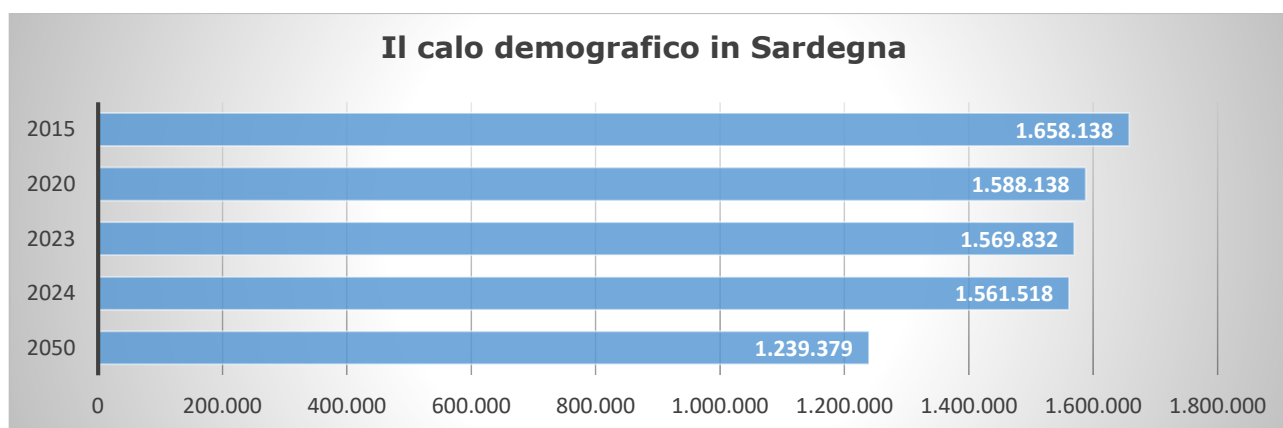
L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali. Le anomalie nella forma della piramide sono estremamente indicative e inducono alla ricerca delle cause che le hanno determinate. La bassa numerosità 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 (01.01.2025)

La natalità e il calo delle nascite

Nel corso del 2024 in Italia sono nati 370mila bambini, circa 10mila in meno rispetto all'anno precedente (-2,6%). Il tasso di natalità si è attestato al 6,3 per mille, con una fecondità stimata in 1,18 figli per donna, inferiore al precedente minimo storico di 1,19 registrato nel 1995. Eppure, nel 1995 – con una fecondità solo di poco superiore – nacquero 526mila bambini, ben 156mila in più rispetto al 2024. Spiegare il crollo delle nascite solo come una questione di scelte individuali o culturali è una semplificazione. La denatalità in Italia è il risultato combinato di fattori strutturali, economici, sociali e demografici.



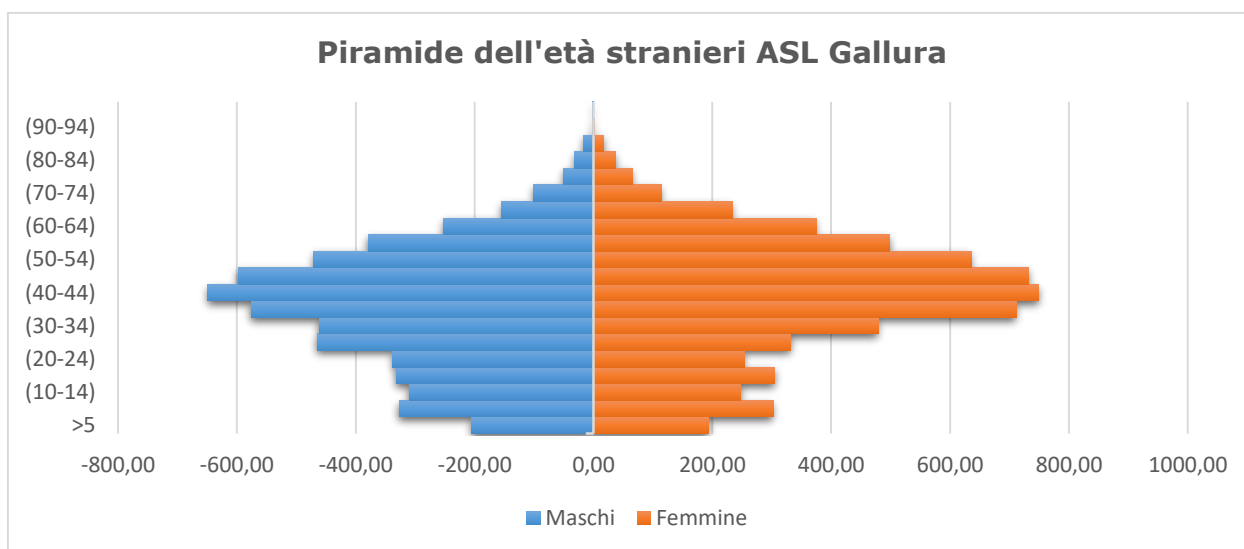
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

Primo fra tutti, la riduzione del numero di donne in età fertile. La generazione del baby boom ha concluso il proprio ciclo riproduttivo, mentre le coorti più giovani, molto meno numerose, non riescono a compensare. Tra il 1995 e il 2024, la popolazione femminile tra i 15 e i 49 anni si è ridotta di circa 3 milioni di unità, spiegando da sola quasi i tre quarti della diminuzione delle nascite nello stesso periodo. **Secondo, la crisi economica.** L'instabilità del mercato del lavoro, la precarietà dei redditi, la difficoltà di conciliare lavoro e vita familiare, la carenza di servizi per l'infanzia e l'alto costo della vita sono fattori che disincentivano concretamente la scelta di avere figli. Oggi, per la maggior parte delle persone, diventare genitori è una scelta consapevole, quindi tutt'altro che scontata, che necessita di condizioni favorevoli per potersi realizzare. Più che in passato, è necessario che questa scelta sia sostenuta da un riconoscimento esplicito di valore all'interno della comunità. Non si tratta di convincere ad avere figli, ma di costruire un ecosistema favorevole alla libera scelta di farlo. **Terzo, l'aumento dell'età al primo figlio.** In Italia le donne partoriscono in media a 32,4 anni, e quasi il 10% delle nascite avviene oltre i 40. Questo ritardo, spesso legato alla ricerca di una stabilità economica e professionale, ha conseguenze anche sul piano biologico: aumenta il rischio di infertilità e, di conseguenza, il ricorso – non sempre efficace – alla procreazione medicalmente assistita. Infine, l'assenza di politiche pubbliche strutturate.

Troppo spesso la natalità è stata affrontata in modo episodico o ideologico non tenendo conto che un Paese senza bambini è un Paese senza futuro. **La carenza di politiche** e di attenzione pubblica rafforza l'idea che la nascita di un figlio non rappresenti un valore sociale, ma solo un costo e una complicazione a carico dei genitori: è ciò che sta avvenendo in Italia.

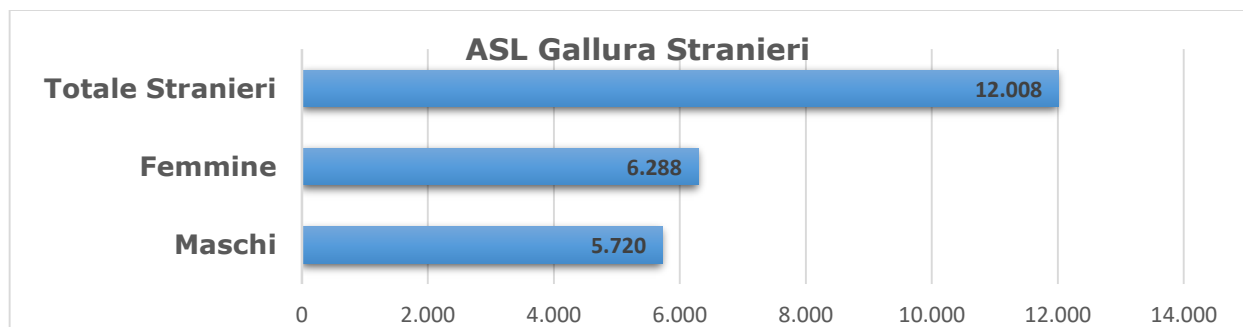
La componente straniera

Osservando la piramide dell'età della popolazione straniera, si può notare una base allargata almeno nella fascia d'età 0-4 e 5-9 anni, che indica una fecondità alta, poi una diminuzione nell'età adolescenziale e post adolescenziale. Si osserva un ulteriore rigonfiamento nella età adulta: per la componente maschile la numerosità statistica è significativa fino all'età dei 50 mentre nella componente femminile arriva fino alla fascia d'età 60-64 anni, per entrambi i generi segue poi un drastico calo nella popolazione.

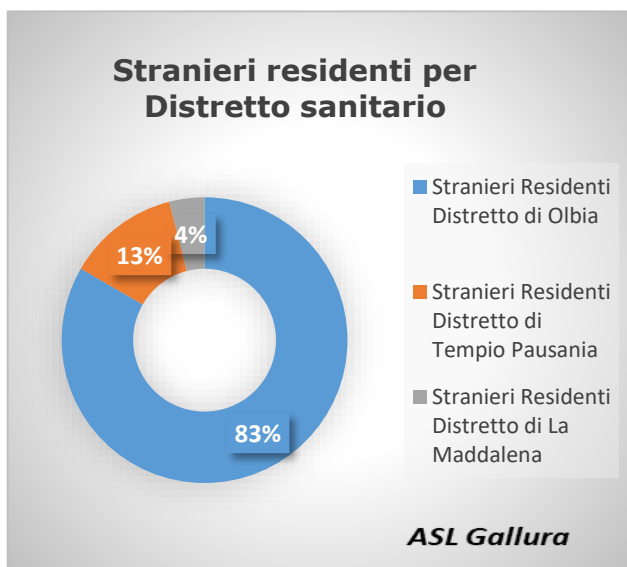


Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

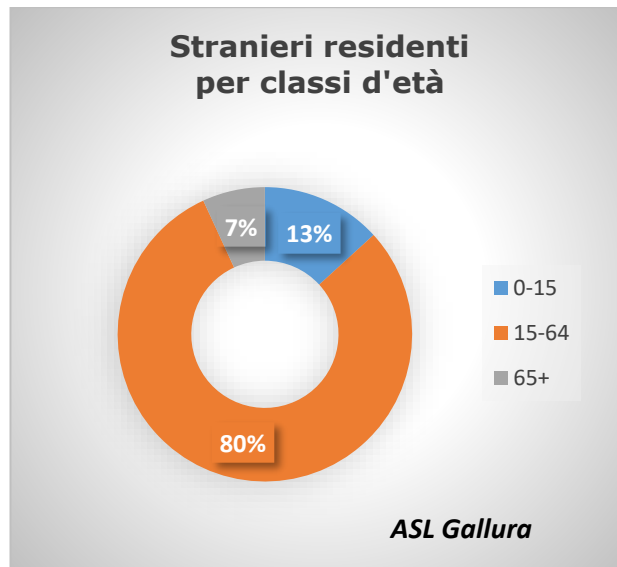
Si delinea nettamente il profilo di una popolazione a carattere migratorio, con nascite rilevanti ma senza una stabilizzazione. La diminuzione per la fascia d'età 10-14 indica che molte famiglie si sono insediate da sole o senza figli al seguito. Il grafico evidenzia una prevalenza del genere femminile impiegata per lo più in attività di assistenza familiare. Gli anziani sono presenti in percentuali irrilevanti.



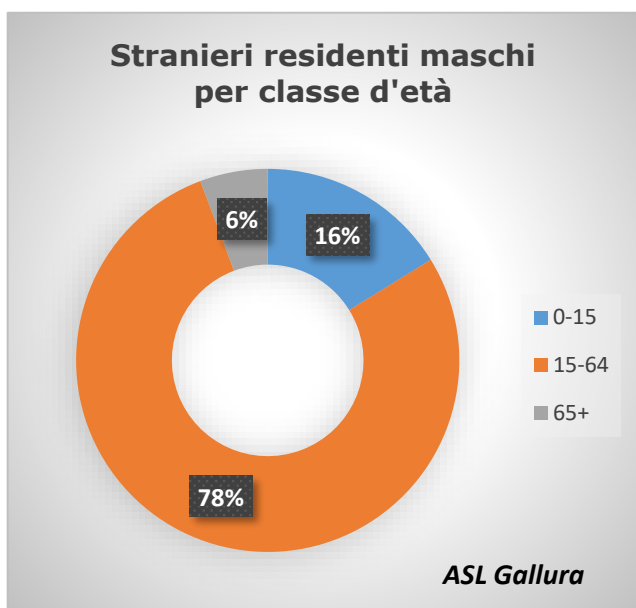
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



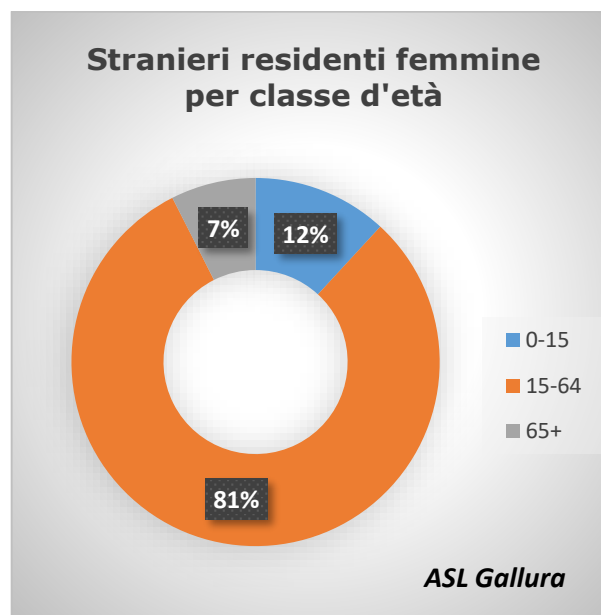
Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

I livelli di scolarità

In Italia, il livello medio di istruzione della popolazione adulta resta ancora significativamente inferiore rispetto alla media europea. Nel 2023, solo il 65,5% delle persone tra i 25 e i 64 anni ha almeno un diploma di scuola superiore, contro l'80% registrato nell'Unione Europea. Il divario è ancora più marcato se si guarda alla percentuale di laureati: appena il 21,6% in Italia, mentre nella media UE è oltre il 35%, con Paesi come Francia e Spagna che raggiungono quote quasi doppie. L'ISTAT ha presentato il Rapporto annuale 2025, nel quale sono illustrati i cambiamenti

economici, demografici e sociali, offrendo un quadro informativo integrato sulle principali sfide del nostro tempo e su quelle che l'Italia sarà chiamata ad affrontare nei prossimi anni. Il Rapporto analizza i principali punti di forza e di debolezza del nostro Paese e le sue differenti dimensioni territoriali, soffermandosi sugli elementi salienti dell'evoluzione del sistema produttivo, dell'impiego delle tecnologie e della sostenibilità ambientale. Tra i giovani adulti, in particolare nella fascia tra i 25 e i 34 anni, la situazione riguardante l'istruzione è in miglioramento, ma con un ritmo ancora troppo lento. Nel 2024, circa un terzo (31,6%) ha conseguito un titolo terziario (laurea o simili), un valore comunque distante dall'**obiettivo del 45%** fissato dal quadro strategico europeo per il 2030. Anche qui emergono forti **differenze di genere**: le giovani donne risultano mediamente più istruite degli uomini, con il 38,5% di laureate contro il 25% dei coetanei maschi. Un'altra distinzione importante riguarda la **cittadinanza**: i giovani italiani raggiungono una quota di laureati del 34,4%, mentre tra i giovani stranieri ci si ferma appena al 13,4%, segnalando una persistente disuguaglianza di accesso ai percorsi formativi più avanzati. A pesare è anche il fenomeno della dispersione scolastica, **ancora troppo elevata (9,8%)** e più diffusa tra i giovani provenienti da famiglie con un basso livello di istruzione. Questo alimenta un circolo vizioso che limita le opportunità lavorative e la possibilità di migliorare la propria condizione sociale. Infine, le competenze digitali, sempre più centrali nella vita quotidiana e nel lavoro, restano carenti: **solo il 45,8% della popolazione tra i 16 e i 74 anni possiede almeno competenze digitali di base**. Anche in questo caso le differenze sono significative, con svantaggi evidenti per le fasce più anziane, per le donne, per chi ha livelli di istruzione più bassi e per chi vive nel Mezzogiorno. In sintesi, il livello di istruzione continua a rappresentare un fattore chiave per lo sviluppo personale e sociale, ma anche una delle principali linee di frattura nelle disuguaglianze italiane.

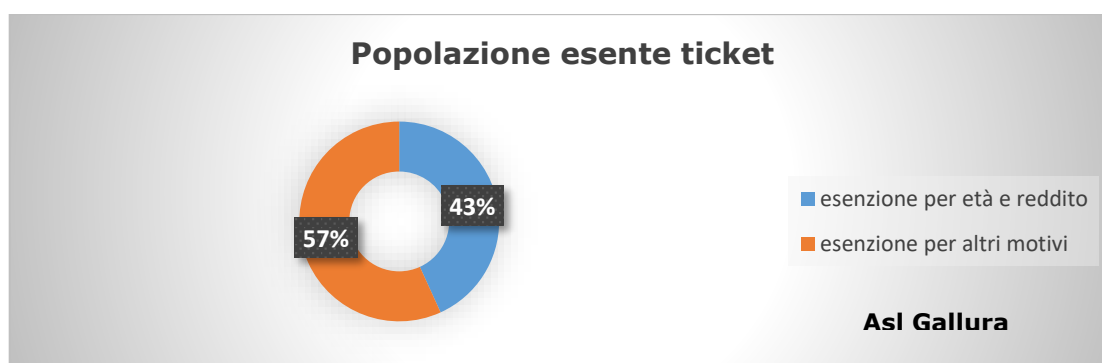
Il mercato del lavoro

Il rapporto ISTAT relativo a occupati e disoccupati di luglio 2025, anche se ancora basato su dati provvisori, mostra che l'occupazione in Italia registra un lieve ma significativo miglioramento. Il numero di occupati raggiunge 24.217.000 unità, segnando un aumento di 13.000 persone rispetto a giugno (+0,1%). In base a quanto specificato, il tasso di occupazione sale così al 62,8%, facendo segnare un lieve incremento pari a 0,1 punti percentuali rispetto al mese precedente; anche il tasso di disoccupazione, scende di 0,3 punti percentuali rispetto a giugno e si attesta al 6,0%. La crescita degli occupati in particolare coinvolge gli uomini, mentre le donne diminuiscono. Un'analisi più approfondita in termine di genere, evidenzia che gli uomini occupati aumentano di 49.000 unità (+0,4%) e i disoccupati scendono di 37.000 (-4,5%), mentre le donne occupate diminuiscono di 37.000 unità (-0,4%) e le disoccupate calano anch'esse di 37.000 (-4,7%). I dati suggeriscono che i miglioramenti sul piano dell'occupazione sono pertanto trainati principalmente dalla ripresa del lavoro maschile, mentre le donne restano ancora in una posizione

più delicata e fragile. I dipendenti permanenti crescono, mentre gli autonomi registrano una lieve flessione dello 0,7%. Rispetto al 2024 i permanenti sono aumentati di 351.000 unità mentre gli autonomi di 55.000 unità. In controtendenza i contratti a termine che fanno registrare un calo di 188.000 unità. In termini assoluti, il numero di disoccupati diminuisce di 74.000 unità, attestandosi attorno a 1.532.000 persone; il tasso di disoccupazione giovanile mostra anch'esso un andamento favorevole, calando al 18,7%, con una diminuzione di 1,4 punti percentuali. Il trimestre maggio-luglio 2025 mostra segnali di crescita rispetto al trimestre precedente: gli occupati aumentano di 51.000 unità rispetto a febbraio-aprile con un aumento +0,2%, mentre i disoccupati sono in crescita di 28.000 unità con un aumento di 1,8%. Gli inattivi invece diminuiscono di 67.000 unità pari a un -0,5%. Il termine inattivi si riferisce alle persone in età da lavoro (ossia 15-64 anni) che non fanno parte delle forze di lavoro, cioè che non sono occupate (non lavorano) e non sono disoccupate (non cercano lavoro attivamente). Nel complesso, i dati provvisori di luglio 2025 delineano un contesto di lievissima ma stabile ripresa del mercato del lavoro italiano, con più occupati, soprattutto impiegati stabili; disoccupazione in calo, anche tra i giovani e inattività in tenuta.

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 54% della popolazione, di cui il 20% per età e per reddito e il 34% 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.

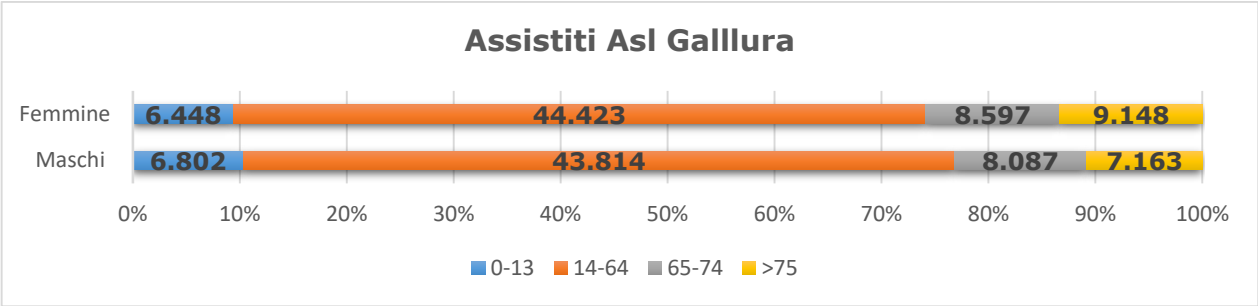


Fonte Dati: Quadro H Modello FLS.11 Anno 2024

ASL	Popolazione Residente	Esenzioni ticket per età e reddito	Esenzioni ticket per altri motivi
Gallura	159.098	37.005	48.641

Fonte dati: Modello FLS 11 Anno 2024 (31.12.2024)

I grafico sottostante indica la popolazione assistita nell’Asl Gallura al 31/12/2024.



Fonte dati: Quadro G Modello FLS. 11 Anno 2024 (31.12.2024)

La tabella sottostante riporta la popolazione assistita per età e genere.

Assisiti ASL Gallura			
Età	Maschi	Femmine	Totale
0-13	6.802	6.448	13.250
14-64	43.814	44.423	88.237
65-74	8.087	8.597	16.684
>75	7.163	9.148	16.311
Totale	65.866	68.616	134.482

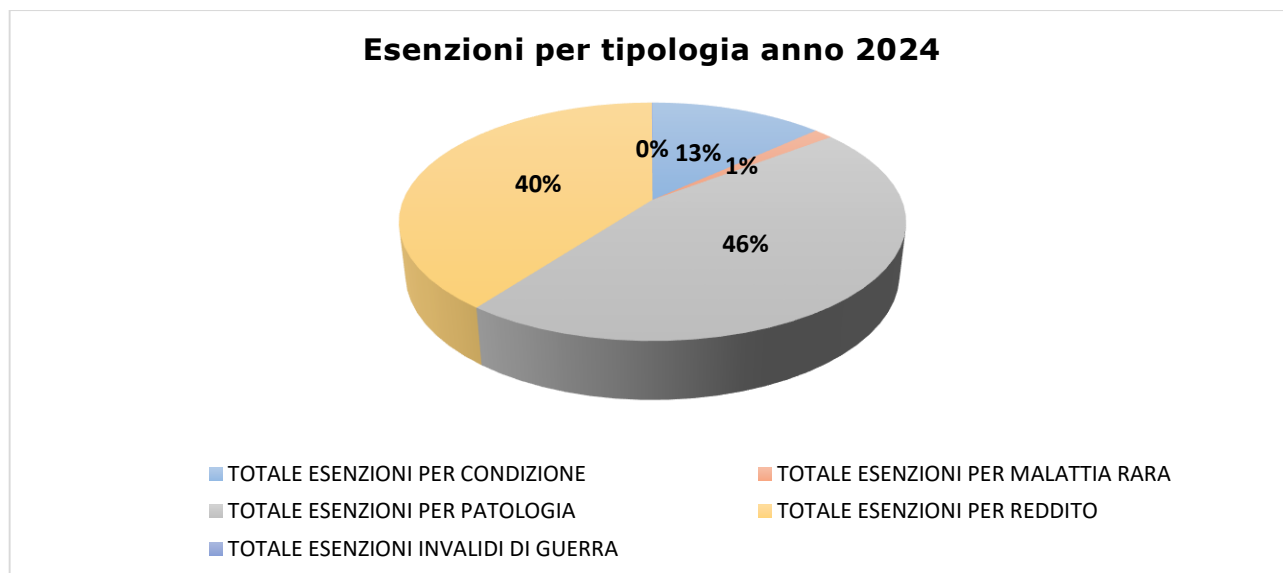
Con riferimento alle esenzioni ticket, di seguito si riporta una tabella di analisi delle esenzioni per patologia riferite all’anno 2024.

ASL GALLURA ESENZIONI PER PATOLOGIA ANNO 2024		
Descrizione Esenzione Regionale	Totale Posizioni Esenti	% sul totale
DIABETE MELLITO	8.177	21,41%
IPERTENSIONE ARTERIOSA SENZA DANNO D'ORGANO	4.675	12,24%
SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO	3.135	8,21%
IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO (GRAVE)	2.782	7,28%
IPERTENSIONE ARTERIOSA IN PRESENZA DI DANNO D'ORGANO	2.627	6,88%
AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO 453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI)	2.608	6,83%
IPERTENSIONE ARTERIOSA	2.014	5,27%
IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIA E IIB - IPERCOLESTEROLEMIA PRIMITIVA POLIGENICA -	1.786	4,68%
PSICOSI	942	2,47%
MALATTIA CELIACA	890	2,33%
GLAUCOMA	750	1,96%

ASL GALLURA ESENZIONI PER PATOLOGIA ANNO 2024		
Descrizione Esenzione Regionale	Totale Posizioni Esenti	% sul totale
EPATITE CRONICA (ATTIVA)	730	1,91%
ARTRITE REUMATOIDE	667	1,75%
ASMA	638	1,67%
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	636	1,67%
SCLEROSI MULTIPLA	504	1,32%
TIROIDITE DI HASHIMOTO	497	1,30%
MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO	464	1,21%
COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN	436	1,14%
AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO 453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI)	363	0,95%
EPILESSIA (ESCLUSO: SINDROME DI LENNOX-GASTAUT)	355	0,93%
PSORIASI (ARTROPATICA, PUSTOLOSA GRAVE, ERITRODERMICA)	240	0,63%
AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO: 453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI)	196	0,51%
CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE	193	0,51%
SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI	187	0,49%
AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (ESCLUSO 453.0 SINDROME DI BUDD-CHIARI)	184	0,48%
INFEZIONE DA HIV	125	0,33%
MALATTIA DI SJOGREN	122	0,32%
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	117	0,31%
SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, MIDOLLO)	109	0,29%
SPONDILITE ANCHILOSANTE	106	0,28%
MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI	103	0,27%
BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO) NEGLI STADI CLINICI "MODERATA, GRAVE E MOLTO GRAVE"	95	0,25%
INSUFFICIENZA CARDIACA (N.Y.H.A. CLASSE III E IV)	93	0,24%
NEONATI PREMATURI, IMMaturi, A TERMINE CON RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	84	0,22%
IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO	74	0,19%
ENDOMETRIOSI "MODERATA" E "GRAVE" (III - IV STADIO ASRM)	51	0,13%
CONNETTIVITI INDIFFERENZiate	44	0,12%
NANISMO IPOFISARIO	39	0,10%
MIASTENIA GRAVE	37	0,10%
SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA	35	0,09%
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	32	0,08%
DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOOL	31	0,08%
ACROMEGALIA E GIGANTISMO	28	0,07%
SCLEROSI SISTEMICA (PROGRESSIVA)	27	0,07%
PANCREATITE CRONICA	27	0,07%
INSUFFICIENZA CORTICOSURRENALE CRONICA (MORBO DI ADDISON)	21	0,05%
SOGGETTI IN ATTESA DI TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEGATO, PANCREAS, CORNEA, MIDOLLO)	17	0,05%
TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)	13	0,04%
FIBROSI CISTICA	12	0,03%
ANORESSIA NERVOSA, BULIMIA	12	0,03%
DEMENZE	12	0,03%
SOGGETTI AFFETTI DA PLURIPATOLOGIE CHE ABBIANO DETERMINATO GRAVE ED IRREVERSIBILE COMPROMISSIONE DI	11	0,03%
MALATTIA O SINDROME DI CUSHING	6	0,02%
NEUROMIELITE OTTICA	6	0,02%

ASL GALLURA ESENZIONI PER PATOLOGIA ANNO 2024		
Descrizione Esenzione Regionale	Totale Posizioni Esenti	% sul totale
MALATTIA DI ALZHEIMER	5	0,01%
ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE	5	0,01%
DIABETE INSIPIDO	5	0,01%
SINDROME DI KLINEFELTER	4	0,01%
MORBO DI BUEGER	4	0,01%
RENE POLICISTICO AUTOSOMICO DOMINANTE	4	0,01%
DONATORI D'ORGANO	2	0,01%
SINDROME DI DOWN	2	0,01%
PATOLOGIE RENALI CRONICHE (CON VALORI DI CRETININA CLEARANCE STABILMENTE INFERIORI A 85 ML/M)	1	0,00%
MORBO DI PAGET	1	0,00%
OSTEOMIELITE CRONICA	1	0,00%
TOTALE ESENZIONI PER PATOLOGIA 2024	38.197	100,00%

Fonte dati: Sistema Tessera Sanitaria anno 2024 - agg. 01/09/2025



Fonte dati: Sistema Tessera Sanitaria anno 2024 - agg. 01/09/2025

Analisi cause di morte

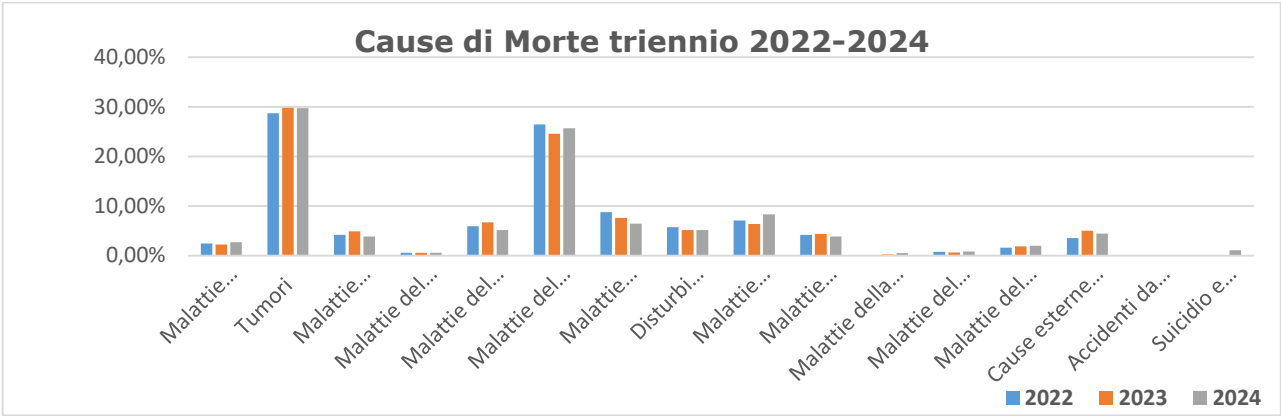
L'analisi delle cause di morte rappresenta un indicatore fondamentale per conoscere lo stato di salute della popolazione.

Si riportano nella tabella seguente le cause di morte della popolazione della Gallura nel triennio 2022-2024 (*Anno 2024 dati provvisori).

Cause di Morte	Decessi 2022	Tasso proporzionale di mortalità 2022	Decessi 2023	Tasso proporzionale di mortalità 2023	Decessi 2024	Tasso proporzionale di mortalità 2024
Malattie Infettive e parassitarie escluso AIDS	36	2,21%	31	2,16%	19	1,43%
Tumori	438	26,85%	402	28,07%	238	17,88%
Malattie Endocrine, Nutrizionali e Metaboliche	62	3,80%	57	3,98%	31	2,33%
Malattie del sangue, degli organi emopolietici e disturbi immunitari	9	0,55%	7	0,49%	5	0,38%
Patologie mentali e del comportamento	57	3,49%	47	3,28%	41	3,08%
Malattie del sistema Nervoso e degli organi dei sensi	88	5,40%	87	6,08%	37	2,78%
Malattie del sistema Circolatorio	170	10,42%	164	11,45%	118	8,87%
Malattie ischemiche del cuore	128	7,85%	102	7,12%	53	3,98%
Disturbi Circolatori dell'encefalo	92	5,64%	70	4,89%	44	3,31%
Malattie dell'apparato respiratorio	105	6,44%	87	6,08%	62	4,66%
Malattie dell'apparato digerente	62	3,80%	58	4,05%	31	2,33%
Malattie della cute e del tessuto sotto cutaneo	1	0,06%	3	0,21%	3	0,23%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	12	0,74%	8	0,56%	7	0,53%
Malattie del sistema genitourinario	23	1,41%	26	1,82%	17	1,28%
Segni, sintomi e dati di laboratorio patologici non altrimenti classificati	137	8,40%	113	7,89%	66	4,96%
Cause esterne di traumatismi e avvelenamenti	56	3,43%	67	4,68%	27	2,03%
Accidenti da mezzi di trasporto	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Suicidio e autolesione	2	0,12%	2	0,14%	7	0,53%
Altre cause.....	153	9,38%	101	7,05%	525	39,44%
TOTALE	1631	100%	1432	100%	1331	100%

Fonte: Elaborazione dati Rencam 2022/2024 Dip. Prev. Area Medica

Dalla lettura della tabella si rileva che, nel triennio 2022-2024, le principali cause di morte sono ascrivibili alle seguenti patologie: tumori nella misura di circa il 29% e le malattie del sistema circolatorio per circa il 25%.

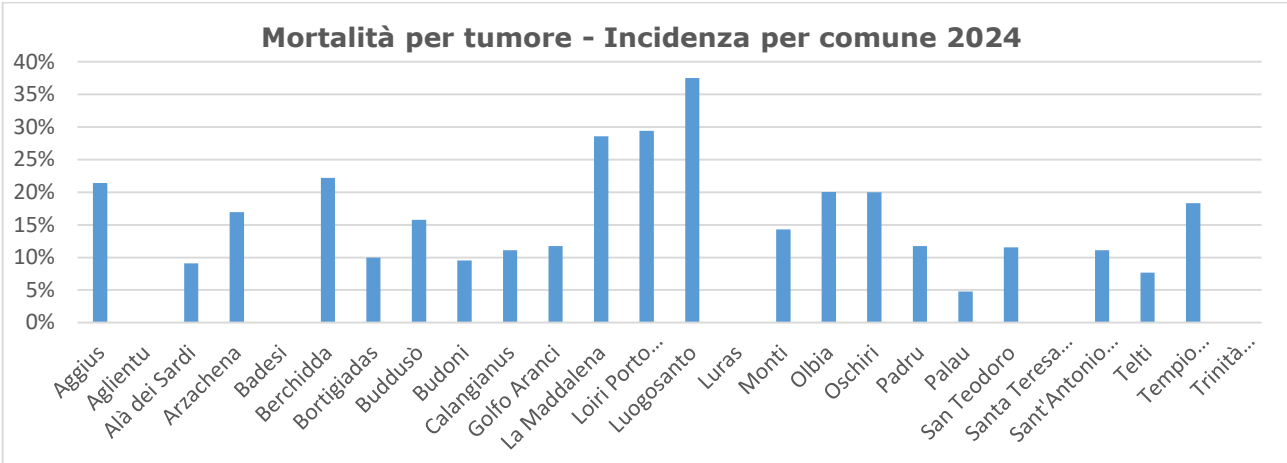


Fonte: Elaborazione dati Rencam 2022/2024

Nella tabella sottostante si riportano i dati riferiti ai decessi per tumore relativi all’anno 2024 per comune di residenza.

COMUNI	ANNO 2024				
	POPOLAZIONE	DECESSI	TUMORI	TASSO MORTALITA'	RAPPORTO PROPORZIONALE DI MORTALITA' PER TUMORE
Aggius	1.398	14	3	1,00%	21,43%
Aglientu	1.184	12	-	1,01%	0,00%
Alà dei Sardi	1.763	11	1	0,62%	9,09%
Arzachena	13.451	59	10	0,44%	16,95%
Badesi	1.834	11	-	0,60%	0,00%
Berchidda	2.577	27	6	1,05%	22,22%
Bortigiadas	700	10	1	1,43%	10,00%
Buddusò	3.510	19	3	0,54%	15,79%
Budoni	5.585	21	2	0,38%	9,52%
Calangianus	3.725	27	3	0,72%	11,11%
Golfo Aranci	2.379	17	2	0,71%	11,76%
La Maddalena	10.476	98	28	0,94%	28,57%
Loiri Porto San Paolo	3.798	17	5	0,45%	29,41%
Luogosanto	1.812	8	3	0,44%	37,50%
Luras	2.367	10	-	0,42%	0,00%
Monti	2.379	14	2	0,59%	14,29%
Olbia	61.658	474	95	0,77%	20,04%
Oschiri	2.917	20	4	0,69%	20,00%
Padru	2.098	85	10	4,05%	11,76%
Palau	4.075	21	1	0,52%	4,76%
San Teodoro	5.164	26	3	0,50%	11,54%
S. Teresa Gallura	5.077	-	-	-	-
Sant'Antonio di Gallura	1.431	18	2	1,26%	11,11%
Telti	2.243	13	1	0,58%	7,69%
Tempio Pausania	13.003	289	53	2,22%	18,34%
Trinità d'Agultu e Vignola	2.494	10		0,40%	0,00%
TOTALE	159.098	1331	238	0,84%	17,88%

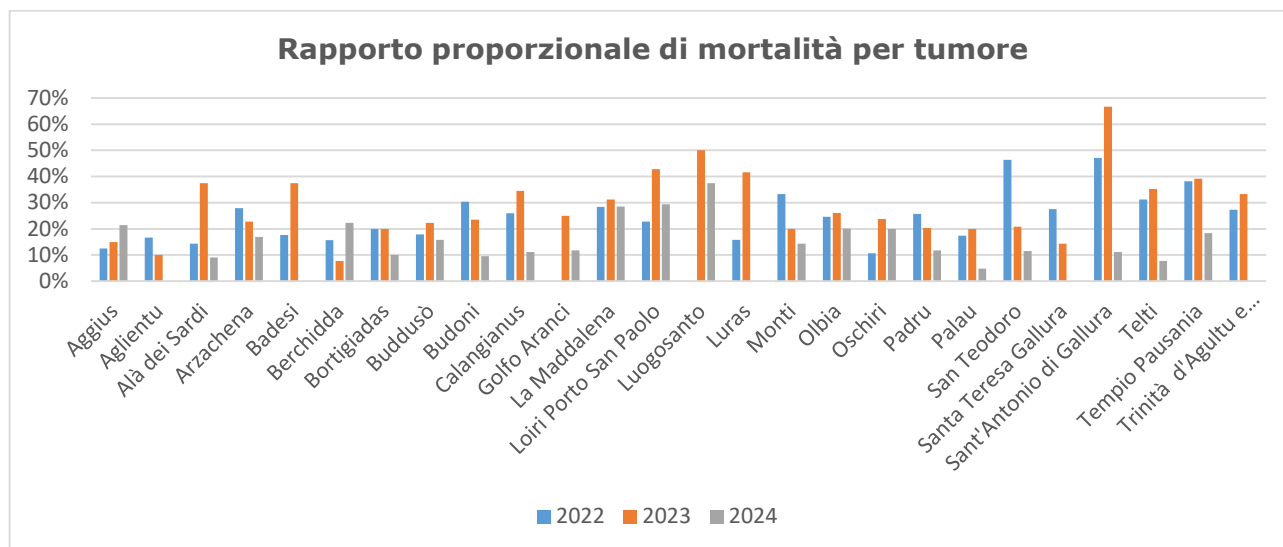
Fonte: Elaborazione dati Rencam 2022/2024 Dip. Prev. Area Medica



Nella seguente tabella sono esposti il tasso di mortalità ed il rapporto proporzionale per tumore negli anni 2022-2024 suddivisi per comuni.

MORTALITA' PER COMUNI	2022		2023		2024	
	TASSO MORTALITA'	RAPPORTO PROPORZIONALE DI MORTALITA' PER TUMORE	TASSO MORTALITA'	RAPPORTO PROPORZIONALE DI MORTALITA' PER TUMORE	TASSO MORTALITA'	RAPPORTO PROPORZIONALE DI MORTALITA' PER TUMORE
Aggus	1,14%	13%	1,43%	15,00%	1,00%	21,43%
Aglientu	1,01%	17%	0,84%	10,00%	1,01%	0,00%
Alà dei Sardi	0,79%	14%	0,45%	37,50%	0,62%	9,09%
Arzachena	0,51%	28%	0,49%	22,73%	0,44%	16,95%
Badesi	0,93%	18%	0,44%	37,50%	0,60%	0,00%
Berchidda	1,24%	16%	1,01%	7,69%	1,05%	22,22%
Bortigiadas	1,43%	20%	1,43%	20,00%	1,43%	10,00%
Buddusò	0,80%	18%	0,77%	22,22%	0,54%	15,79%
Budoni	0,59%	30%	0,61%	23,53%	0,38%	9,52%
Calangianus	0,72%	26%	0,78%	34,48%	0,72%	11,11%
Golfo Aranci	0,46%	0%	0,84%	25,00%	0,71%	11,76%
La Maddalena	0,91%	28%	0,89%	31,18%	0,94%	28,57%
Loiri Porto San Paolo	0,58%	23%	0,37%	42,86%	0,45%	29,41%
Luogosanto	0,55%	0%	0,77%	50,00%	0,44%	37,50%
Luras	0,80%	16%	0,51%	41,67%	0,42%	0,00%
Monti	0,76%	33%	0,84%	20,00%	0,59%	14,29%
Olbia	1,12%	25%	1,03%	26,06%	0,77%	20,08%
Oschiri	0,96%	11%	0,72%	23,81%	0,69%	20,00%
Padru	3,34%	26%	2,57%	20,37%	4,05%	11,76%
Palau	0,56%	17%	0,37%	20,00%	0,52%	4,76%
San Teodoro	0,54%	46%	0,46%	20,83%	0,50%	11,54%
Santa Teresa Gallura	0,79%	28%	0,14%	14,29%	0,00%	0,00%
Sant'Antonio di Gallura	1,19%	47%	0,21%	66,67%	1,26%	11,11%
Telti	0,71%	31%	0,76%	35,29%	0,58%	7,69%
Tempio P.	2,11%	38%	1,77%	39,13%	2,22%	18,34%
Trinità d'Agultu e Vignola	0,44%	27%	0,48%	33,33%	0,40%	0,00%
TOTALE	1,02%	27%	0,90%	28,09%	0,84%	17,89%

Fonte: Elaborazione dati Rencam 2022/2024 Dip. Prev. Area Medica



D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria

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

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

L'atto aziendale individua in particolare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili

e disciplina l'organizzazione dell'ASL secondo il modello dipartimentale e i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto socio-sanitario;

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

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

L'ASL GALLURA attraverso il modello dipartimentale, intende perseguire, per quanto più possibile, l'aggregazione di compiti, processi e percorsi al fine di razionalizzare le risorse, di realizzare economie di apprendimento o di esperienza, di scala e di gestione, e di migliorare la qualità delle prestazioni in coesione 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;

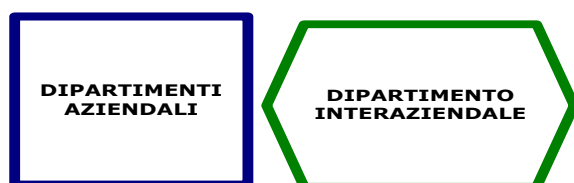
- strutture e funzioni amministrative e tecniche della direzione aziendale organizzate in dipartimenti strutturali: attività di supporto operativo per l'efficiente ed efficace gestione dell'Azienda; ricerca dell'efficienza organizzativa attraverso la realizzazione di buone pratiche gestionali; gestione 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:**



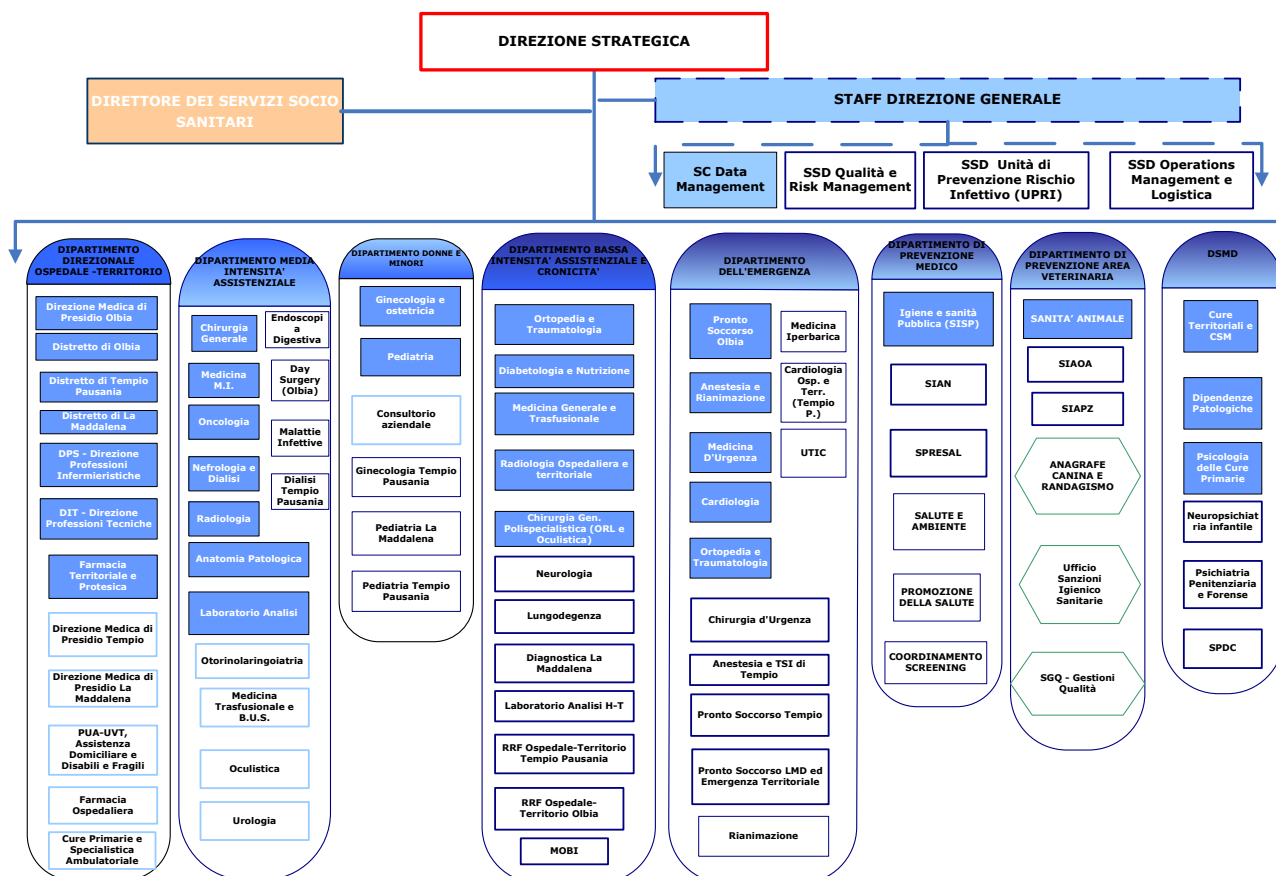
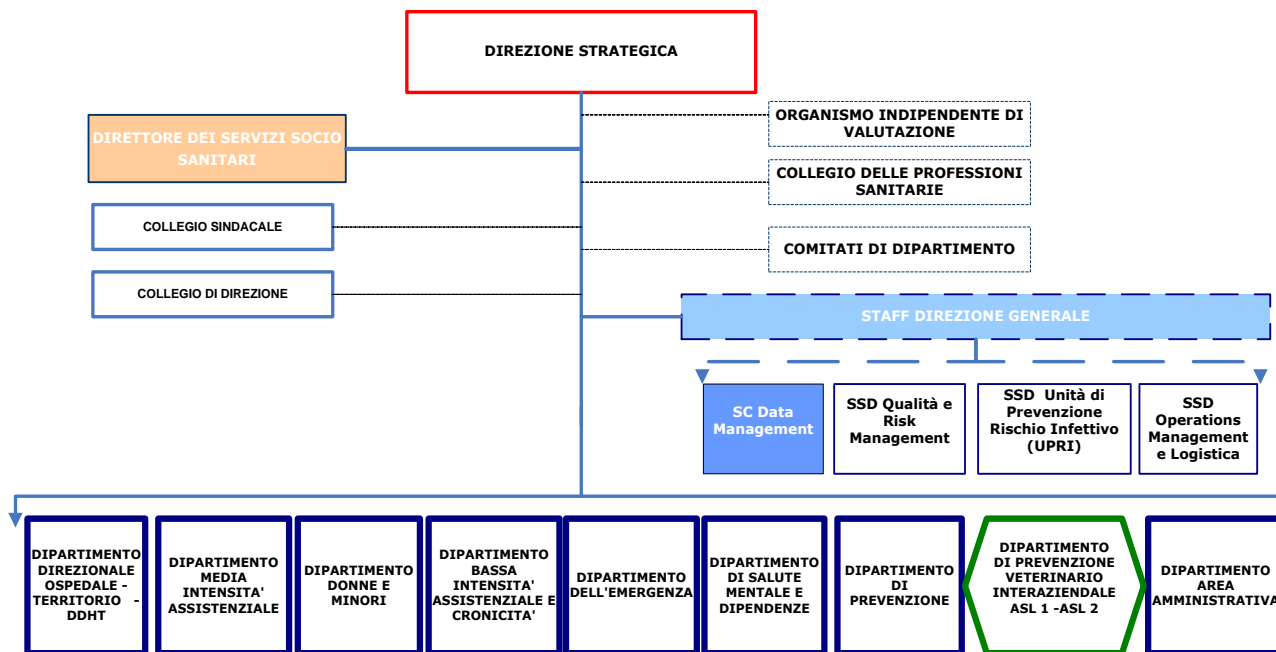
- **Articolazioni:**

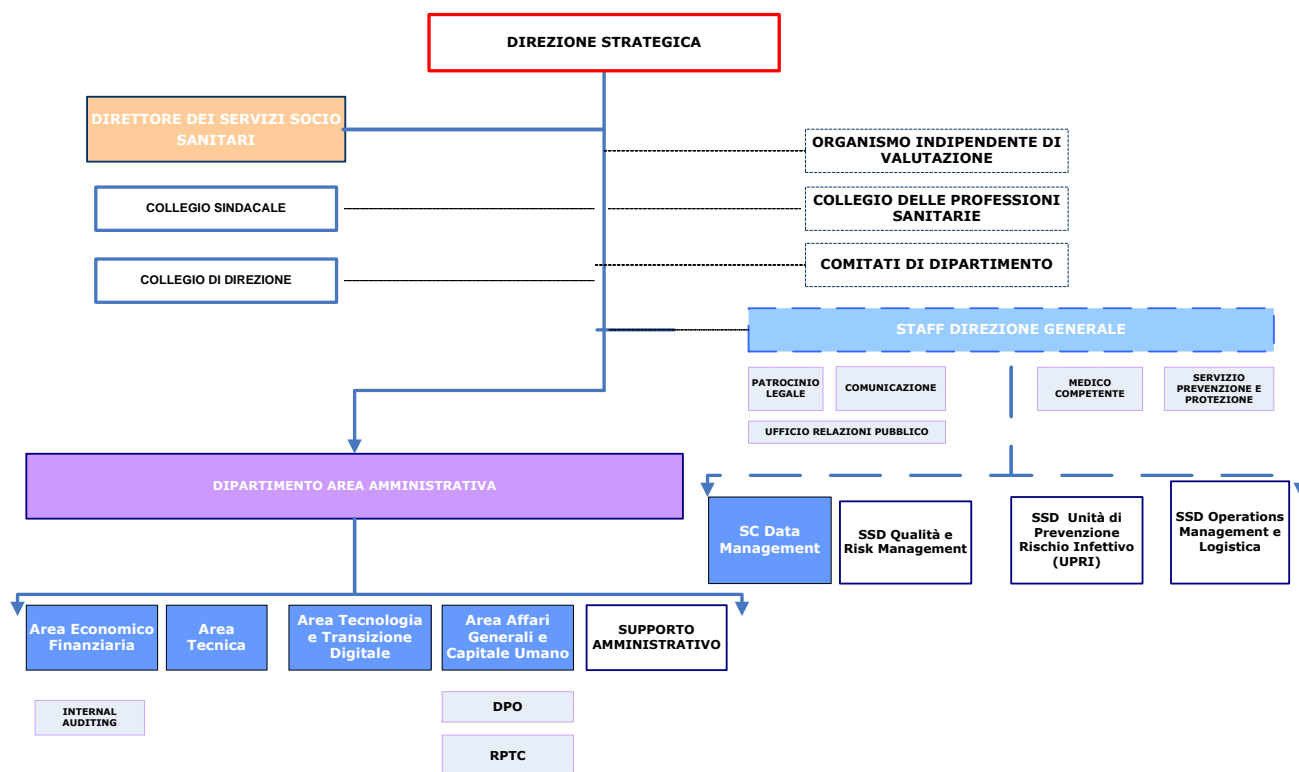


- **Relazioni:**

Dipendenza gerarchica _____

Coordinamento - - - - -

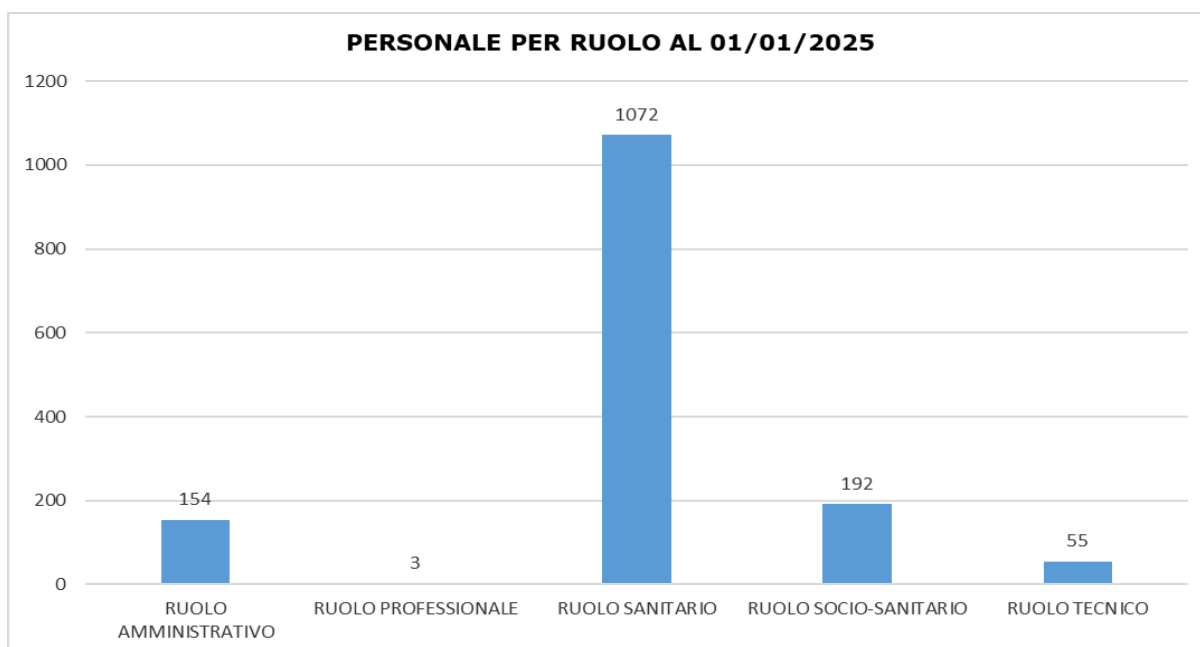
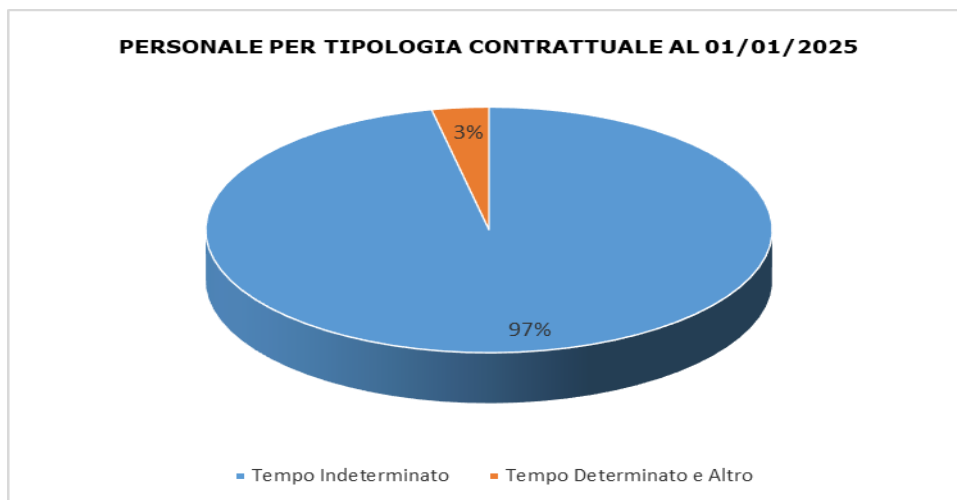




Le risorse umane

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

PERSONALE ASL GALLURA AL 01/01/2025			
RUOLO/ NATURA CONTRATTO	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO	TOTALE
RUOLO AMMINISTRATIVO	146	8	154
RUOLO PROFESSIONALE	2	1	3
RUOLO SANITARIO	1.037	35	1072
RUOLO SOCIO-SANITARIO	189	3	192
RUOLO TECNICO	54	1	55
TOTALE	1.428	48	1.476



La tabella seguente riporta un'analisi quantitativa e qualitativa relativa al personale dell'ASL Gallura riferita al 01/01/2025 e al 01/01/2024 ed il relativo confronto.

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi			
Dipendenti ASL GALLURA	Numero al 01/01/2025	Numero al 01/01/2024	Variazione
Numero totale dipendenti	1.476	1.440	36
Numero totale dipendenti ruolo sanitario	1.072	1.068	4
Numero totale dipendenti ruolo tecnico	55	47	8
Numero totale dipendenti ruolo socio-sanitario	192	173	19
Numero totale dipendenti ruolo professionale	3	3	0
Numero totale dipendenti ruolo amministrativo	154	149	5
Numero totale donne	1.080	1.047	33
Numero totale uomini	396	393	3
Età media del personale	51	51	0
Età media del personale a tempo indeterminato	51	51	0
Età media del personale non a tempo indeterminato	39	43	-4
Numero totale dei dirigenti	353	367	-14
Età media dei dirigenti	52	52	0

Analisi caratteri qualitativi/quantitativi			
Dipendenti ASL GALLURA	Numero al 01/01/2025	Numero al 01/01/2024	Variazione
Età media dei dirigenti a tempo indeterminato	52	53	-1
Età media dei dirigenti non a tempo indeterminato	44	44	0
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.	44	42	2
Età media del personale dirigente maschile a t. indet.	54	55	-1
Età media del personale dirigente maschile non a t. indet.	44	47	-3
Età media del personale dirigente maschile	53	55	-2
% di dirigenti donne (sul totale dirigenti)	62%	62%	0
% di dirigenti uomini (sul totale dirigenti)	38%	38%	0
% di dirigenti donne (sul totale personale)	15%	16%	0
% di dirigenti uomini (sul totale personale)	9%	10%	0
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato	1.428	1.388	40
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato donne	1.049	1.018	31
Numero totale dipendenti a tempo indeterminato uomini	379	370	9

Parte II –La programmazione sanitaria triennale

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

La Missione 6 Salute si articola in due componenti:

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale i cui interventi sono finalizzati a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali come le *Case della Comunità* e gli *Ospedali di Comunità*, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;

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

A. Indirizzi strategici aziendali per livello di assistenza

A.1 Area della Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica

1. Indirizzi regionali e nazionali in materia

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

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

39

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 Necrosco- piche	Certifi- cato Idonei- tà fisica alla guida	Certifi- cati idonei- tà fisica alla guida di natan- ti	Certificato idoneità fisica per detenzion- e/uso di armi	Certifi- cati di adozio- ne minor- i	Certific- ato /rinno- vo parche- ggio riserva- to	Certifi- cato esenzi- one uso cintur- e di sicure- zza	Certificato idoneità fisica addetti sicurezza locali di intratteni- mento	Certific- ato idoneit- à fisica conduc- enti NCC	Attività di estumula- zione e riduzione cadaveric- a
ASL Gallura	20 23	750	25	15	231	8	211	2	13	1	120
	20 24	465	10	0	92	23	271	2	3	4	91
	Δ %	-38%	-60%	-100%	-60%	188%	28%	0%	-77%	300%	-24%

Vigilan- za luoghi di vita		Sopra- lluog- hi igieni- ci sanit- ari Vigila- nza	Pareri Com- missi- one di Vigila- nza Pubbl- ico Spett- acolo	Sopra- lluog- hi vigilan- za impiant- i sportivi /natato- ri	Indagi- ne epide- miolog- ica per malatti- e infetti- ve	Indagi- ne epide- miolog- ica per malatti- e infetti- ve Contat- ti	sopra- lluog- hi case di ripos- o	Sopra- lluog- hi case di ripos- o e CAM	Verifica pratic- e edilizie Duaap: istrutto- ria/par- eri	campio- namen- ti legion- ella	Sorve- glianz- a Sanit- aria Passi e Passi D'Arg- ento	Regis- trazio- ni sched- e Renca- m	sopra- lluog- hi parruc- chier- i esteti- ste
ASL Gallura	20 23	110	19	9	61	***	35	2	265	52	234	2563	32
	20 24	89	23	1	134	919	6	8	296	79	262	2902	51
	Δ %	-19%	21%	-89%	120%		-83%	300%	12%	52%	12%	13%	59%

Vaccinazi- oni		Meningoc- occo A/C W135Y	Morbi- llo Parot- ite Rosol- ia	Morbi- llo Parot- ite Rosol- ia Varic- ella	Difterit- e Tetano- Pertose Polio Pediat- rico	Difter- ite Tetan- o Pertose Adulti (TdaP)	Difter- ite Tetan- o Pertose Polio Adulti (TdaP- IPV)	Esavale- nte (difetri- te tetano- pertoss- e Polio HiB Epatite B)	Epat- ite A Adul- ti	Epatite A Pediat- rico	Epat- ite A e B adul- ti	Herp- es Zoster	Menin- go cocco B
ASL Gallura	20 23	1475	192	2071	1253	507	746	2512	104	18	8	773	3510
	20 24	1787	88	1842	1010	604	1325	2366	151	11	21	1825	4037
	Δ %	21%	-54%	-11%	-19%	19%	78%	-6%	45%	-39%	163%	136%	15%

Vaccina zioni		Feb bre Gial la	Papill oma IX valen te	Pneum ococco XX valente	Pneum onocco XXIII valente	Tif o or al e	Tif o IM	Antira bbica	Rota virus	Influ enza	Coron avirus	Totale vaccina zioni sommen istrate	Totale dosi vaccinal i sommen istrate	Total e pazi enti vacci nati
ASL Gall ura	20 23	47	3651	359	44	91	4	24	1741	4318	2266	28923	59524	13018
	20 24	63	3403	1485	14	128	15	18	1636	5980	2130	33086	64226	15046
	Δ %	34 %	-7%	314%	-68%	41 %	27 5%	-25%	-6%	38%	-6%	14%	8%	16%

SIAN

AREA SICUREZZA ALIMENTARE			
Ispezioni e Verifiche	2023	2024	Δ%
Alimenti	215	264	23%
Acque di destinazione al consumo umano	962	1066	11%
Prodotti fitosanitari IMPIEGO (controlli all'utilizzo nella produzione primaria)	0	0	0%
Prodotti fitosanitari COMMERCIO (controlli alla commercializzazione/rivendita/importazione)	0	0	0%
Valutazione per il rilascio delle abilitazioni alla vendita di fitosanitari (certificazioni CAV)	2	7	250%
Valutazione per il rilascio delle abilitazioni all'acquisto e all'utilizzo dei fitosanitari	62	68	10%
Certificati di export	14	7	-50%
Ispettorato micologico	70	269	284%
Infezioni - intossicazioni e tossinfezioni alimentari (MTA)	1	2	100%

AREA SICUREZZA NUTRIZIONALE			
Attività	2023	2024	Δ%
Tabelle dietetiche	78	158	103%
Diete speciali	106	4	-96%
Controllo qualità nutrizione pasti	0	84	100%
Consulenza capitolato d'appalto per mense collettive	0	4	100%
Pareri per convenzione prodotti dietetici	4	7	75%

Campionamenti e Controlli	2023	2024	Δ%
Alimenti (farine, frutta, bevande, preparazioni Gastronomiche)	90	71	-21%
Acque destinate al consumo umano	54	73	35%

SPRESAL

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA AGLI AMBIENTI DI LAVORO 2023-2024

ASL GALLURA	ANNO	ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI MEDICINA DEL LAVORO LAVORATORI INTERESSATI	ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI MEDICINA DEL LAVORO AZIENDE INTERESSATE	ATTIVITÀ DI INDAGINE PER MALATTIA PROFESSIONALE LAVORATORI INTERESSATI	ATTIVITÀ DI INDAGINE PER MALATTIA PROFESSIONALE AZIENDE INTERESSATE	ATTIVITÀ MEDICO LAVORATIVA IN CORSO DI INDAGINE E PER INFORTUNIO LAVORATORI INTERESSATI	ATTIVITÀ MEDICO LAVORATIVA IN CORSO DI INDAGINE E PER INFORTUNIO AZIENDE INTERESSATE
	2023	20	19	4	4	0	0
	2024	49	27	54	35	12	5
	Δ%	145%	42%	1250%	775%	100%	100%

ASL GALLURA		NUMERO CONTROLLI 2023			NUMERO CONTROLLI 2024		
		Programmati	Effettuati	Aziende Sanzionate	Programmati	Effettuati	Aziende Sanzionate
REACH-CLP	Numero aziende	4	4	0	2	2	0
	Numero Schede di sicurezza -SDS	3	3		3	3	
	Numero campionamenti	1	1		0	0	
	Numero controlli effettuati (contenuto Sds, etichettature imballaggi, registro nazionale preparati pericolosi, obblighi di registrazione, obblighi informativi lungo la catena di distribuzione, ecc.)	9	9		9	9	
	Numero incontri formativi	1	1		0	0	
BIOCIDI	Numero aziende	2	2	0	2	2	0
	Numero Schede di sicurezza -SDS	2	2		2	2	
	Numero controlli effettuati (contenuto Sds, etichettature imballaggi, registro nazionale preparati pericolosi, obblighi di registrazione, obblighi informativi lungo la catena di distribuzione, ecc.)				8	8	

ATTIVITÀ di VIGILANZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO							
ASL GALLURA		NUMERO CONTROLLI 2023			NUMERO CONTROLLI 2024		
		Programmati	Effettuati	Aziende Sanzionate	Programmati	Effettuati	Aziende Sanzionate
Edilizia:	Numero aziende edili (aziende con dipendenti + lavoratori autonomi) comprese imprese di bonifica da amianto	260	276	43	260	309	103
	Numero sopralluoghi (solo primo sopralluogo, ovvero non sono conteggiati i ricontrolli in caso di sanzioni) , compresi cantieri di bonifica da amianto	175	176		175	175	
Agricoltura	Numero aziende (aziende con dipendenti + lavoratori autonomi), compresi utilizzatori professionali, contoterzisti e rivenditori di prodotti fitosanitari	40	41	0	45	45	1
Comparto portuale	Numero sopralluoghi (solo primo sopralluogo, ovvero non sono conteggiati i ricontrolli in caso di sanzioni)	4	4	0	4	6	0
Comparto marino e della pesca	Numero sopralluoghi (solo primo sopralluogo, ovvero non sono conteggiati i ricontrolli in caso di sanzioni)	4	10	0	16	18	0
Altri comparti	Numero aziende (aziende con dipendenti + lavoratori autonomi), per il TOTALE è da intendere le aziende controllate durante i sopralluoghi + controlli amministrativi	158	158	15	168	198	43

ATTIVITÀ di VIGILANZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO							
ASL GALLURA		NUMERO CONTROLLI 2023			NUMERO CONTROLLI 2024		
		Programmati	Effettuati	Aziende Sanzionate	Programmati	Effettuati	Aziende Sanzionate
TOTALE aziende	Numero aziende (aziende con dipendenti + lavoratori autonomi)	458	475	58	493	576	147

SCREENING

Screening oncologici 2023-2024					
ASL Gallura	Anno	Attività	Screening Service Uterina	Screening Mammografico	Screening Colon Retto
	2023	Inviti al 1° livello	10410	277	14.623
		Adesioni	5396	262	3561
		Tasso di adesione	52%	95%	24%
	2024	Inviti al 1° livello	14.653	5.105	18.867
		Adesioni	6.040	4.491	4.227
		Tasso di adesione	41%	88%	22%

SALUTE E AMBIENTE

Vigilanza Rischio Amianto (Salute e Ambiente)	2023	2024	Δ
N. Segnalazioni pervenute	1	7	6
N. Sopralluoghi effettuati	1	7	6
N. Campioni prelevati	0	1	1
N. Comunicazioni Autorità	0	7	7
N. Sanzioni	0	0	0

Conferenze di servizi	2023	2024	Δ
N. Convocazioni Conferenze Servizi per AUA	3	11	8
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per AUA	0	11	11
N. Convocazioni Conferenza Servizi per VIA **	0	14	14
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per VIA	2	14	12
N. Convocazioni Conferenza Servizi per VAS***	8	13	5
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per VAS	9	13	4
N. Convocazioni Conferenza Servizi per AIA****	0	1	1
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per AIA	0	1	1
N. Convocazioni Altre Conferenze Servizi	5	13	8

Conferenze di servizi	2023	2024	Δ
N. Partecipazioni/Pareri espressi Conferenza Servizi per Altre	7	13	6

Verifica sulla salute derivante dall'inquinamento dell'aria, suolo e acqua	2023	2024	Δ
N. segnalazioni pervenute	67	6	-61
N. sopralluoghi effettuati	67	6	-61
N. comunicazioni autorità	32	6	-26
N. partecipazioni riunioni sulle tematiche salute e Ambiente	4	61	57

DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA VETERINARIA

SANITA' ANIMALE

ASL Gallura	ANN O	Allevament i ovi-caprini	Consistenz a capi ovi-caprini	Allevament i bovini	Consistenz a capi bovini	Allevament i suini	Consistenz a capi suini	Allevament i equini
	2023	1.368	135.108	1.745	32.830	1.003	6.268	1.119
	2024	1.318	119.642	1.741	31.023	974	5.229	1.151
	Δ%	-4%	-11%	0%	-6%	-3%	-17%	3%

Tipologia	N° codici Aziende Aperte 2023			N° codici Aziende Aperte 2024		
	N° Aziende	N° Allevamenti	Totale capi	N° Aziende	N° Allevamenti	Totale capi
BOVINI	1.718	1.780	32.152	1.681	1.741	31.023
OVICAPRINE	1.170	1.398	133.067	1.122	1.318	119.642
SUINE	1.032	1.067	6.435	945	974	5.259
EQUINE	1.073	1.220	2.810	1.124	1.151	3.073
AVICOLI	12	16	4.438	21	21	758
ACQUACOLTURA	12	36		16	41	
AZIENDE APISTICHE	354	388		411	412	

Tipologia	Numero controlli 2023			Numero controlli 2024		
	Programmati	Eseguiti	%	Programmati	Eseguiti	%
Tubercolosi bovina e bufalina: aziende controllate	332	344	104%	341	341	100%
Peste suina africana suino domestico	48	32	67%	48	46	96%
Brucellosi Bovina e Ovicaprina e leucosi bovina: aziende controllate	99	99	100%	88	89	101%

Tipologia	Numero controlli 2023			Numero controlli 2024		
	Programmati	Eseguiti	%	Programmati	Eseguiti	%
Blue Tongue profilassi vaccinale: n. aziende	179	107	60%	403	410	102%
Controlli identificazione e registrazione bovini, ovicapri, suini ed equidi: aziende controllate	148	167	113%	148	121	82%
West Nile Disease: sorveglianza volatili morti (n. capi conferiti)	200	218	109%	250	113	45%
Piano arbovirosi: sorveglianza entomologica (pool insetti conferiti)	290	208	72%	34	30	88%
TSE: campioni obex conferiti	301	257	85%	316	394	125%
Piano di genotipizzazione arieti: numero capi controllati	838	665	79%	/	741	100%
Sorveglianza BT: n. prelievi	1404	1513	108%	1404	1665	119%
Stagione venatoria: cinghiali campionati	0	119	100%	0	1018	100%
Piano salmonellosi aviare	1	0	0%	0	0	0%
Controlli su richiesta e programmati UVAC	10	10	100%	0	2	100%
BSE: campioni obex conferiti	595	27	5%	498	31	6%

Tipologia	Numero controlli 2023			Numero controlli 2024		
	Eseguiti	Positivi	%	Eseguiti	Positivi	%
Tubercolosi bovina e bufalina	344	0	0%	341	0	0%
Peste suina africana suino domestico	32	0	0%	49	0	0%
Brucellosi Bovina e Ovicaprina e Leucosi bovina	99	0	0%	112	6	5%
Blue Tongue	107	0	0%	39	24	62%
West Nile Disease	218	0	0%	179	0	0%

Tipologia	Controlli non programmati 2023			Controlli non programmati 2024		
	Eseguiti	Positivi	%	Eseguiti	Positivi	%
Tubercolosi bovina e bufalina: attività di controllo per compravendita n. capi controllati	5885	0	0%	0	0	0%
Anemia infettiva equidi	628	0	0%	545	0	0%
Malattie virali suino: n. capi prelevati per malattia di Aujeszky	53	6	11%	230	0	0%

Tipologia	Controlli non programmati 2023			Controlli non programmati 2024		
	Eseguiti	Positivi	%	Eseguiti	Positivi	%
Psa selvatico: sorveglianza passiva	143	0	0%	192	0	0%
Interventi in pronta disponibilità	150	0	0%	212	0	0%

SIAPZ

Ispezioni e Verifiche	2023	2024	Δ%
Allev. Prod. Zootecniche			
Latte (caseifici e stabilimenti registrati e riconosciuti, allevamenti, depositi, Audit)	106	88	-17%
Miele	13	11	-15%
Farmaci	89	117	31%
Alimentazione animale	28	27	-4%
Benessere animale	74	114	54%
Stabilimenti trasf. Latte (caseifici) con non conf.	9	9	0%
Certificazioni pre export	26	25	-4%
Certificazioni con ispezione per export formaggi	0	0	/

Campionamenti e Controlli	2023	2024	Δ%
Allev. Prod. Zootecniche			
Latte e formaggi (effettuati sia in produzione sia in distribuzione)	9	19	111%
Ricerca residui	15	12	-20%
Alimentazione animale	40	41	3%
MBV	1.071	1.023	-4%
Fito	301	* non di comp.	

 47

SIAOA

Controlli Ufficiali e verifica di efficacia dei Controlli Ufficiali 2023-2024			
Somma di Ispezione, Verifiche, Audit e successivi follow-up	2023	2024	Δ%
Controlli ufficiali in Stabilimenti registrati	2.638	1.100	-58%
Controlli ufficiali in Stabilimenti riconosciuti	1.822	2.953	62%
Verifiche sulla tutela del benessere animale presso stabilimenti di macellazione	6	54	800%
Verifiche di efficacia sulle corrette prassi del Controllo Ufficiale (verifiche interne sull'operato dei Dirigenti Medici Veterinari e Tecnici della Prevenzione) – Audit Interni	8	11	38%
Controlli Ufficiali su richiesta di altre Autorità Competenti	12	35	192%
Controlli ufficiali per eventi di Allerta alimentare	12	191	1492%
Controlli Ufficiali su richiesta dell'Utente per attestazioni o certificazioni	21	26	24%

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

Controlli Ufficiali – Campionamenti su matrici alimentari di origine animale 2023-2024			
	2023	2024	Δ%
Piano Alimenti controlli criteri sicurezza alimentare	79	75	-5%
Piano Alimenti controlli presenza di sostanze chimiche (metalli pesanti, Diossine, PCB, Allergeni, Fitosanitari, ecc)	64	39	-39%
Piano residui e ricerca sostanza illecite	48	45	-6%
Ricerca parassiti agenti di zoonosi	24.625	19.305	-22%

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

Anagrafe Operatori del Settore Alimentare – SIAOA			
	2023	2024	Δ%
Stabilimenti registrati	52	1.000	1823%
Stabilimenti riconosciuti	3	80	2567%

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

3. Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire

48

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

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

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

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

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

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

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

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

- Ridurre il carico di malattia mettendo le basi per sollevare il nostro sistema paese da un carico prevenibile di eventi morbosi e mortali, rafforzando il contributo da parte del servizio sanitario al sistema di welfare e rendendo questo più sostenibile, anche in relazione agli andamenti demografici tipici del nostro Paese.

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

L'obiettivo generale nell'ambito della Prevenzione e Promozione della Salute del presente piano triennale, è dunque quello di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbidità, mortalità e disabilità dovuto alle malattie non trasmissibili attraverso la collaborazione e la cooperazione

multisetoriale a tutti i livelli, regionale, nazionale e mondiale (Piano di azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili per il periodo 2013-2020- OMS), Il Dipartimento di Prevenzione di fatto accoglie in sé anche l'esigenza di adeguare l'offerta al costante mutamento della domanda di salute individuando sia nuovi ambiti di interesse che una più ampia collocazione in settori già esistenti ma in evidente crescita ed espansione operativa. Sono quelle che si intende denominare *Aree Emergenti* e sulle quali sarà necessario incidere con strategie organizzative ben precise e coerenti con l'impegno nell'applicazione dei nuovi LEA di cui al DPCM 12 gennaio 2017 (G.U. n° 65 del 18.3.2017, S.O. n° 15), capo II Art. 2: area prevenzione collettiva e sanità pubblica, che hanno confermato l'orientamento strategico secondo il quale la promozione della salute e la prevenzione delle malattie croniche è diventata una priorità per la sanità pubblica. Da un punto di vista organizzativo si precisa che, ai sensi dell'articolo 37 della L.R. n. 24/2020 è prevista l'attivazione, in via sperimentale, di due dipartimenti denominati rispettivamente "dipartimento di prevenzione medico" (dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria) e "dipartimento di prevenzione veterinario" (dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale) articolati ai sensi dell'articolo 7-quater, comma 2, del D.lgs. 30.12.1992, n. 502.

Nell'ambito delle riforme del servizio sanitario regionale appare opportuno rammentare che la legge regionale n.8 11/03/2025 *Disposizioni urgenti di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del SSR. Modifiche alla legge regionale n.24 11/09/2020*, all'art.13 *Integrazioni all'art.37 della legge regionale n.24 del 2020 recanti disposizioni urgenti in materia organizzativa delle strutture del sistema sanitario regionale*, introduce l'art.37 bis che prevede l'istituzione presso la Asl del Sulcis del **Centro regionale per la prevenzione e la promozione della salute (CRPPS)** con le funzioni di supporto tecnico-scientifico della Regione e del sistema sanitario regionale in materia di sorveglianza della diffusione delle malattie e di governo del sistema di controllo delle stesse, di valutazione epidemiologica e di coordinamento nella realizzazione dei programmi di promozione della salute.

Il CRPPS, in sinergia con tutte le aziende sociosanitarie locali, le aziende ospedaliere ed ospedaliero-universitarie, l'azienda regionale dell'emergenza urgenza, le agenzie e gli enti della Regione e le Università, svolge le seguenti funzioni:

- a) preparazione ad eventuali emergenze sanitarie epidemiche e supporto tecnico-organizzativo alla Regione nella gestione delle emergenze epidemiche e pandemiche a livello clinico e diagnostico;
- b) gestione dei dati epidemiologici in relazione ad epidemie e pandemie;
- c) progettazione di interventi nella logica del principio one health ricercando l'integrazione tra salute ambientale, animale e umana;

- d) proposte di miglioramento ambientale e di riduzione di rischi di zoonosi, in collaborazione con l'Istituto zooprofilattico regionale;
- e) ricerca e monitoraggio nel campo della prevenzione delle infezioni trasmissibili potenzialmente pericolose per la popolazione;
- f) gestione delle pratiche di politica sanitaria finalizzate al buon utilizzo dei farmaci antibiotici e al contrasto all'antibiotico-resistenza;
- g) progettazione e conduzione di programmi di formazione sui temi attinenti, in collaborazione con l'ARES;
- h) supporto nella conduzione di un programma regionale di riorganizzazione dei processi e delle attività dei dipartimenti di prevenzione, secondo modelli di cooperazione e collaborazione interaziendale, con particolare riferimento ai programmi di screening oncologico, di osservazione epidemiologica dei tumori;
- i) promozione e realizzazione di interventi integrati per la tutela della popolazione dal rischio ambientale, in collaborazione con l'Azienda regionale per la protezione dell'ambiente (ARPAS), con particolare riguardo alle attività di sorveglianza epidemiologica e di comunicazione del rischio;
- j) progettazione e realizzazione, in collaborazione con l'ARES, del sistema informativo regionale della prevenzione (SIRP);
- k) sviluppo di forme di coordinamento e di miglioramento dei programmi di promozione della salute condotti dalle aziende socio-sanitarie locali in collaborazione con le aziende ospedaliere, anche attraverso la realizzazione di aggregazioni funzionali di intervento;
- l) sviluppo e conduzione centralizzata sul territorio regionale delle campagne di informazione e di comunicazione inerenti alla promozione della salute della popolazione;
- m) realizzazione, in collaborazione con l'AREUS, di sistemi di contact-center per facilitare l'accesso dei cittadini ai programmi di prevenzione e promozione della salute, nonché la diffusione delle comunicazioni e delle allerte correlate a epidemie e pandemie.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE AREA MEDICA

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

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

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

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

SPRESAL

Il territorio produttivo locale. 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; vedi allegato). 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 (al sassarese – +1,52% –, al cagliaritano – +1,18% –, al nuorese – +1,18% – e all'oristanese – +0,74%; il dato è 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 danno di seguito – perché solitamente ribaditi di anno in anno, con lievi scostamenti determinati da peculiarità congiunturali, i sommi capi dell'attività di vigilanza programmata dal detto Comitato per l'anno in corso:

- 493 aziende oggetto di vigilanza ex D. Lgs. 81/08 – art. 14, delle quali
- 260 appartenenti al comparto edile (per un totale di cantieri non inferiore a 175),
- 59 al comparto dell'alloggio e della ristorazione,
- 45 a quello agricolo,
- 42 a quello del commercio,
- 30 alle attività manifatturiere
- 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 2026-2028

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

Ciò premesso, si precisa quanto segue;

- Il programma di dettaglio relativo alle singole annualità è definito di anno in anno, secondo le modalità descritte, in sede regionale, ed è pubblicizzato e partecipato lungo i consueti canali istituzionali degli organi preposti;
- Alla luce degli elementi attualmente disponibili, non si ritiene necessario variare, nel triennio 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, con l'occasione, che il Servizio mantiene il ruolo di capofila per il PMP intitolato Piano mirato di prevenzione relativo ai rischi di malattie professionali nel comparto pesca. Si rammenta, con l'occasione, che il Servizio mantiene il ruolo di capofila per il PMP intitolato *Piano mirato di prevenzione relativo ai rischi di malattie professionali nel comparto pesca*;

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

SALUTE E AMBIENTE

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

Il Servizio si propone di:

- Promuovere e rafforzare integrazione e sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del Sistema nazionale di protezione ambientale SNPA e le Autorità Competenti deputate al rilascio delle autorizzazioni ambientali anche attraverso protocolli condivisi di intervento e collaborazione. Avviare percorsi di collaborazione e ricerca nella materia con IZS(ente del SRPS) e Università;
- Sostenere gli Enti e/o Servizi competenti nella scelta delle migliori strategie a riguardo dei diversi comparti che incidono su salute e benessere della popolazione e sulla tutela

dell'ambiente.

- 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:

- le buone pratiche sanitarie in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione, ristrutturazione e di "efficientamento" energetico degli edifici per la mitigazione del rischio indoor e outdoor, anche in relazione alla presenza di sostanze chimiche, biologiche e fisiche quale il Radon.
- L'applicazione dei principi dell'*Urban Health* fornendo linee di indirizzo per i Piani/Programmi urbanistici e di antropizzazione dei territori i quali siano progettati con azioni di tutela e promozione della salute, sottolineando la forte dipendenza tra il benessere fisico, psichico e sociale e l'ambiente urbano in cui si vive, ponendo particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili.
- Valutazione dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici e agli eventi estremi e alle catastrofi naturali e promuovere misure di mitigazione con co-benefici per la salute.

56

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:

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

- 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)

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 smiin 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 promuovere l'applicazione di misure per ridurre l'impatto ambientale della filiera agricola e zootecnica, con riferimento all'azione volte alla prevenzione delle zoonosi emergenti e delle malattie infettive prioritarie dove spicca la prossima pandemia di influenza aviaria in compartecipazione con i servizi veterinari (gestione animali selvatici e igiene urbana

veterinaria), analizzando la nuova evoluzione del rapporto uomo animale da affezione con estensione a specie che non rientravano tra gli animali da compagnia (mini pig, galline ornamentali, etc.). (2025)

- o 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 2026 - 2028 oltre ad essere impostata sui documenti di programmazione nazionale (PNP) e regionale (PRIC 2020 - 2022 e sui programmi del PRP 2020-2025) è modulata sul recupero di importanti inadempienze storiche, tra le quali la più importante quella del completamento dell'anagrafe OSA (registrazione degli delle imprese alimentari), indispensabile per una corretta e contestuale programmazione delle attività di Controllo Ufficiale Alimenti, (prestazione E1 LEA/2017). Inoltre la suddetta programmazione è fortemente condizionata dalla grave e cronica carenza di Dirigenti Medici (dal 2018 n.3 Dirigenti collocati in quiescenza e mai sostituiti) e da un numero fortemente insufficiente dei Tecnici della Prevenzione rispetto al volume di imprese alimentari presenti nel territorio di competenza. L'attuale organico medico si compone di un dirigente medico responsabile f.f., di un dirigente medico in quiescenza dal 2024, ed uno in formazione ed in condivisione con il servizio igiene pubblica

Ambito Sicurezza Alimentare:

Il SIAN quale Autorità Competente è investito, nell'ambito della *sicurezza alimentare*, della sorveglianza delle imprese alimentari nelle diverse fasi, dalla produzione primaria al trasporto, stoccaggio, trasformazione e distribuzione, somministrazione e commercializzazione delle materie prime e dei prodotti alimentari. Si prevede di mantenere il volume di attività delle Ispezioni e Verifiche delle imprese alimentari raggiunto nel 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**, oltretutte le altre incombenze che competono all'area funzionale igiene degli alimenti e delle bevande compresi nelle funzioni LEA/2017; a questi si aggiungono le attività non programmabili in quanto

si tratta di controlli ad hoc quali gestione Allerte Alimentari, Esposti/segnalazioni, Tossinfezioni alimentari, ed interventi con organi di polizia amministrativa e carabinieri del NAS .

Controllo utilizzo Prodotti Fitosanitari

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

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

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

59

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. Questo comporta un ulteriore impegno del Dirigente Medico per individuare in base alla ricategorizzazione del rischio le Imprese assoggettate ed un notevole impegno amministrativo per la predisposizione ed invio delle lettere di informazione con le relative bollette per le tariffe forfettarie e quelle calcolate su base oraria di intervento del personale del SIAN.

Azioni PRP 2026-2028

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 MO10 - codice obiettivo strategico MO1OS14 “migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti”
- o PP01 2025 - Macro obiettivo MO10 - codice obiettivo strategico MO1OS15 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e assicurare il loro diritto all’informazione

60

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.

Principali criticità riscontrate: mammografo di Olbia non funzionante per un mese; mammografo di Tempio Pausania non collegato allo storico perciò il trasferimento delle immagini tramite operatore (inviando la lista delle pz selezionate) fa perdere molto tempo. Sarebbero necessari almeno 4 Medici radiologi senologi e 4 TSRM senologi. Ambiti di miglioramento: assumere personale senologo dedicato esclusivamente agli screening o almeno al 50% come previsto dalle

linee guida. Le prestazioni aggiuntive non sono appetibili e vengono rifiutate in quanto a fronte di 60 euro lorde l'ora proposte dalla ASL i professionisti ottengono dai 250 ai 350 euro netti ad esame nel privato. Rimodulare i contratti di manutenzione delle apparecchiature prevedendo tempi più brevi per la riparazione straordinaria. Risolvere il problema informatico della Radiologia di Tempio Pausania per il trasferimento delle immagini.

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.

Principali criticità riscontrate: Mancanza di un altro colonscopista ad Olbia. Le prestazioni aggiuntive non sono appetibili e vengono rifiutate in quanto a fronte di 60 euro lorde l'ora proposte dalla ASL i professionisti ottengono dai 250 ai 350 euro netti ad esame nel privato. Mancata organizzazione di Corsi di formazione per MMG e farmacisti. Ritardo nell'acquisizione degli ordini del materiale di laboratorio.

Ambiti di miglioramento: assumere personale dedicato esclusivamente agli screening o almeno al 50% come previsto dalle linee guida. Prevedere altro personale totalmente dedicato per il centro screening per poter organizzare tutte le attività previste. Rimodulare i contratti delle Ditte prevedendo tempi più brevi per l'invio del materiale.

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.

Principali criticità riscontrate: ritardo nella lettura dei vetrini in anatomia patologica.

Ambiti di miglioramento: Già previste ore aggiuntive per la biologa del Servizio incaricata.

SERVIZIO IGIENE EPIDEMIOLOGIA E SANITA' PUBBLICA (SISP)

La programmazione delle attività del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica nel triennio 2026-2028 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 M.I. si darà particolare importanza all'aspetto relativo alla tempestiva

trasmissione del flusso dati e alla gestione dei casi e dei contatti, al fine di interrompere rapidamente eventuali eventi epidemici. La diffusione delle informazioni su eventuali situazioni di criticità presenti nel territorio sarà oggetto di particolare attenzione, anche di concerto con le autorità sanitarie locali; saranno sottoposte a particolari controlli le situazioni di rischio correlate alle infezioni emergenti quali le antropozoonosi. 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 di raggiungimento dell'80% del target di popolazione da intervistare per le sorveglianze Passi e Passi d'Argento, raggiunto nel corso degli anni precedenti, dovrebbe essere implementato al fine di poter garantire una rappresentazione campionaria aziendale valida della popolazione residente nel territorio e facilitare l'identificazione dei bisogni di salute ai quali dare risposte.

AZIONI PRP 2026-2028

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 2026 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 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 2026 si avvierà l'attività formativa/informativa relativa alla comunicazione per la promozione della cultura della prevenzione negli anziani con particolare attenzione alle donne in età superiore ai 64 anni, particolarmente esposte alle cadute, e alla prevenzione degli incidenti stradali in età pediatrica attraverso le analisi dei comportamenti scorretti alla guida (guida sotto l'effetto dell'alcool e uso del cellulare alla guida, mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza per i bambini). Con riferimento al PP01 "Scuole che promuovono salute", il cui obiettivo è quello di promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione da parte delle scuole dell'"Approccio globale alla salute", con l'avvio dell'azione regionale di diffusione del NESS (Network Scuola Salute Sardegna), propedeutica alle attività locali, si darà seguito all'attività di formazione orientata al potenziamento delle Life Skills come già avviata negli anni pre pandemici, ed in particolare si attiveranno percorsi informativi rivolti alla popolazione, giovane giovanissimi, orientati a sviluppare uno stile di vita sano e rafforzare la collaborazione con la comunità locale (MO1OS07). Si dovrà contestualmente riattivare il programma di inserimento del "Bambino con diabete in ambito scolastico e il programma "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 proseguirà anche nel triennio 2026 -2028, 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.

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 precedente riforma del Servizio Sanitario Regionale per il Nord Sardegna (Legge 24/2020) individuava 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 quadro normativo colloca il Dipartimento di Prevenzione tra gli organi facenti parte del SNPS (art. 27 L. n. 79/2022) in una logica di rete, congiuntamente ad altri Enti (Regione, IZS, Ministero della Salute e ISS) la cui finalità è il perseguimento degli obiettivi di prevenzione primaria attraverso la promozione della salute, prevenzione e controllo dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici secondo un approccio One Health nella sua evoluzione "planetary health". Inoltre, l'imminente realizzazione del SRPS (Decreto 9/06/2022) che articola, a livello locale, il ruolo dei diversi Enti coinvolti, attribuisce ai Dipartimenti di prevenzione un ruolo di collettori della prevenzione primaria per il controllo delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici. Tale ruolo si integra e si coordina con l'esistente Sistema Nazionale per la Protezione Ambientale (SNPA) Legge n. 136/2016 a cui afferiscono tutti gli enti che si occupano di tutela dell'ambiente e della popolazione dai rischi di varia natura. Un'ulteriore novità è stata introdotta dal DM 77/2021 che crea un nuovo sistema di prestazione sanitaria declinata nelle Case della Comunità, direttamente collegata al territorio ed in équipe, dove il personale del Dipartimento di Prevenzione sarà integrato agli altri servizi posti a garantire i bisogni di salute. È, dunque, evidente la complessità del nuovo contesto in cui è incardinata l'azione dei servizi del DPV e richiede competenze sempre più articolate e trasversali per il conseguimento dei LEA, come previsto dal

Nuovo Sistema di Garanzia (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 Gestione e Controllo della Qualità e della Sicurezza alimentare e la SSD Sanzioni igienico sanitarie.

Attività specifiche programmate per il triennio 2026/2028

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 Arbovirus
- Piano Peste Suina Africana(PSA),
- Monitoraggio sorveglianza passiva Peste Suina Africana e Classica(PSA-PSC) in suini domesticie 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 e gestione dei focolai;
- Profilassi vaccinale per la Lumpy Skin disease (LSD) e gestione dei focolai.

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 SSN, veterinari LP, allevatori e consulenti filiere agro-zootecniche, congiuntamente al Siapz e al Servizio Salute e ambiente e ad altri Enti competenti in materia (Facoltà di Agraria e Veterinaria) per la promozione di indirizzi produttivi, gestionali finalizzati alla sostenibilità e preservazione delle biodiversità attraverso la riduzione dell'impatto ambientale della filiera agricola (MO5LSkk).

SIAPZ

La programmazione, su base triennale, delle attività di competenza del Servizio di Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche è vincolato alla programmazione del Ministero e della

Regione Sardegna, il servizio contestualmente svilupperà i progetti di prevenzione collettiva sulla base di quanto previsto dal PNP 2020-2025 e dal PRP 2020-2025.

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

- Piano Regionale 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 IRASFF sugli alimenti e mangimi;
- Attività di vigilanza sui laboratori di analisi per uso diagnostico veterinario e sugli ambulatori veterinari

I programmi predefiniti del PRP attribuiscono al SIAPZ diversi obiettivi da sviluppare ai fini della tutela della salute della popolazione umana ed animale e ricadono nel macro-obiettivo Malattie infettive prioritarie (MO6) e Ambiente, clima e salute (MO5). Congiuntamente ai Servizi SAAZ e Salute e Ambiente dei Dipartimenti della Asl Gallura e ad altri Enti competenti in materia (Facoltà di Agraria e Veterinaria) verrà sviluppato un percorso di sensibilizzazione trasversale a veterinari SSN, veterinari LP, allevatori e consulenti filiere agro-zootecniche, per la promozione di indirizzi

produttivi, gestionali finalizzati alla sostenibilità e preservazione delle biodiversità attraverso la riduzione dell'impatto ambientale della filiera agricola (MO5LSkk). Si provvederà ad attivare, anche, corsi di formazione rivolti agli stakeholder in materia di benessere animale e 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 PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE e le altre Strutture coinvolte, alla 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;
- Supporto e presidio per l'aggiornamento del livello di rischio di "corruzione" dei processi aziendali;
- 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

Il Servizio Igiene Alimenti di origine Animale (SIAOA), in forma di SSD sono riferibili a:

1. Attività Sede Centrale.

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

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

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

2. Attività Sedi periferiche o decentrate.

Nelle Sedi periferiche si svolgono le attività programmate in Sede Centrale, secondo Piani di lavoro e Programmi che si realizzano, anche in dipendenza di Piani e della Programmazione di derivazione Ministeriale o Regionale.

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

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

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

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

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

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

origine animale lungo tutto il percorso produttivo. In caso di insorgenza di un pericolo per la salute, la rintracciabilità, deve consentire di risalire alla fase di produzione in cui lo stesso si è concretizzato per prevenire che si ripeta nel tempo e di ritirare o richiamare dal mercato i tutti prodotti potenzialmente pericolosi già commercializzati.

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

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

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

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

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

Obiettivi 2026

Il SIAOA, in funzione delle classi rischio attribuite annualmente agli Operatori del Settore Alimentare, dovrebbe replicare in termini numerici i Controlli Ufficiali previsti per l'anno 2025.

Obiettivi 2026-2028

Per il triennio 2026-2028 il SIAOA, in funzione delle classi di rischio attribuite agli operatori del Settore Alimentare e in stretta dipendenza dell'andamento economico delle attività produttive (Aziende del Settore Alimentare) che potrà condizionare la numerosità delle stesse (rapporto % degli Operatori che estinguono la propria attività vs Operatori che realizzano nuove attività produttive), dovrebbe ricondurre i propri obiettivi a quelli del 2025 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;
- Programma regionale di sviluppo. Ambito strategico 2.1 Sanità e salute. Deliberazione n.4/13 del 22.01.2025;
- Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025-2030;
- 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 tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza Idrotermale	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali	Attività di centrale operativa territoriale (COT)
Ambulatorio Laboratorio	18	5	3										
Struttura Residenziale												1	
Struttura semiresidenziale					2								
Altro tipo di Struttura	6			5	5	2							2

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	8	3	6									
Struttura Residenziale					3	1			6	1	1	1
Struttura semiresidenziale					1							
Altro tipo di Struttura												
Medico Singolo												

Per le seguenti aree di attività dell'assistenza distrettuale

	Distretto Olbia		Distretto Tempio P.		Distretto La Maddalena		Totale Asl Gallura	
	N° Medici		N° Medici		N° Medici		N° Medici	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
a) Assistenza sanitaria di base:								
Medici di medicina generale	67	69	21	18	5	4	93	91
Pediatri di libera scelta	10	10	2	2	2	2	14	14
Continuità assistenziale								
Punti guardia di continuità assistenziale	16	16	4	4	1	1	21	21
b) Emergenza sanitaria territoriale								
n° medici 118	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Penitenziaria:								
Personale Medico	0	0	5	5	0	0	5	5
Personale sanitario del comparto	0	0	5	5	0	0	5	5

ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE ASL GALLURA		
	n. GIORNI 2023	n. GIORNI 2024
RSA	21.315	20.698
CASE PROTETTE	127.757	124.132

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA ASL GALLURA				
	2023		2024	
	EROGATE DA PUBBLICO	EROGATE DA PRIVATO	EROGATE DA PUBBLICO	EROGATE DA PRIVATO
N. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA EROGATI AGLI UTENTI ESTERNI:	1.412.103	518.870	1.393.492	580.076
DI CUI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	46.442	5.482	44.807	5.171
DI CUI RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	75.779	37.173	73.672	42.072
DI CUI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO ANALISI	1.019.498	399.560	969.431	452.561
DI CUI SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA				

Fonte dati: Distretti

ASSISTENZA RIABILITATIVA ASL GALLURA		
	2023	2024
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	-	785
Riabilitazione Globale a ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	636	196
Riabilitazione residenziale a valenza socio riabilitativa	-	1.980
Riabilitazione globale a ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	3.177	3.423
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità	-	65
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità a tempo ridotto	-	-
Ambulatoriale intensiva	184	257
Ambulatoriale estensiva	25.332	33.312
Domiciliare	13.290	16.506
Ambulatoriale mantenimento	3.747	3.849
Domiciliare mantenimento	7.610	8.956

CONSULTORIO	Distretto Olbia		Distretto Tempio Pausania		ASL GALLURA		
	2024	2023	2024	2023	2024	2023	Δ 2024-2023
Numero Ecografie eseguite	708	446	294	306	1.002	752	33%
Numero Consulenze Psicologiche	367	97	950	1.086	1.317	1.183	11%
Numero visite							
Area pediatrica*	2013	4.019	0	0	2.013	4.019	-50%
Area ginecologica	590	3.845	484	2782	1.074	6.627	-84%
Numero colloqui							
Area sociale	145	62	0	0	145	62	134%
Area adolescenziale	283	162	186	220	469	382	23%

DSMD - 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.

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 2026-2028, 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 Ser.D;

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.

77

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.

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.

NPI

L'attività della struttura di Neuropsichiatria infantile ha carattere multidisciplinare ed 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 struttura 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 seguenti sedi:

- sede operativa di Olbia presso l’Ospedale “San Giovanni di Dio”;
- sede operativa di Tempio Pausania presso il Poliambulatorio del Distretto,

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

La struttura di SPDC del presidio ospedaliero Giovanni Paolo II Olbia si occupa di un territorio molto vasto a cui afferiscono tre Pronto Soccorso (Ospedali di Olbia, Tempio, La Maddalena). L’attività di ricovero è stata sospesa temporaneamente a partire da giugno 2025 a causa di carenza di medici, e ciò ha portato al ricovero dei pazienti e allo spostamento del personale verso il CSM territoriale. Negli ultimi anni è aumentata la richiesta di consulenze psichiatriche sia dal PS che dagli altri reparti ospedalieri, numero 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 quanto riguarda 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 necessitino di un ricovero in reparto psichiatrico.

SERD

UTENTI PRESI IN CARICO 2023-2024				
ANNO	TOSSICODIPENDENZE	ALCOOLISMO	GIOCO D'AZZARDO	ALTRO (DCA)
2023	859	164	16	18
2024	976	142	30	12
(Delta %)	13,62%	-13,41%	87,50%	-33,33%

Fonte dati: SerD.

INSERIMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER PERSONE CON DIPENDENZE PATOLOGICHE		
ANNO	2023	2024
N. UTENTI INSERITI PER TOSSICODIPENDENZE	28	37
N. UTENTI INSERITI PER ALCOOLDIPENDENZE	12	8
TOTALE	40	45

Fonte dati: SerD.

ANNO 2024	Uso Primario	Uso Secondario	Uso per via endovenosa
Amfetamine	50	3	
Ecstasy e analoghi	79	4	
Benzodiazepine	70	138	
Cannabinoidi	176	182	
Cocaina	165	112	78
Eroina	224	70	209
Metadone	92	30	
Morfina	2	3	7
Alcool	142	179	
Altro*	160	270	
TOTALE	1.160	991	287

Fonte dati: SerD.

DETTAGLIO PRESTAZIONI	2023	2024	Δ 2024-2023
N. giorni di ricovero presso strutture residenziali	4.274	4.808	534
Seduta psicoterapia individuale	3.992	3.280	-712
Sedute psicoterapia familiare	1.850	1.320	-530
Prestazioni di psicoterapia di gruppo	1.722	1.188	-534
Colloqui psicologico-clinici ambulatoriali	648	980	332
Colloqui psicologico-clinici in regime ospedaliero	90	63	-27
Prestazioni di servizio sociale	2.950	4.793	1.843
Prime visite ambulatoriali	485	498	13
Prime visite in regime ospedaliero	40	36	-4
Seconde visite ambulatoriali	4.210	4.324	114
Seconde visite in regime ospedaliero	180	148	-32
Somministrazioni terapia	14.800	13.609	-1.191
Terapie in regime di affidò	12.750	11.288	-1.462
Prelievi urinari	8.190	10.167	1.977
Alcolemie	965	984	19
Relazioni medico legali	910	940	30

80

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 (anno 2023)	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
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.

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.

Anno 2024 Classi d'età	Nuovi Utenti		Già in carico o rientrati		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
< 15	9	5	8	4	26
15-19	22	9	89	24	144
20-24	41	12	86	33	172
25-29	55	25	98	20	198
30-34	68	27	78	28	201
35-39	87	11	89	28	215
> 40	42	23	108	31	204
Totale	324	112	556	168	1160

SERD Tipologia di prestazione	Prestazione	2023	2024	Δ 2024-2023
Sanitario	Visite	4.915	5.006	91
	Interventi di prevenzione delle patologie correlate	2.278	1.060	-1.218
	Esami e procedure cliniche	9.155	10.167	1.012
	Sanitario	16.348	16.233	-115
Farmacologico	Somministrazione farmaci e vaccini	27.268	24.897	-2.371
	Farmacologico	27.268	24.897	-2.371
Psicosociale	Colloqui di assistenza	2.950	1.043	-1.907
	Interventi psicoterapeutici	7.564	5.788	-1.776
	Interventi socio/educativi	165	0	-165
	Test psicologici		0	0
	Attività di reinserimento	345	2559	2.214
	Accompagnamento paziente	76	2234	2.158
	Psico-sociale	11.100	11.624	524
Inserimento in Comunità	Inserimento in comunità	40	45	5
	Inserimento in Comunità	40	45	
Altro	Relazioni sul caso, prescrizioni e certificazioni	1910	1887	-23
	Colloqui di prevenzione	1260	1160	-100
	Predisposizione/revisione programma terapeutico individuale e negoziazione terapeutica	3.200	4.640	1.440
	Altro	6.450	7.687	1.237

CSM

	2023	2024
N. PAZIENTI PRESI IN CARICO	468	293

INSERIMENTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER SOFFERENZE MENTALI		
	2023	2024
N. UTENTI INSERITI IN STRUTTURE RESIDENZIALI	18	37
N. GIORNI DI RICOVERO PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI	4.876	6.347

Gruppo Diagnostico	Utenti in carico 2024							Totale
	Fasce d'età							
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	
Alcolismo e tossicomanie	50	53	75	45	45	13	-	281
Altri disturbi psichici	80	70	122	69	57	10	-	408
Assenza di patologia psichiatrica	-	-	-	-	-	-	-	
Demenze e disturbi mentali organici	-	-	-	-	-	-	3	3
Depressione	130	130	85	280	61	10		696
Diagnosi in attesa di definizione	-	-	-	-	-	-	-	
Disturbi della personalità e del comportamento	100	60	60	40	40	15		315
Mania e disturbi affettivi bipolari	46	110	80	80	60	17	-	393
Ritardo mentale	4							4
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	370	312	130	110	87	-	-	1.009
Sindromi nevrotiche e somatoformi	102	104	73	33	32	18		362
Totale	882	839	625	657	382	83	3	3.471

UONPIA

PRESTAZIONI DIRETTE NPI	ANNO 2023		ANNO 2024		Δ 2024-2023	
	N.	N.PZ	N.	N.PZ	N.	N.PZ
colloquio di accoglienza	47	43	148	137	101	94
visita psicologica	377	138	257	112	-120	-26
visita neuropsichiatrica infantile	311	311	398	394	87	83
valutazione psicodiagnostica	359	167	247	131	-112	-36
valutazione neuro-psicomotoria	348	130	526	199	178	69
valutazione neuropsicologica e funzioni cognitive	1.134	413	1.468	528	334	115
valutazione del linguaggio	290	119	285	128	-5	9
osservazione diagnostica non strutturata	168	117	163	134	-5	17
consulenza specialistica NPI/PSI	11	11	6	6	-5	-5
visita psicologica di controllo	131	50	84	40	-47	-10
visita neuropsichiatrica infantile di controllo	1.423	650	1.584	765	161	115
valutazione psicodiagnostica di controllo	414	233	474	267	60	34
valutazione neuro-psicomotoria di controllo	39	12	22	14	-17	2
valutazione neuropsicologica di controllo	264	164	504	338	240	174
valutazione di linguaggio di controllo	41	36	8	8	-33	-28
valutazione e addestramento ausili	1	1	0	0	-1	-1
terapia neuro-psicomotoria	688	54	910	63	222	9
riabilitazione psico-educativo/comportamentale	0	0	74	10	74	10
supporto psicologico (singolo, coppia, famiglia)	109	41	74	31	-35	-10
Neuro-psicomotricità di gruppo	0	0	10	3	10	3
prescrizione farmaci (piano terapeutico farmacologico)	34	19	24	16	-10	-3
prescrizione e collaudo ausili	3	3	10	8	7	5
osservazione diagnostica non strutturata di controllo	46	40	111	80	65	40
logopedia di gruppo	1	1	2	2	1	1
logopedia individuale	1.853	157	1.201	84	-652	-73
inserimento in comunità residenziale e semiresidenziale	36	14	15	6	-21	-8
trattamento educativo/psicoeducativo	0	0	1	1	1	1
certificazioni semplici e complesse e relazioni	1.311	676	663	451	-648	-225
psicoterapia	51	15	30	5	-21	-10
Totale Prestazioni Dirette	9.490	3.615	9.299	3.961	-191	346

PRESTAZIONI INDIRETTE NPI	ANNO 2023		ANNO 2024		Δ 2024-2023	
	N.	N.PZ	N.	N.PZ	N.	N.PZ
adempimenti periodici di tipo statistico e amministrativo	635	131	634	107	-1	-24
attività di formazione, autoformazione e tutoring	2	2	3	3	1	1
cartella clinica/fascicolo personale	1.360	415	2.292	543	932	128
colloquio di restituzione diagnosi alla famiglia	713	401	849	461	136	60
riunione di equipe interna/organizzativa	130	93	428	200	298	107
riunione di equipe finalizzata (stesura e monitoraggio PTI)	22	17	64	35	42	18
riunione inter-istituzionale (ASL, Scuola, Comune, Tribunale, ecc.)	17	16	17	13	0	-3
percorsi L.20 /92	31	28	21	19	-10	-9
incontro con altri servizi sanitari, sociali.....in sede	138	70	203	73	65	3
incontro con altri servizi sanitari, sociali. Fuori sede	8	7	18	14	10	7
partecipazione a gruppi di lavoro interni e inter istituzionali	0	0	1	1	1	1
percorsi L.104/92	22	20	2	2	-20	-18
rapporti con utenti (anche telefonici)	1.228	649	2.129	769	901	120
scoring di test e trascrizione/lettura dei punteggi	787	458	1.001	543	214	85
direzione e coordinamento	0	0	2	2	2	2
Totale Prestazioni Indirette	5.093	2.307	7.664	2.785	2.571	478

SPDC

Attività di ricovero SPDC	Anno			
	2023		2024	
	M	F	M	F
Ricoveri	116	105	112	89
Riammissione tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	10	4	1	4
TSO totali	21	13	22	14
TSO durante ricovero	8	4	14	5
Contenzioni	13	12	23	14
Giornate di degenza totale	1.048	847	1299	1007
Consulenze	323	336	326	393

3. Principali obiettivi strategici generali e valori obiettivo da conseguire

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

In tale contesto socio-sanitario, il distretto ha un ruolo strategico di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari, nonché centro di riferimento per l'accesso ai servizi erogati sul territorio. La L.R. 24/2020, all'art. 37 comma 3, stabilisce che "i distretti socio-sanitari costituiscono l'articolazione territoriale dell'ASL e il luogo proprio dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale; essi sono dotati di autonomia

tecnico-gestionale, nell'ambito degli obiettivi posti dall'atto aziendale, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale".

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

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

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

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

Il Distretto è, dunque, l'articolazione territoriale dell'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) e rappresenta un vero riferimento per il cittadino rispetto alla complessità della rete dei servizi, avendo il fondamentale ruolo di facilitatore dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria e di

coordinatore dei servizi, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

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

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

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

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

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

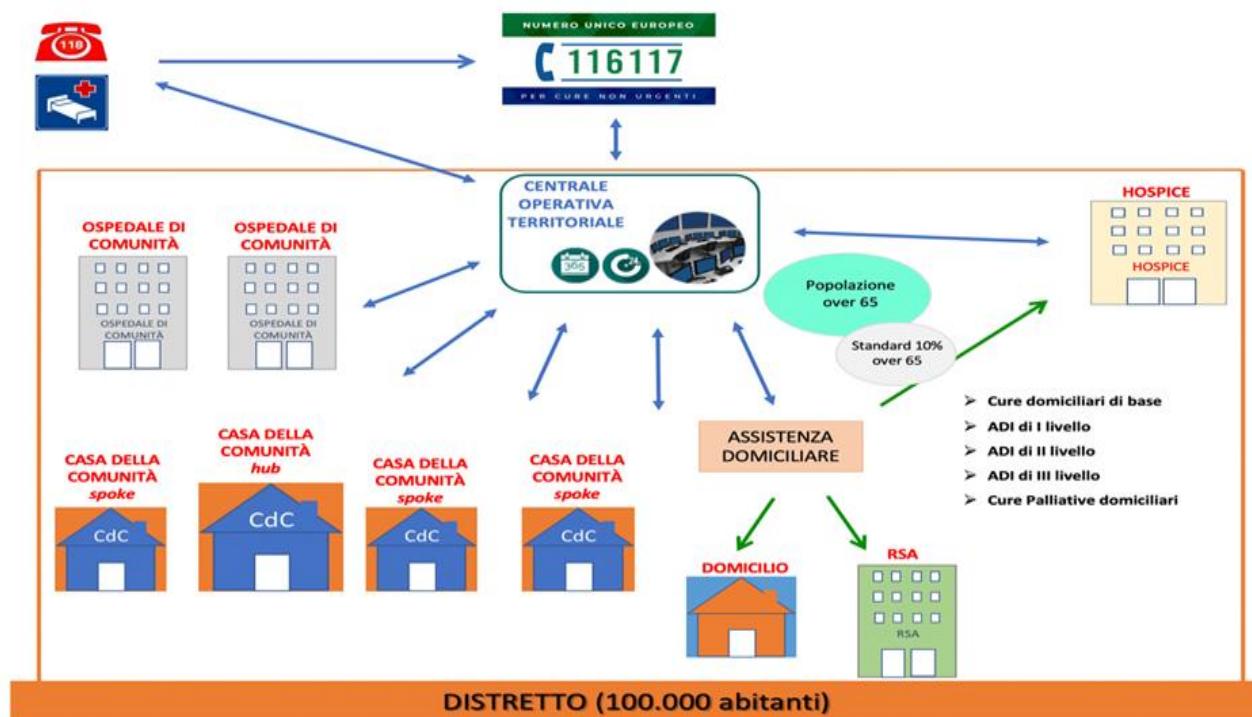
Il recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) fornisce utili strumenti gestionali e cospicue risorse finanziarie per affrontare in maniera sinergica gli aspetti critici di natura strutturale del Sistema sanitario. La strategia del PNRR si articola in specifici ambiti di intervento con il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

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

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

La previsione dei nuovi assetti organizzativi distrettuali sono finalizzati a costituire un modello organizzativo di integrazione tra sanitario e sociale, quale luogo di prevenzione e promozione della

salute e della partecipazione della comunità per la cui governance si rende necessario la costruzione di un "patto istituzionale" tra Regione, ASL e Enti locali/Comuni del territorio nel quale siano ribaditi gli obiettivi comuni coerenti con una visione condivisa.



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

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

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

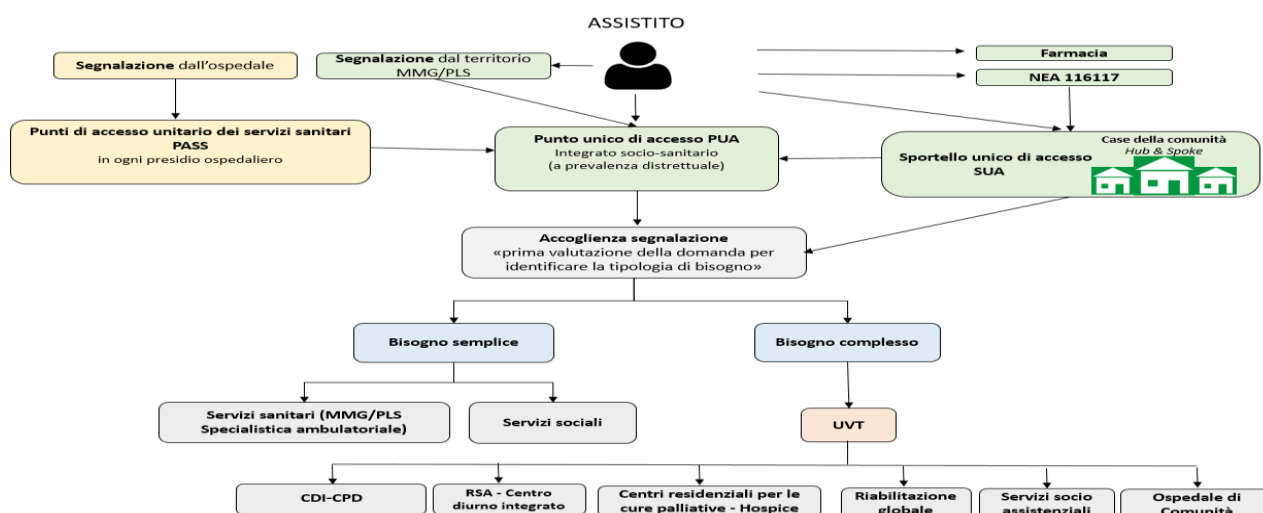
Punto unico di accesso e Unità di valutazione territoriale

Il Punto unico d'accesso (PUA), rappresenta il modello d'assistenza basato sulla presa in carico globale del paziente, frutto del passaggio dal concetto del "curare" a quello del "prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto sociale di riferimento. Il PUA è il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per

ottenere informazioni relative ai servizi territoriali socio-sanitari, quali le prestazioni erogate, le modalità ed i tempi di accesso. A livello regionale, la L.R. 24/2020 prevede che le Case della comunità garantiscano, tra le altre, la funzione di Sportello unico di accesso (SUA), e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria con possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP). All'interno di ciascuna Casa della comunità, il SUA rappresenta il luogo fisico al quale il cittadino può rivolgersi per trovare risposte ai propri bisogni di salute, in maniera più capillare rispetto al PUA che, sebbene continui ad essere un punto di riferimento importante per l'accesso ai servizi socio-sanitari, risulta meno diffuso sul territorio, essendo l'unico a valenza distrettuale.

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

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



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

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

programmazione e la pianificazione personalizzata del percorso di cura di ciascun paziente cronico. Al suo interno sono dettagliate le prestazioni che il paziente deve ricevere.

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

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

Case della Comunità

La Casa della Comunità è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La Casa della Comunità promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione 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 nel quale sono stati affidati sia la progettazione esecutiva che i lavori.

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

- **Monitoraggio sulla corretta applicazione delle “Linee guida regionali sulle Case della comunità” con la predisposizione di report periodici sulle attività e sulle prestazioni erogate dalle Case della comunità;**
- **Monitoraggio sullo stato di realizzazione delle Case della comunità, con riferimento alla loro dislocazione sul territorio, al modello organizzativo e al monitoraggio degli accessi.**

Ospedale di comunità

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

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

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

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

- Lo sviluppo e l’implementazione dell’ospedale di comunità che svolge la funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, al fine di evitare i ricoveri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei ai bisogni di cura dell’assistito e più prossimi al domicilio;
- **l’attivazione di 2 Ospedali di Comunità** nei presidi ospedalieri Paolo Dettori di Tempio Pausania e Paolo Merlo di La Maddalena:
 - l’attivazione dei **posti letto**;
 - rispetto dei requisiti autorizzativi e di accreditamento;
 - attivazione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni;

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

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

Riorganizzazione delle cure primarie

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

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

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

- **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;**
- **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);**
- **Sviluppo dei sistemi di telemedicina che consentano una maggiore interconnessione tra i professionisti a vantaggio dei bisogni dei pazienti;**
- **Graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme più aggregate ed integrate di organizzazione del lavoro, che consentano, se possibile in sedi uniche, di offrire risposte ai bisogni di salute dei cittadini;**
- **Attuazione del progetto aziendale finalizzato all'attivazione di ambulatori straordinari di continuità territoriale "ASCOT" per garantire l'assistenza sanitaria di base nelle sedi vacanti di cui alla delibera del Direttore Generale n°280 del 23/04/2025.**

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 Provincie 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.

92

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.
- o Supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali.
- o Monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al FSE e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi

disponibili sul territorio, nonché ad affrontare situazioni complesse, è fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con il Numero Europeo 116117.

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

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

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

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

Ad oggi i lavori si sono conclusi 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, l'azienda ha reclutato il personale infermieristico attraverso l'adozione della Delibera n°483 del 16/08/2023 con oggetto *"Manifestazione di Interesse per titoli e colloquio rivolta al personale dipendente a tempo indeterminato, per n. 16 posti di collaboratore professionale sanitario Infermiere, da destinare alle Centrali Operative Territoriali"*.

94

Attività di specialistica ambulatoriale e Governo Liste D'attesa

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

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

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

di priorità, collocando il cittadino al centro del processo di cura attraverso lo strumento della presa in carico globale.

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

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

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

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

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

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

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prestazioni strumentali di primo accesso, ovvero

quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono invece escluse dal monitoraggio tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva (screening), le prestazioni erogate nei consultori e in contesti assistenziali diversi.

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

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

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

A livello regionale, con deliberazione n. 42/75 del 7.08.2025 si è provveduto ad istituire l'“**Unità di progetto per l'abbattimento delle liste di attesa**”, incardinata presso l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, la cui funzione principale è il supporto tecnico ed amministrativo all'attività del Responsabile Unico dell'Assistenza Sanitaria (RUAS) nelle funzioni e negli adempimenti verso lo Stato definiti dal Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107 e s.m.i., e all'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria: la suddetta Unità di progetto svolge diverse attività quali, la predisposizione, aggiornamento e attuazione del Programma regionale di governo delle liste di attesa, il relativo monitoraggio ed analisi dei volumi e dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, il monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI), il coordinamento della Rete regionale dei Responsabili unici del governo delle liste di attesa (RUGLA) presso le aziende del Servizio sanitario regionale, la riorganizzazione e il coordinamento delle attività dei Centri unici di prenotazione (CUP), il coordinamento delle aziende sanitarie nel processo di organizzazione ed implementazione dei percorsi di tutela.

Inoltre, con la Delibera RAS n. 47/7 del 10/09/2025, ai sensi del comma 1, art. 2 della Legge Regionale n. 12 del 08/05/2025, per l'anno 2025, sono stati stanziati euro 5.000.000,00 per l'abbattimento delle liste di attesa attraverso l'acquisto da privati accreditati di prestazioni di specialistica ambulatoriale (Euro 3.500.000,00) ed ospedaliera (Euro 1.500.000,00). La riduzione dei tempi di attesa per l'anno 2025 è fissata in una percentuale corrispondente al 70% per l'acquisto di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e al 30% per l'acquisto di prestazioni ospedaliere. Le eventuali economie potranno essere utilizzate anche nel 2026.

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

- **progressiva riduzione dei tempi di attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie;**
- **potenziamento delle liste di attesa e il corretto utilizzo delle classi di priorità;**
- **garantire la partecipazione alle riunioni organizzate dal Responsabile Unico dell'Assistenza Sanitaria (RUAS) di cui al decreto n.30 del 04/11/2024;**
- **implementazione di forme di integrazione dei dati sanitari con i diversi attori coinvolti nel processo di cura che condividono le informazioni sanitarie del paziente, al fine di offrire servizi territoriali integrati di assistenza primaria (obiettivo comune al Piano della Cronicità).**

L'Assistenza Domiciliare

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

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

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

Il servizio di assistenza domiciliare è organizzato 7 giorni su 7 dalle 07.00 alle 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, tele-assistenza, tele-consulto - 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.

L'obiettivo degli interventi di assistenza domiciliare è permettere alle persone non autosufficienti, malate o fragili di ricevere cure e supporto direttamente nella propria abitazione, promuovendo il loro benessere, recupero di autonomia e mantenendo la qualità della vita. Questo approccio mira a ridurre gli accessi ospedalieri, sostenere i familiari dall'onere assistenziale e mantenere le persone nei propri contesti sociali e familiari, favorendo la continuità delle cure e del supporto.

I principali obiettivi del servizio di assistenza domiciliare sono finalizzati a:

Mantenere la persona al proprio domicilio:

Garantire che l'individuo possa rimanere nel proprio ambiente familiare, che è considerato il luogo ideale per la cura e il recupero.

Favorire l'autonomia e il benessere:

Supportare la persona nel recupero delle proprie capacità e migliorare la sua qualità della vita, anche attraverso interventi specifici e un supporto personalizzato.

Ridurre il ricovero in strutture:

Evitare o posticipare il ricovero in strutture ospedaliere o residenziali, offrendo un'alternativa più confortevole e personalizzata.

Sostenere il nucleo familiare:

Sollevare i familiari dal carico assistenziale, fornendo supporto pratico e spesso anche psicologico e relazionale.

Garantire la continuità delle cure:

Assicurare un supporto integrato che comprenda interventi medici, infermieristici, riabilitativi, sociali e di cura della persona.

Ridurre l'isolamento sociale:

Aiutare l'assistito a mantenere i legami sociali e a sentirsi parte della comunità, fornendo compagnia e supporto emotivo.

Ottimizzare le risorse:

Un'assistenza domiciliare efficace e integrata può migliorare la prevenzione e ottimizzare le risorse del sistema sanitario e sociale.

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate alla progressiva presa in carico fino a raggiungere il 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;**
- **Introduzione della figura del fisioterapista di comunità e definizione del percorso;**

La Rete di Cure Palliative

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

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

La Regione Sardegna ha formalmente recepito l'Intesa Stato Regioni del 2012 istituendo la rete delle cure palliative (delibera 33/32 del 08.08.2013) e della terapia del dolore (delibera 5/31 del 11.02.2014; ha istituito il "Coordinamento Regionale per le cure palliative", col compito di monitorare la rete per garantire l'erogazione di livelli uniformi di assistenza a livello regionale, successivamente ridefinito nella sua composizione e nei compiti con Decreto n. 6 del 27.01.2015. Nell'ambito dei lavori del coordinamento regionale è stato stimato che ogni anno muoiano in Sardegna circa 4.800 pazienti per patologia oncologica (di questi il 90% necessiterà di cure

palliative); se a questi si sommano i pazienti affetti da malattie non oncologiche, ma che rientrano a pieno titolo nella rete, il numero di malati che necessitano di cure di fine vita è stimato in circa 8 mila. Sulla base delle considerazioni esposte, la Regione Sardegna ha ravvisato l'opportunità di rivedere e completare l'attuale organizzazione della rete regionale cure palliative nella logica di una maggiore capacità di intercettare gli assistiti che necessitano di cure palliative, assicurando così ai malati e alle loro famiglie una migliore qualità assistenziale.

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

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

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

La Rete assicura:

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

100

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.

CHRONIC CARE MODEL

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

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

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

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

I modelli per la gestione della malattia cronica di riferimento sono quelli riconosciuti e citati in tutti i documenti di pianificazione sanitaria e originano dal *Chronic Care Model* nato negli anni '90, si evolvono con i programmi di *Disease Management* finalizzati al controllo della domanda attraverso il governo clinico della malattia, per giungere alle più recenti visioni di *Population Health*

Management (PHM), che spostano il focus dell'organizzazione dall'individuo alla popolazione e introducono nuovi metodi per l'analisi della domanda generale.

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

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

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

La *riorganizzazione del servizio* è finalizzata a garantire tempestività delle risposte ed equità nell'accesso a tutti i cittadini, in modo da assicurare un'effettiva continuità dell'assistenza rispetto ai medici di assistenza primaria ed anche al Sistema di Emergenza Territoriale 118 (SET 118). Attualmente il Servizio di Continuità Assistenziale presenta delle *importanti criticità* tra cui l'insufficiente appropriatezza delle prestazioni erogate e la mancanza di meccanismi di filtro (o triage) delle richieste degli assistiti che espongono il medico dei "punti guardia" alla possibilità di richiesta inappropriata. Inoltre, il livello di qualità percepita dalla utenza non è soddisfacente in relazione alle aspettative per cui si crea il fenomeno del ricorso inappropriato al Pronto Soccorso e al SET 118. Infine, l'attuale assenza di utilizzo delle forme associative tra i medici di assistenza primaria, le Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) nell'erogazione delle attività, limita l'effettiva continuità della presa in carico globale degli assistiti. Pertanto, il processo di riorganizzazione che s'intende attuare sul territorio tiene conto sia di tali criticità sia dell'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse, ponendo, in un sistema di rete e circolarità, gli operatori del servizio di continuità assistenziale in modo da realizzare le necessarie e opportune sinergie con i MMG/PLS e la rete dell'emergenza- urgenza. La riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale, in fase di definizione, terrà conto dei volumi di attività sanitaria giornalieri e annui, della rete viaria e della percorribilità delle strade, della dislocazione territoriale delle postazioni del 118, della presenza sul territorio delle istituende Case della Salute e degli Ospedali di Comunità ma soprattutto dell'attivazione del Numero Unico Europeo armonizzato a valenza sociale 116117. I modelli di applicazione del Chronic Care Model assistenziali hanno in comune molti elementi, tra i quali:

1. Il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva".
2. Un'assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale.

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

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

La Gallura ha un indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, che risulta pari a 195,2%, 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
Ipertensione 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 CRONICA	N° PAZIENTI	% POPOLAZIONE
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.

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

104

Il Piano d'azione nazionale della salute mentale 2025-2030 (PANSM)

Il Ministero della Salute ha trasmesso alla Conferenza Unificata il nuovo "Piano di Azioni sulla Salute Mentale 2025-2030". Il Piano è frutto del lavoro del Tavolo tecnico istituito dal Ministro Orazio Schillaci. Questo documento rappresenta un cambiamento significativo nell'approccio alla salute mentale nel nostro Paese, delineando **strategie innovative** per affrontare le sfide contemporanee. Il Piano di Azioni sulla Salute Mentale 2025-2030 nasce dalla consapevolezza che **la salute mentale** non può essere ridotta alla sola assenza di malattia psichiatrica. Infatti, **include il benessere psicologico, emotivo e sociale, lo sviluppo cognitivo e l'empowerment personale**. Questa visione ampliata riflette l'evoluzione del concetto stesso di salute mentale nella società contemporanea.

Il documento evidenzia come il significato della salute mentale sia profondamente cambiato rispetto al passato. Oggi ci confrontiamo con problematiche inedite che richiedono risposte innovative. L'estensione rapida e incontrollabile dei fattori di rischio rappresenta una delle principali preoccupazioni. Tra questi emergono la diffusione di nuove sostanze psicoattive e l'uso patologico del web. Inoltre, si osservano sempre più frequentemente situazioni relazionali caratterizzate da violenza e aggressività. Un'attenzione particolare è dedicata all'impatto dei social media e degli smartphone sulla salute mentale, specialmente nei giovani.

La ricerca ha messo in luce quello che viene definito un "grande impoverimento emotivo-affettivo". Preoccupa anche il fenomeno dell'infanzia privata del gioco, sempre più sostituita dal mondo digitale. Questi elementi contribuiscono a creare un quadro complesso che richiede interventi mirati e coordinati.

I dati allarmanti del Sistema Informativo per la Salute Mentale

I dati del 2023 del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) presentano un quadro particolarmente preoccupante. Testimoniano infatti un grande divario tra domanda, bisogni e offerta di servizi. La situazione attuale mostra criticità significative che il piano si propone di affrontare. Si registra una riduzione delle strutture per l'assistenza psichiatrica territoriale, accompagnata da un calo delle dotazioni di personale e delle risorse disponibili. Contemporaneamente, si osserva una diminuzione delle prestazioni erogate rispetto al periodo pre-pandemico. L'incidenza di nuovi utenti continua a scendere, suggerendo che molte persone si rivolgono a circuiti esterni di cura o, peggio ancora, rinunciano completamente a curarsi. Questo fenomeno rappresenta una delle principali sfide che il nuovo piano intende affrontare attraverso strategie di accessibilità e inclusione.

Il modello bio-psicosociale e l'approccio "One Mental Health"

Il Piano di Azioni sulla Salute Mentale 2025-2030 adotta i modelli teorici "biopsicosociale" e "One Health/One Mental Health".

Questi approcci pongono ampia attenzione non solo ai determinanti biologici e psicologici, ma anche agli aspetti sociali, ambientali e culturali del contesto.

Il piano enfatizza la necessità di integrare la salute mentale, fisica e ambientale **in una prospettiva globale**. L'obiettivo è promuovere azioni coordinate in diversi campi: formativi, comunicativi, di ricerca, di assistenza, di sviluppo tecnologico, culturali e sociali.

Il modello organizzativo di riferimento è il dipartimento integrato ed inclusivo con la centralità della persona e il coinvolgimento della famiglia. Questo dipartimento dovrebbe coprire tutte le fasce d'età, inclusa la neuropsichiatria infantile e le dipendenze, per assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza.

Percorsi di cura specifici per ogni fase della vita

Il piano dedica particolare attenzione alla salute mentale perinatale, evidenziando l'urgenza di definire percorsi integrati multidisciplinari. Questi dovrebbero supportare il benessere psicologico della donna durante il percorso nascita, considerando l'aumento significativo della depressione perinatale registrato negli ultimi anni.

Per quanto riguarda infanzia e adolescenza, si rileva un significativo anticipo dell'età di insorgenza dei disturbi mentali gravi.

Aumenta inoltre la complessità di queste condizioni, aggravata dal fenomeno della sotto-diagnosi e dal conseguente ritardo negli interventi di cura.

Il documento sottolinea la necessità di équipe di transizione e continuità di cura tra i servizi per l'infanzia/adolescenza e quelli per l'età adulta. Questo approccio diventa fondamentale considerando la persistenza dei disturbi del neuro-sviluppo in età adulta. Tenendo conto anche dell'aumento degli accessi al Pronto Soccorso per ideazione suicidaria nei minorenni.

Integrazione socio-sanitaria e inclusione sociale

Il piano promuove il modello organizzativo gestionale del Budget di Salute. È definito come l'insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali necessarie per favorire l'inclusione sociale della persona. Questo strumento mira a implementare autonomia ed empowerment nell'ambito dei percorsi di cura.

Particolare importanza viene attribuita al Supporto all'Abitare (SuAb) e al modello "Housing First". L'abitazione viene riconosciuta come elemento fondamentale della vita per la recovery e l'inclusione. Il modello Housing First, che prevede il passaggio diretto dalla strada alla casa per le persone senza dimora, mostra un impatto positivo sul benessere. E anche sulla riduzione dei costi. La lotta allo stigma rappresenta un altro pilastro fondamentale del piano. Lo stigma viene identificato come importante ostacolo all'integrazione socio-sanitaria in salute mentale, costituito da stereotipi negativi, pregiudizi e discriminazioni. Il piano propone di realizzare a tutti i livelli progetti anti-stigma con campagne di comunicazione e iniziative di inclusione sociale.

Il ruolo cruciale del supporto tra pari nel Piano di Azioni sulla Salute Mentale 2025-2030

Il supporto tra pari emerge come uno degli elementi più innovativi e promettenti del Piano di Azioni sulla Salute Mentale 2025-2030. Questa metodologia si è sviluppata a partire dalla fine degli anni Settanta negli Stati Uniti. E rappresenta oggi una componente essenziale della rete di supporto territoriale per le persone con disturbi mentali gravi.

Gli Esperti in Supporto tra Pari (ESP) sono persone che hanno vissuto l'esperienza del disturbo mentale e che mettono a disposizione il proprio sapere esperienziale. Il loro ruolo si rivela prezioso a livello clinico-assistenziale per favorire percorsi di recovery e sostenere processi di autodeterminazione, empowerment e inclusione sociale.

L'approccio del supporto tra pari si basa su principi di rispetto, responsabilità condivisa e accordo tra pari su ciò che è realmente di aiuto. Mira a contrastare sentimenti di solitudine, rifiuto, discriminazione e frustrazione che le persone con disturbi mentali possono ancora sperimentare nel loro percorso di cura.

Impatto positivo documentato

Il sapere esperienziale degli ESP facilita la costruzione di interconnessioni inedite con le comunità attraverso la co-produzione e può garantire maggiore qualità e appropriatezza dell'intervento. La loro presenza nei servizi e con la società civile ha mostrato un impatto positivo documentato da numerose ricerche internazionali.

Le attività degli ESP spaziano dalla promozione e accompagnamento alla recovery, alla presenza in ambito scolastico con testimonianze personali sul disagio psichico. Conducono gruppi per attività di inclusione sociale, si occupano di front-office e prima accoglienza presso i servizi. Sviluppano interventi individuali di risocializzazione e supportano le attività quotidiane.

Particolarmente significativo è il loro coinvolgimento in corsi di formazione per il personale, anche come docenti. Promuovono inoltre il "fare-assieme", il dialogo, la co-progettazione e co-produzione, utilizzando strumenti innovativi come il Budget di Salute.

Il Piano di Azioni sulla Salute Mentale 2025-2030 rappresenta dunque un'opportunità straordinaria per trasformare l'assistenza psichiatrica italiana. Attraverso l'integrazione di approcci innovativi come il supporto tra pari, il sistema sanitario può evolversi verso un modello più inclusivo, efficace e centrato sulla persona.

La sfida ora è quella di trasformare questa visione in realtà concreta, coinvolgendo tutti gli attori del sistema sanitario e sociale. In un impegno comune per il benessere mentale della popolazione. Il PANSM 2025-2030 attribuisce un ruolo centrale **sia al Medico di Medicina Generale (MMG) che alle famiglie**. Sia all'interno del "Dipartimento integrato ed inclusivo" che nel più ampio sistema di assistenza alla salute mentale.

Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG):

–**Intercettazione precoce:** Il MMG, in virtù del rapporto fiduciario con il paziente, è considerato un punto di riferimento chiave per individuare precocemente disturbi psicopatologici o rischi di sviluppare una psicopatologia.

–**Punto di riferimento:** Rappresenta il principale punto di contatto per il paziente, la famiglia e il caregiver.

- Collaborazione e appropriatezza degli invii:

Il MMG deve lavorare in stretta collaborazione con i Centri di Salute Mentale (CSM) per garantire l'appropriatezza degli invii. I casi più lievi possono essere gestiti in autonomia dal MMG, quelli di complessità moderata in collaborazione con il CSM (con consulenza dello psichiatra o collaborazione della micro-equipe), mentre i casi più gravi o complessi vengono inviati al CSM per una presa in carico specialistica e integrata.

–Continuità di gestione e monitoraggio:

Ha un ruolo nella continuità di gestione dei pazienti e nelle dimissioni "protette" dal CSM, partecipando al monitoraggio condiviso, soprattutto tramite il Case Manager.

–Promozione della salute fisica:

Poiché i disturbi mentali possono essere associati a patologie fisiche croniche, i MMG sono chiamati a promuovere interventi sullo stile di vita (dieta, fumo, attività fisica) e a monitorare gli effetti collaterali dei farmaci psichiatrici.

Utenti e Famiglie

Ruolo delle Famiglie e degli Utenti:

–Centralità nel percorso di cura:

Il modello organizzativo pone la persona e la famiglia al centro del processo di cura. La presa in carico e il Piano di Trattamento Individuale (PTI) vengono definiti in accordo con l'utente e in

collaborazione con la famiglia.

–Informazione e psico-educazione:

Le famiglie devono ricevere informazioni chiare e complete sul disturbo, gli interventi terapeutici e riabilitativi (anche attraverso modelli psicoeducativi), i sintomi premonitori delle crisi, le linee operative per le emergenze e i percorsi previdenziali e assistenziali.

Sostegno e coinvolgimento:

È fondamentale garantire sostegno psicoterapeutico e la possibilità di partecipare a gruppi di auto mutuo aiuto. Il Dipartimento riconosce il ruolo delle Associazioni di familiari, utenti e volontariato, collaborando con esse per far conoscere i servizi e promuovere spazi autonomi di formazione e scambio.

–Co-costruzione del progetto di vita:

Le famiglie sono attivamente coinvolte nella co-costruzione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati (PTRP), che si declinano sui principali determinanti sociali (formazione-lavoro, socialità/affettività, abitare) e mirano a restituire dignità e una migliore qualità di vita.

–Empowerment:

Si promuove l’empowerment dell’utente e della famiglia, affinché siano consapevoli e in grado di esercitare un pieno diritto nelle scelte di cura, basandosi su conoscenze scientificamente validate.

In sintesi, il PANSM promuove un approccio sistemico. Valorizza la collaborazione e l’integrazione tra i professionisti sanitari (MMG inclusi), i servizi specialistici e la rete di supporto sociale e familiare. L’obiettivo è una presa in carico olistica e personalizzata.

108

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

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

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

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

Nell'ambito della salute mentale appare opportuno rammentare che la legge regionale n.8 11/03/2025 *Disposizioni urgenti di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del SSR. Modifiche alla legge regionale n.24 11/09/2020*, all'art.13 *Integrazioni all'art.37 della legge regionale n.24 del 2020 recanti disposizioni urgenti in materia organizzativa delle strutture del sistema sanitario regionale*, introduce l'art.37 quater che prevede l'istituzione presso la Asl Gallura del Centro regionale per la salute mentale e le dipendenze (CRSMD)

Il CRSMD, in sinergia con le aziende sociosanitarie locali, le aziende ospedaliere ed ospedaliero-universitarie, l'azienda regionale dell'emergenza urgenza, le agenzie e gli enti della Regione e le Università, svolge le seguenti funzioni:

- a) analisi, in collaborazione con il Centro regionale per la prevenzione e la promozione della salute (CRPPS), dei dati epidemiologici e statistici in relazione alle patologie mentali ed alle dipendenze;
- b) proposta e supporto nella conduzione di un programma regionale di riorganizzazione omogenea dei processi e delle attività dei dipartimenti di salute mentale, secondo modelli di cooperazione e collaborazione interaziendale, con particolare riferimento ai programmi di cura e riabilitazione;
- c) progettazione e conduzione di programmi di formazione sui temi attinenti, in collaborazione con ARES;
- d) sviluppo di forme di coordinamento e di miglioramento dei programmi di prevenzione, cura e riabilitazione in materia condotti dalle aziende sociosanitarie locali in collaborazione con le aziende ospedaliere, anche attraverso la realizzazione di aggregazioni funzionali di intervento;
- e) sviluppo e conduzione centralizzata sul territorio regionale, in stretta sinergia con il CRPPS delle campagne di informazione e di comunicazione inerenti alla prevenzione e alla cura delle malattie mentali e delle dipendenze;
- f) realizzazione, in collaborazione con l'AREUS, di sistemi di contact-center per facilitare l'accesso dei cittadini ai programmi di prevenzione e cura delle malattie mentali e delle dipendenze.

109

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate a:

- **Istituzione del Centro regionale per la salute mentale e le dipendenze (CRSMD);**
- **Riapertura della struttura di SPDC presso il PO Giovanni Paolo II;**
- **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 NPIA) Fondo per l’inclusione delle persone con disabilità 2022/2023;**
- **Completare e potenziare la pianta organica delle strutture del DSMD.**

Servizi per la salute della donna e del bambino

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

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

Tre sono i pilastri dell'attività consultoriale:

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

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

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate al:

- **Potenziamento delle politiche di sostegno all'individuo, alla coppia, alla famiglia e genitorialità nel territorio.**
- **Potenziamento del volume di gravidanze a basso rischio prese in carico dal consultorio;**
- **Attivazione e consolidamento dell'attività ambulatoriale di riabilitazione del pavimento pelvico nel territorio;**
- **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 tele-visita, il teleconsulto medico, la tele-consulenza medico sanitaria, la teleassistenza, la tele-refertazione o la tele-riabilitazione, 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 medicale, la telesorveglianza e il telecontrollo.

111

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).

In Sardegna, il progetto regionale di telemedicina sta prendendo forma, coordinato da ARES Sardegna e finanziato dal PNRR; l'Azienda Regionale della Salute ha ricevuto il trasferimento delle risorse residue destinate all'implementazione dei servizi di telemedicina in Sardegna, nell'ambito dei finanziamenti relativi alla Missione 6 del PNRR "Salute e Resilienza". I fondi, facenti capo alla Misura 1.2 "Casa come primo luogo di cura e telemedicina", ammontano a 10 milioni e 169 mila euro per la Sardegna, che vanno a sommarsi agli oltre 16 milioni di euro già assegnati all'isola con un precedente decreto del Ministero della Salute del settembre 2023. "I nuovi fondi saranno destinati all'implementazione dei servizi di telemedicina e dei modelli organizzativi correlati, fra cui l'integrazione dei sistemi gestionali regionali e dei servizi minimi di telemedicina attraverso la piattaforma nazionale dedicata, i dispositivi medici e l'evoluzione dei software.

112

Interazione a distanza con il paziente, tempestività nell'assistenza e monitoraggio costante degli utenti affetti da patologie croniche. Sono alcune delle opportunità offerte dalla **piattaforma regionale "Phoema"** che ha mosso i primi passi anche nella Asl Gallura attraverso l'attività formativa nel mese di settembre 2025 nell'Unità Operativa di Diabetologia e Nutrizione Clinica.

In Gallura ci sono circa dodicimila pazienti diabetici e con la telemedicina sarà possibile monitorare lo stato di salute dei pazienti più a rischio, intervenendo tempestivamente su quelle complicanze che hanno come conseguenza diretta il peggioramento dello stato di salute della persona, ma che hanno anche una conseguenza indiretta, e cioè l'incremento della pressione sui servizi di Pronto Soccorso».

Durante la sessione dedicata alla formazione, gli operatori sanitari hanno appreso informazioni sui diversi servizi della piattaforma "Phoema", inclusa la tele-visita con il paziente, anche con il supporto di un caregiver, che comprende la tele-refertazione per stilare e inviare referti a distanza. Tra le altre funzionalità c'è il teleconsulto tra medici, la tele-consulenza medico-sanitaria tra

professionisti di diverse discipline, la tele-assistenza per garantire la continuità assistenziale al paziente e il tele-monitoraggio per il controllo a distanza dei parametri vitali. Il portale permette, inoltre, di usufruire di agende condivise per calendarizzare le visite e avere a disposizione in un unico ambiente digitale i documenti sanitari.

POPULATION HEALTH MANAGEMENT (PHM)

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

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

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

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

La presa in carico del paziente con bisogno semplice: PDTA

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

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

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

Ai sensi dell'art. 21 del DPCM dei LEA il progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica

rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato”.

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

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

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

Obiettivo:

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

Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN

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

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

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

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

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

Le misure infatti sono finalizzate al rinnovamento e all’ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del fascicolo sanitario elettronico,

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

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

PROGRAMMA NAZIONALE EQUITÀ' NELLA SALUTE 2021-2027 Priorità 1 – FSE+ "Servizi sanitari più equi ed inclusivi"

INTERVENTI DEL PN EQUITÀ NELLA SALUTE 2021-2027 DELLA REGIONE SARDEGNA REALIZZATO ATTRAVERSO IL FESR E IL FSE+ DI CUI ALLA DGR N. 4/22 DEL 22/01/2025

Il PNES – Programma Nazionale Equità nella Salute, previsto nell'Accordo di Partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027, si pone l'obiettivo di rafforzare i servizi sanitari e renderne più equo l'accesso in sette Regioni italiane: Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia.

La Sardegna è tra le regioni destinatarie delle risorse del Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) 2021-2027 che individua quattro aree per le quali è più urgente intervenire ed è necessaria un'iniziativa nazionale a supporto dell'organizzazione regionale e locale dei servizi sanitari e sociosanitari, quali:

- 1) Prendersi cura della salute mentale;**
- 2) Maggiore copertura degli screening oncologici;**
- 3) Il genere al centro della cura;**
- 4) Contrastare la povertà sanitaria.**

In relazione al Programma PNES "**Contrastare la Povertà Sanitaria**", nel giugno 2024, l'Asl Gallura ha sottoscritto una convenzione con l'organismo intermedio INMP -Istituto nazionale Popolazioni Migranti – per la realizzazione di interventi finanziati con risorse FESR e FSE+ finalizzati all'attuazione di n. 7 progetti, così come descritti nella tabella sottostante.

Programma Nazionale "Equità nella Salute" 2021-2027 Contrastare la povertà sanitaria Piano di interventi ASL Gallura				
Progetti	Codice progetto	FESR	FSE+	TOTALE
		max Euro	max Euro	max Euro
Costituzione delle equipe multidisciplinari per attività clinica	IN.4k.1_02		458.715,6	458.715,60
Dotazione di farmaci ed erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitari	IN.4k.1_04		241.783,09	241.783,09
Co-progettazione realizzata da ETS e ASL funzionale all'erogazione delle prestazioni	IN.4k.2_02		21.625,16	21.625,16
Mediazione di sistema	IN.4k.3_01		4.980,35	4.980,35
Investimento strutturale, tecnologico, strumentale e di risorse umane funzionale alla implementazione delle attività di <i>outreach</i>	IN.4.5.1_01	261.074,22 di cui max € 180.093,09 di personale		261.074,22
Acquisizione di protesi odontoiatriche per persone in povertà sanitaria	IN.4.5.1_03	205.766,71		205.766,71
Produzione di materiale per attività di educazione sanitaria presso la popolazione target	IN.4.5.2_03	5.242,46		5.242,46
Totale		472.083,39	727.104,20	1.199.187,59

Il Programma PNES **"Contrastare la povertà sanitaria"** ha l'obiettivo di ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per le persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico, mediante il paradigma della sanità pubblica di prossimità, dell'inclusione attiva, dell'integrazione sociosanitaria e di comunità. Più nello specifico il programma prevede l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, nonché altre prestazioni sanitarie ambulatoriali e non, da parte di una apposita equipe multidisciplinare costituita da diverse professionalità. E' prevista anche l'erogazione di prestazioni sanitarie odontoiatriche che saranno erogate nel territorio della Asl mediante l'ambulatorio mobile ossia il motorhome odontoiatrico.

Il Programma identifica come destinatari gli "individui in stato di vulnerabilità socio-economica che non riescono ad ottenere una presa in carico sanitaria e socio sanitaria adeguata (es. individui con mancanza o instabilità di reddito, di lavoro o di abitazione, soggetti invisibili con elevata marginalità sociale come senza fissa dimora e cittadini di paesi terzi, incluse le comunità RSC, individui con vulnerabilità psichica e quindi sociale) nel rispetto della Carta dei diritti fondamentali della UE, sia in termini di non discriminazione che di protezione della salute.

Ad oggi si rilevano dei ritardi nell'attuazione del suddetto Programma a causa delle difficoltà a reperire il personale medico da impiegare nei relativi progetti.

In relazione alle altre 3 Macro-Aree di intervento del PROGRAMMA NAZIONALE EQUITÀ' NELLA SALUTE 2021-2027 quali il Prendersi cura della salute mentale, Porre il genere al centro della cura e Maggiore copertura per gli screening oncologici, nella tabella sottostante si riportano le principali caratteristiche delle azioni **4K.2 e 4K.3** finanziate dal fondo FSE+, volte rispettivamente al **"Rafforzamento dei servizi sanitari e socio-sanitari oggetto dell'intervento nelle quattro aree prioritarie del programma"** e al **"Rafforzamento del partenariato di Programma sulle quattro aree d'intervento 1"**:

PRIORITA' 1 – FSE+ OBIETTIVO SPECIFICO 4K RISORSE FINANZIARIE ASSEGNATE ALLA REGIONE SARDEGNA E ALLA ASL GALLURA					
AZIONE	AREA TEMATICA	ID PROGETTO	DESCRIZIONE PROGETTO	IMPORTON FINANZIATO REGIONE SARDEGNA	IMPORTON FINANZIATO ASL GALLURA
4K.2 Rafforzamento dei servizi sanitari e socio-sanitari	Genere al centro della cura	SA.4k.2_01 Personale CF	Potenziamento dei servizi di accoglienza e assistenza ai consultori mediante reclutamento di personale	6.578.869,00 €	248.600,00 €
		SA.4k.2_02 Mediatori culturali	Potenziamento della prevenzione primaria, attraverso l'introduzione del mediatore culturale	350.000,00 €	- €
	Salute Mentale	SA.4k.2_03 Personale DSM	Potenziamento per un anno dei DSM – CSM e/o NPI	6.331.003,00 €	414.984,10 €
		SA.4k.2_04 Personale DPCP	Sperimentazione biennale del Dipartimento delle cure primarie nei distretti sociosanitari di Sassari ed Iglesias),	5.420.331,00 €	0,00 €
	Screening oncologici	SA.4k.2_05 Personale screening	Personale deputato all'attività itinerante sul territorio regionale che opererà su due motorhome	310.000,00 €	0,00 €
4K.3 Rafforzamento del partenariato di Programma sulle quattro aree d'intervento	Salute Mentale	SA.4k.3_01 Implementazione metodologia del Budget della Salute	Serv. accordi cop rETS	2.166.811,00 €	209.622,70 €
Importo finanziamento FSE+				21.157.014,00 €	873.206,80 €

Come si evince dalla tabella la Asl Gallura è impegnata solo in tre dei sei progetti a valenza regionale. La convenzione sottoscritta con la Regione Sardegna per il progetto **SA.4k.2_01 Personale CF** mira a potenziare i servizi di accoglienza ed assistenza dei consultori per una presa in carico consapevole del genere nella fruizione dei servizi. Questo intervento rappresenta un importante miglioramento della qualità e accessibilità dell'assistenza sanitaria in quanto i consultori rappresentano un punto di riferimento strategico per la salute e contribuiscono, attraverso la loro presenza nel territorio, a garantire l'accesso ai servizi sanitari. Attraverso il reclutamento di professionalità, mediante selezione ad hoc, e quindi con il potenziamento di tali strutture, oltre alle attività istituzionali, sarà possibile favorire:

- l'implementazione di programmi di formazione specifici per operatori sanitari e socio sanitari, al fine di garantire una maggiore competenza e sensibilità nell'affrontare le tematiche di genere;
- lo sviluppo di servizi di supporto psicologico e sociale per le donne vittime di violenza, al fine di offrire loro un adeguato sostegno e accompagnamento durante il percorso di uscita dalla situazione di violenza;
- la promozione di campagne di sensibilizzazione e prevenzione rivolte alla comunità, al fine di contrastare stereotipi di genere e promuovere una cultura dell'uguaglianza e del rispetto;
- la creazione di reti di collaborazione tra i diversi attori del settore sanitario e socio sanitario, al fine di favorire una maggiore integrazione e coordinamento delle azioni a sostegno della salute e del benessere delle donne.

In relazione al **progetto SA.4k.2_03 Personale DSM** l'azione è volta a potenziare il Dipartimento di Salute Mentale e le relative strutture, Centro di Salute Mentale e Neuro-psichiatria infantile; più nello specifico, il progetto mira a rafforzare il percorso di presa in carico dei pazienti psichiatrici valorizzando la componente sociale e socio- sanitaria e conseguentemente fornendo al paziente un supporto psicologico e riabilitativo.

In quest'ottica, le figure oggetto di reclutamento dovranno costituire delle equipe composte da psicologi, terapisti della riabilitazione psichiatrica o della neuro-psicomotricità dell'età evolutiva, assistenti sociali.

In merito al **progetto SA.4k.3_01 Implementazione metodologia del Budget della Salute e della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) presso i DSM e le UVT**, l'obiettivo principale del **budget di salute** è migliorare l'efficienza e l'equità nella distribuzione delle risorse nel settore sanitario. Attraverso questa sperimentazione, si cercherà di valutare l'impatto del budget di salute sulla qualità dell'assistenza sanitaria fornita ai cittadini.

Il progetto prevede l'allocazione di risorse finanziarie in base alle necessità di salute della popolazione, tenendo conto di fattori come l'età, il genere e le condizioni socio-economiche. In questo modo, si mira a garantire che le risorse siano distribuite in modo equo, favorendo l'accesso alle cure per tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro situazione economica.

Relativamente all'**ICF**, con DGR n. 32/42 del 25.10.2022 concernente l'approvazione di un progetto pilota sulla scheda di valutazione della disabilità, la regione Sardegna ha stipulato un accordo con l'organizzazione mondiale della disabilità per la sperimentazione di un nuovo modello di valutazione della disabilità in linea con la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità, nel quale si ripone una minore enfasi sugli aspetti medici e una maggiore enfasi sugli aspetti legati al funzionamento della persona in una logica propria della classificazione ICF (International Classification of Functioning). L'importante innovazione introdotta dalla classificazione ICF è data dal fatto che si analizza lo stato di salute degli individui ponendolo in relazione con l'ambiente circostante e giungendo alla definizione di disabilità, intesa come una condizione di salute all'interno di un ambiente sfavorevole.

Attraverso l'implementazione di questa metodologia, si mira a favorire una maggiore integrazione delle persone con disabilità nella società, promuovendo l'autonomia e l'inclusione sociale. Inoltre, la Classificazione internazionale delle funzioni della disabilità e della salute permette di identificare in modo più preciso le esigenze specifiche di ciascun individuo, consentendo una personalizzazione delle cure e dei servizi offerti. Questo approccio basato sul budget di salute e sulla classificazione delle funzioni della disabilità e della salute rappresenta un importante passo avanti nel miglioramento del sistema sanitario e nell'assicurare una migliore qualità di vita per tutte le persone, indipendentemente dalle loro condizioni di salute.

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. Deliberazione n. 9/22 del 24.03.2022;
- Programma regionale di sviluppo. Ambito strategico 2.1 Sanità e salute. Deliberazione n.4/13 del 22.01.2025;
- Legge Regionale 11 marzo 2025 n°8 Disposizioni urgenti di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del sistema sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 11 settembre 2020, n. 24;
- Tutte le delibere RAS recanti indirizzi regionali in materia.

2. Offerta di prestazioni e servizi sul territorio

In relazione all'offerta di prestazioni, nei dodici mesi dell'anno 2024, si osserva una diminuzione del volume di attività erogata dai presidi ospedalieri dell'Asl Gallura rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente: il numero complessivo di dimissioni per acuti ed il corrispondente volume complessivo di giornate diminuiscono, le dimissioni in regime di ricovero ordinario di 446 casi così come le giornate di degenza che passano da 55.111 dei primi dodici mesi del 2023 a 53.708 dello stesso periodo del 2024. Con riferimento all'attività di ricovero in regime ordinario per il biennio 2024-2023 si osserva una riduzione dei DRG CH del 4,5% e lo stesso trend si rileva anche per i DRG MD del 7%. Il confronto dei dati di attività in regime ordinario per il triennio 2024-2022 evidenzia una riduzione dei DRG CH del 1,2%, mentre per i DRG MD la riduzione raggiunge la soglia del 2,3%.

ASL Gallura Regime Ordinario	2024	2023	2022	Δ 2024-2023	Δ 2024-2022
GG di Degenza	53.708	55.111	54.560	-2,5%	-1,6%

ASL Gallura Regime Ordinario	2024	2023	2022	Δ 2024-2023	Δ 2024-2022
Totale Casi (Ord.)	6.523	6.969	6.661	-6,4%	-2,1%
DRG Medici	4.142	4.456	4.239	-7,0%	-2,3%
DRG Chirurgici	2.327	2.437	2.356	-4,5%	-1,2%
% DRG Chirurgici	35,67%	34,97%	35,37%	-	-

Fonte dati: File A NSIS

ASL Gallura Regime Diurno	2024	2023	2022	□ 2024-2023	□ 2024-2022
Totale Casi (DH)	2.828	2.521	2.255	12,2%	25,4%
Numero Accessi	9.041	8.333	6.987	8,5%	29,4%
DRG Medici	1.593	1.536	1.393	3,7%	14,4%
DRG Chirurgici	1.234	985	862	25,28%	43,16%

Fonte dati: File A NSIS

Gli accessi in Day Hospital registrano un aumento passando dai 8.333 del 2023 ai 9.041 del 2024; aumentano i casi dai 2.521 del 2023 ai 2.828 del 2024 (+ 12,2%). In relazione all'attività di ricovero in regime diurno per il biennio 2024-2023 si osserva un significativo aumento dei DRG CH del 25% e si registra un valore per i DRG MD del 3,7%. Confrontando gli stessi dati per il periodo 2024-2022 per i DRG CH si registra una considerevole crescita del 43,16%, ma è opportuno tenere in considerazione che il dato su base triennale risente di una bassa numerosità della casistica, mentre i DRG MD registrano un aumento del 14%.

120

ASL Gallura Totale attività di ricovero				
Regime di Ricovero	Indicatore	2024	2023	2022
Ricovero Ordinario	Totale Casi	6.523	6.969	6.661
Ricovero Ordinario	Posti Letto	238*	304	304
Ricovero Ordinario	DRG Medici	4.142	4.456	4.239
Ricovero Ordinario	DRG Chirurgici	2.327	2.437	2.356
Ricovero Ordinario	% DRG Ch.	35,67%	34,97%	35,37%
Ricovero Ordinario	Perc. Attrattività Pazienti Extra Regione	9,31%	9,18%	8,44%
Ricovero Ordinario	Perc. Attrattività Pazienti Intra Regione	14,00%	13,17%	14,20%
Ricovero Ordinario	Numero Pazienti Extra Regione	598	610	546
Ricovero Ordinario	Numero Pazienti Intra Regione	811	815	850
Ricovero Ordinario	GG di Degenza	53.708	55.111	54.560
Ricovero Ordinario	Tasso Occupazione Posti Letto	58,23%	49,67%	49,17%
Ricovero Ordinario	Degenza Media (gg)	8,2	7,9	8,2
Ricovero Ordinario	Dimessi stesso giorno ric. (dim.vivi)	888	921	828
Ricovero Ordinario	Dimessi 0_2 giorno (dim.vivi)	1.454	1.596	1.499
Ricovero Ordinario	Dimissioni Protette	2,05%	2,11%	2,37%
Ricovero Ordinario	Numero Dimissioni Protette	134	147	158
Ricovero Ordinario	Dimessi Morti	360	407	390
Ricovero Ordinario	% DRG a rischio inappropriately in DO (DGR 29 del 29-12-2015 all. 2)	9,95%	8,76%	7,84%
Ricovero Ordinario	% Ric. Med. Dur. > 12 gg in pz. età > 65 aa	9,7%	10,1%	10,7%
Ricovero Ordinario	Punti DRG (Peso Complessivo Ric.)	7.263	7.728	7.616
Ricovero Ordinario	Peso Medio DRG	1,11	1,11	1,14
Ricovero Ordinario	Totale Valore (€)	21.101.393	22.344.784	21.772.870
Ricovero Ordinario	Parti totali	704	743	764
Ricovero Ordinario	Parti Cesarei	262	306	285

ASL Gallura Totale attività di ricovero				
Regime di Ricovero	Indicatore	2024	2023	2022
Ricovero Ordinario	% Parti Cesarei	37,2%	41,2%	37,3%
Assistenza Neonatale	Neonati Sani (DRG 391)	667	729	710
Ricovero Day Hospital	Posti Letto	28	32	32
Ricovero Day Hospital	Totale Casi	2.828	2.521	2.255
Ricovero Day Hospital	DRG Medici	1.593	1.536	1.393
Ricovero Day Hospital	DRG Chirurgici	1.234	985	862
Ricovero Day Hospital	Num.accesssi medi	3,2	3,3	3,1
Ricovero Day Hospital	Numero Accessi	9.041	8.333	6.987
Ricovero Day Hospital	Perc. Attrattività Pazienti Extra Regione	2,58%	3,25%	2,75%

N.B.*Per la sola annualità 2024 i posti letto non sono quelli indicati nel modello HSP 22 bis ma quelli in cui si registra attività sanitaria. Fonte dati:File A NSIS

ASL Gallura Totale attività di ricovero				
Regime di Ricovero	Indicatore	2024	2023	2022
Ricovero Day Hospital	Perc. Attrattività Pazienti Intra Regione	13,93%	15,67%	17,12%
Ricovero Day Hospital	Numero Pazienti Extra Regione	73	82	62
Ricovero Day Hospital	Numero Pazienti Intra Regione	394	395	386
Ricovero Day Hospital	% Ric. DH Med. Final. Diagnostiche (T9)	11,42%	13,74%	13,28%
Ricovero Day Hospital	Punti DRG (Peso Complessivo Ric.)	2213	1921	1661
Ricovero Day Hospital	Peso Medio DRG	0,78	0,76	0,74
Ricovero Day Hospital	Totale Valore (€)	4.695.399	4.076.736	3.430.746
Ord. + Dh	Totale DRG Chirurgici	3.561	3.422	3.218

Le tabelle seguenti rappresentano per l'anno 2024 e 2023 il numero di ricoveri e il tasso di ospedalizzazione per regime di ricovero relativo alla popolazione dell'ASL GALLURA.

ASL GALLURA		Anno	2024		Popolazione	159.098	
ASL Residenza	Distretto Geografico Residenza	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Totale	Tasso di Ospedalizzazi one Ricoveri Ordinari (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazio ne Ricoveri Diurni (per 1000 ab.)	Tasso di Ospedalizzazio ne (per 1000 ab.)
ASL Gallura	Olbia	10.470	3.754	14.224	65,81	23,60	89,40
ASL Gallura	Tempio Pausania	2.528	1.329	3.857	15,89	8,35	24,24
ASL Gallura	La Maddalena	914	413	1.327	5,74	2,60	8,34
Totale ASL GALLURA*		13.912	5.496	19.408	87,44	34,54	121,99

* Non è presente la mobilità extra regione - Fonte dati ABACO

ASL GALLURA		Anno	2023		Popolazione	158.916	
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	3.260	13.789	66,26	20,51	86,77
ASL Gallura	Tempio Pausania	2.388	1.150	3.538	15,03	7,24	22,26
ASL Gallura	La Maddalena	1.073	369	1.442	6,75	2,32	9,07
Totale ASL GALLURA		13.990	4.779	18.769	88,03	30,07	118,11

* Non è presente la mobilità extra regione - Fonte dati ABACO

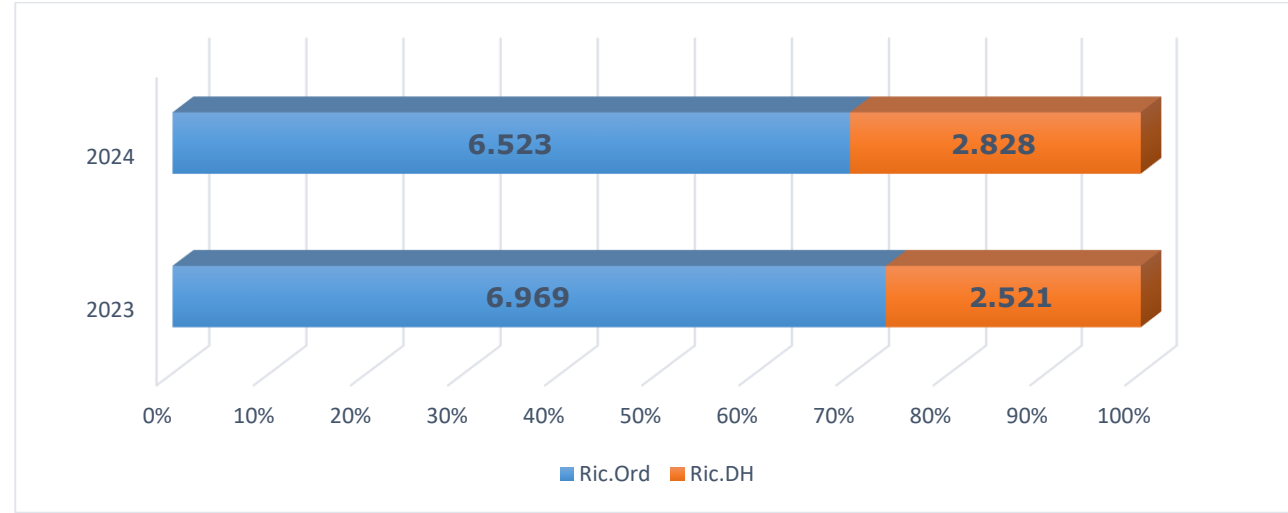
ASR Residenza	Distretto Geografico Residenza	Delta Tasso di Ospedalizzazione (per	Delta Tasso di Ospedalizzazione	Delta Tasso di Ospedalizzazione (per
---------------	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

		1000 ab.) 2024- 2023 Ricoveri Ordinari	(per 1000 ab.) 2024-3	1000 ab.) 2024- 2023
ASL Gallura	Olbia	-0,45	3,08	2,63
ASL Gallura	Tempio Pausania	0,86	1,12	1,98
ASL Gallura	La Maddalena	-1,01	0,27	-0,73
Totale ASL GALLURA		-0,59	4,47	3,88

Fonte dati ABACO

Le tabelle sovraespresse rappresentano il confronto tra i ricoveri (per il 2024 il dato è riferito a strutture pubbliche e private, il dato riferito al 2023 sconta la mobilità passiva) per regime di ricovero nel biennio 2024/2023, 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 2024 si attesta al 121,99 rispetto al 118,11 dell'anno 2023, quindi registrando una variazione in aumento. L'anno 2024 di conseguenza vede i tassi di ospedalizzazione in crescita: per i ricoveri ordinari la variazione è -0,59 mentre per i ricoveri in DH è pari a + 4,47. L'aumento per la Asl Gallura nel biennio in esame è di +3,88 (il dato 2023 sconta la mobilità passiva).

Il grafico sottostante rappresenta il confronto dei dimessi per regime di ricovero per le annualità 2024/2023 ASL Gallura.



Analisi dei primi 30 DRG prodotti in Asl Gallura negli anni 2024/2023

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	2024					2023					Delta	Delta %
	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)	1 - Ricovero Ordinario			2 - Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)		
	Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi		Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi			
Totale Complessivo	7.701	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	666	2211	3,32	0	666	729	2370	3,25	0	729	-63	-8,64%
410 [M] - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	0	0	-	511	511	0	0	-	519	519	-8	-1,54%
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	407	1406	3,45	0	407	427	1485	3,48	0	427	-20	-4,68%
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	138	607	4,40	157	295	176	730	4,15	160	336	-41	-12,20%
087 [M] - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	288	3536	12,28	0	288	252	3210	12,74	0	252	36	14,29%
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	80	632	7,90	171	251	73	877	12,01	106	179	72	40,22%
371 [C] - Parto cesareo senza CC	245	1213	4,95	0	245	289	1436	4,97	0	289	-44	-15,22%

162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	23	75	3,26	215	238	18	52	2,89	132	150	88	58,67%
576 [M] - Setticiemia senza ventilazione meccanica 96 ore, età > 17 anni	230	3919	17,04	1	231	248	3984	16,06	1	249	-18	-7,23%
380 [M] - Aborto senza dilatazione e raschiamento	34	46	1,35	188	222	43	432	10,05	174	217	5	2,30%
211 [C] - Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	195	2668	13,68	0	195	194	2634	13,58	0	194	1	0,52%
124 [M] - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	164	575	3,51	10	174	175	562	3,21	1	176	-2	-1,14%
219 [C] - Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	172	1388	8,07	1	173	187	1549	8,28	2	189	-16	-8,47%
127 [M] - Insufficienza cardiaca e shock	160	1705	10,66	9	169	187	2168	11,59	7	194	-25	-12,89%
430 [M] - Psicosi	169	2205	13,05	0	169	116	1125	9,70	0	116	53	45,69%
381 [C] - Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	46	100	2,17	105	151	48	87	1,81	101	149	2	1,34%
229 [C] - Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	45	83	1,84	97	142	57	101	1,77	82	139	3	2,16%
518 [C] - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	141	241	1,71	1	142	101	182	1,80	1	102	40	39,22%
245 [M] - Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1	3	3,00	137	138	2	3	1,50	165	167	-29	-17,37%
369 [M] - Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	56	140	2,50	76	132	37	97	2,62	86	123	9	7,32%
379 [M] - Minaccia di aborto	131	610	4,66	1	132	143	776	5,43	0	143	-11	-7,69%
544 [C] - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	114	1654	14,51	0	114	107	1804	16,86	0	107	7	6,54%

117 [C] - Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	9	17	1,89	101	110	7	27	3,86	70	77	33	42,86%
089 [M] - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	92	1150	12,50	3	95	103	1275	12,38	0	103	-8	-7,77%
183 [M] - Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	82	581	7,09	9	91	64	320	5,00	3	67	24	35,82%
139 [M] - Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	38	133	3,50	51	89	23	98	4,26	66	89	0	0,00%
494 [C] - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	88	408	4,64	0	88	67	243	3,63	0	67	21	31,34%
224 [C] - Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	75	305	4,07	12	87	84	277	3,30	2	86	1	1,16%
316 [M] - Insufficienza renale	65	889	13,68	22	87	72	1138	15,81	14	86	1	1,16%
552 [C] - Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	83	132	1,59	0	83	84	148	1,76	0	84	-1	-1,19%

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)		
	Dimessi	Giornate	Degenz a Media	Dimessi		Dimessi	Giornate	Degenz a Media	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	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 2024 in valore assoluto rispetto al 2023 è maggiore.

DRG con maggiore incremento in valore assoluto	2024					2023					Delta	Delta %
	Ricovero Ordinario			D H	Totale Dimessi (Ord+ DH)	Ricovero Ordinario			D H	Totale Dimessi (Ord+ DH)		
DRG	Dimes si	Giornat e	Dege nza	Dimess i		Dime ssi	Giorna te	Degenza Media	Dimessi			
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	23	75	3,26	215	238	18	52	2,89	132	150	88	58,67%
430 [M] - Psicosi	169	2205	13,05	0	169	116	1125	9,70	0	116	53	45,69%
117 [C] - Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	9	17	1,89	101	110	7	27	3,86	70	77	33	42,86%

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

DRG	Diagnosi Principale	2024	2023
117 [C] - Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	410.71 - Infarto Sub-endocardico, Episodio Iniziale Di Assistenza	1	1
	411.1 - Sindrome Coronarica Intermedia	5	1
	426.0 - Blocco Atrioventricolare Completo		1
	426.10 - Blocco Atrioventricolare Non Specificato	1	
	426.12 - Blocco Atrioventricolare Di Secondo Grado, Mobitz II		1
	427.0 - Tachicardia Parossistica Sopra ventricolare	2	1

DRG	Diagnosi Principale	2024	2023
	427.1 - Tachicardia Parossistica Ventricolare	1	1
	427.31 - Fibrillazione Atriale	7	23
	427.81 - Disfunzione Del Nodo Senoatriale	1	1
	427.89 - Altre Aritmie Cardiache Specificate	81	37
	428.1 - Insufficienza Del Cuore Sinistro (Scompenso Cardiaco Sinistro)	1	
	780.2 - Sincope E Collasso	9	9
	786.50 - Dolore Toracico Non Specificato	1	
	786.51 - Dolore Precordiale		1
	Totale DRG 117	110	77

Fonte Dati: ABACO

DRG	Diagnosi Principale	2024	2023
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	7	1
	550.11 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Ricorrente, Con Ostruzione, Senza Menzione Di Gangrena	6	5
	550.90 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	179	111
	550.91 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Ricorrente, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	33	20
	550.92 - Ernia Inguinale Bilaterale, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	3	2
	550.93 - Ernia Inguinale Bilaterale, Ricorrente, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	1	
	551.00 - Ernia Femorale Monolaterale O Non Specificata, Con Gangrena	1	1
	552.00 - Ernia Femorale Monolaterale O Non Specificata, Con Ostruzione	4	8
	553.00 - Ernia Femorale Monolaterale O Non Specificata, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	1	1
	553.01 - Ernia Femorale Monolaterale O Non Specificata, Ricorrente, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	3	1
	Totale DRG 162	238	150

Fonte Dati: ABACO

DRG	Diagnosi Principale	2024	2023
430 [M] - Psicosi	295.02 - Tipo Semplice, Cronico		1
	295.14 - Tipo Disorganizzato, Cronico Con Esacerbazione Acuta		1
	295.20 - Tipo Catatonico, Non Specificato		1
	295.30 - Tipo Paranoide, Non Specificato	1	2
	295.32 - Tipo Paranoide, Cronico	1	
	295.33 - Tipo Paranoide, Subcronico Con Esacerbazione Acuta	2	
	295.34 - Tipo Paranoide, Cronico Con Esacerbazione Acuta	1	2
	295.44 - Episodio Schizofrenico Acuto, Cronico Con Esacerbazione Acuta		1
	295.62 - Schizofrenia Residuale, Cronico	2	2
	295.63 - Schizofrenia Residuale, Subcronico Con Esacerbazione Acuta		1
	295.64 - Schizofrenia Residuale, Cronico Con Esacerbazione Acuta	1	1
	295.70 - Tipo Schizo-affettivo, Non Specificato	1	
	295.72 - Tipo Schizo-affettivo, Cronico	2	4
	295.73 - Tipo Schizo-affettivo, Subcronico Con Esacerbazione Acuta	1	
	295.74 - Tipo Schizo-affettivo, Cronico Con Esacerbazione Acuta	6	6
	295.90 - Schizofrenia Non Specificata, Non Specificato		1
	296.01 - Mania, Episodio Singolo, Lieve	2	1
	296.03 - Mania, Episodio Singolo, Grave, Senza Menzione Di Comportamento Psicotico	1	2
	296.04 - Mania, Episodio Singolo, Grave, Con Comportamento Psicotico	2	4
	296.10 - Mania, Episodio Ricorrente, Non Specificato		1
	296.11 - Mania, Episodio Ricorrente, Lieve	1	1
	296.12 - Mania, Episodio Ricorrente, Moderato		1
	296.14 - Mania, Episodio Ricorrente, Grave, Con Comportamento Psicotico	2	5
	296.20 - Depressione Maggiore, Episodio Singolo, Non Specificato	2	4
	296.22 - Depressione Maggiore, Episodio Singolo, Moderato		2

DRG	Diagnosi Principale	2024	2023
	296.23 - Depressione Maggiore, Episodio Singolo, Grave, Senza Menzione Di Comportamento Psicotico	2	2
	296.24 - Depressione Maggiore, Episodio Singolo, Grave, Con Comportamento Psicotico	2	1
	296.30 - Depressione Maggiore, Episodio Ricorrente, Non Specificato	2	1
	296.31 - Depressione Maggiore, Episodio Ricorrente, Lieve		1
	296.32 - Depressione Maggiore, Episodio Ricorrente, Moderato	4	2
	296.33 - Depressione Maggiore, Episodio Ricorrente, Grave, Senza Menzione Di Comportamento Psicotico	3	
	296.34 - Depressione Maggiore, Episodio Ricorrente, Grave, Con Comportamento Psicotico	1	
	296.40 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Maniacale, Non Specificato		3
	296.41 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Maniacale, Lieve		4
	296.42 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Maniacale, Moderato	2	3
	296.43 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Maniacale, Grave, Senza Menzione Di Comportamento Psicotico	6	
	296.44 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Maniacale, Grave, Con Comportamento Psicotico	9	5
	296.45 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Maniacale, In Remissione Parziale O Non Specificata	1	1
	296.50 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Depressivo, Non Specificato	3	2
	296.51 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Depressivo, Lieve		1
	296.52 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Depressivo, Moderato	1	
	296.53 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Depressivo, Grave, Senza Menzione Di Comportamento Psicotico	2	1
	296.54 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Depressivo, Grave, Con Comportamento Psicotico	1	1
	296.61 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Misto, Lieve	1	4
	296.62 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Misto, Moderato	1	
	296.63 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Misto, Grave, Senza Menzione Di Comportamento Psicotico		1
	296.64 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Misto, Grave, Con Comportamento Psicotico	2	1
	296.7 - Disturbo Bipolare Di I Tipo, Più Recente (O Corrente) Episodio Non Specificato	1	1
	296.80 - Disturbo Bipolare Non Specificato		1
	296.82 - Sindrome Depressiva Atipica		1
	296.90 - Disturbo Episodico Dell'Umore Non Specificato	22	6
	296.99 - Altri Disturbi Episodici Dell'Umore Specificati	46	8
	297.1 - Disturbo Delirante	4	3
	297.9 - Stato Paranoide Non Specificato	1	2
	298.0 - Psicosi Di Tipo Depressivo	3	1
	298.1 - Psicosi, Tipo Agitato		1
	298.4 - Psicosi Paranoide Psicogena	1	1
	298.8 - Altre E Non Specificate Psicosi Reattive	1	4
	298.9 - Psicosi Non Specificata	11	6
	299.90 - Psicosi Non Specificata, Stato Attivo	1	1
	299.91 - Psicosi Non Specificata, Stato Residuale	1	2
	295.60 - Schizofrenia Residuale, Non Specificato	1	
	298.3 - Reazione Paranoide Acuta	1	
	296.16 - Mania, Episodio Ricorrente, In Remissione Completa	2	
	296.46 - Sindrome Affettiva Bipolare, Episodio Maniacale, In Remissione Completa	1	
	295.10 - Tipo Disorganizzato, Non Specificato	1	
	Totale DRG 430	169	116

Nella tabella che segue si confronta il numero dei primi 30 DRG Infra Regione negli anni 2024 e 2023.

DRG	Mobilità Passiva Infra regione 2024
042 [C] - Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	736
013 [M] - Sclerosi multipla e atassia cerebellare	192
490 [M] - H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	146
410 [M] - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	142
404 [M] - Linfoma e leucemia non acuta senza CC	133
039 [C] - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	115
266 [C] - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	113
087 [M] - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	98
311 [C] - Interventi per via transuretrale senza CC	93
391 [M] - Neonato normale	92
373 [M] - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	83
371 [C] - Parto cesareo senza CC	67
040 [C] - Interventi sulle strutture extra-oculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	67
467 [M] - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	66
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	63
060 [C] - Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	63
395 [M] - Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	56
431 [M] - Disturbi mentali dell'infanzia	56
014 [M] - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	56
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	51
310 [C] - Interventi per via transuretrale con CC	50
347 [M] - Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	50
576 [M] - Setticemia senza ventilazione meccanica 96 ore, età > 17 anni	47
316 [M] - Insufficienza renale	47
104 [C] - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	47
544 [C] - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	45
423 [M] - Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	42
430 [M] - Psicosi	42
492 [M] - Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	41
063 [C] - Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	40

Fonte Dati ABACO

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

DRG	Mobilità Passiva Infra regione 2023
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

Nella tabella che segue si riportano le Prime 20 diagnosi Infra Regione 2024/2023 in favore dei nostri assistiti.

DIAGNOSI	Mobilità Passiva Infra regione 2024
362.16 - Neo-vascularizzazione Della Retina Non Altrimenti Specificata	438
340 - Sclerosi Multipla	173
042 - Infezione Da Virus Della Immunodeficienza Umana (HIV)	149
V58.11 - Chemioterapia Antineoplastica	143
362.07 - Edema Maculare Diabetico	126
518.81 - Insufficienza Respiratoria	108
188.9 - Tumori Maligni Di Parte Non Specificata Della Vescica	84
362.36 - Occlusione Venosa Tributaria (Di Branca) Della Retina	64
185 - Tumori Maligni Della Prostata	63
592.1 - Calcolosi Ureterale	61
203.00 - Mieloma Multiplo, Senza Menzione Di Remissione	56
V30.00 - Nato Singolo, Nato In Ospedale Senza Menzione Di Taglio Cesareo	55
474.10 - Ipertrofia Della Tonsilla Con Le Adenoidi	48
424.1 - Disturbi Della Valvola Aortica	48
314.01 - Con Iperattività	46
V30.01 - Nato Singolo, Nato In Ospedale Con Taglio Cesareo	45
V58.12 - Immunoterapia Antineoplastica	43
550.90 - Ernia Inguinale Monolaterale O Non Specificata, Senza Menzione Di Ostruzione O Gangrena	41
648.91 - Altre Manifestazioni Altrimenti Classificabili, Parto, Con O Senza Menzione Della Condizione Antepartum	37
173.3 - Altri Tumori Maligni Della Cute Di Altre E Non Specificate Parti Della Faccia	36
592.0 - Calcolosi Renale	35
427.31 - Fibrillazione Atriale	35
V10.51 - Anamnesi Personale Di Tumore Maligno Della Vescica	35
361.00 - Distacco Della Retina Con Rottura Retinica, Non Specificato	33
628.9 - Infertilità Femminile, Di Origine Non Specificata	32
434.01 - Trombosi Cerebrale Con Infarto Cerebrale	29
650 - Parto Normale	27
414.01 - Aterosclerosi Coronarica Di Arteria Coronarica Nativa	25
432.1 - Emorragia Subdurale	24
366.10 - Cataratta Senile, Non Specificata	23

Fonte Dati ABACO

DIAGNOSI	Mobilità Passiva Infra regione 2023
362.16 - Neo-vascularizzazione 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

130

Prestazioni ambulatoriali

Nelle tabelle seguenti si riportano il numero ed il valore delle prestazioni ambulatoriali riferite agli anni 2024 e 2023 erogate sia dalle strutture pubbliche che private.

Produzione da Strutture Pubbliche	2024		2023		Variazione	
Branca	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	Δ % Prestazioni 2024-2023	Δ % Importo 2024-2023
01 - Anestesia	5.620	332.831	7.051	366.066	-20,29%	-9,08%
02 - Cardiologia	21.403	558.063	24.929	660.935	-14,14%	-15,56%
03 - Chirurgia Generale	2.224	59.667	3.222	76.096	-30,97%	-21,59%
04 - Chirurgia Plastica	143	4.063	165	4.630	-13,33%	-12,26%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	32	1.235	48	1.542	-33,33%	-19,86%
06 - Dermosifilopatia	649	12.413	511	9.370	27,01%	32,48%
08 - Diagnostica Per Immagini:	73.672	4.451.309	75.779	4.517.052	-2,78%	-1,46%

Produzione da Strutture Pubbliche	2024		2023		Variazione	
Branca	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	Δ % Prestazioni 2024-2023	Δ % Importo 2024-2023
Radiologia Diagnostica						
09 - Endocrinologia	1.131	32.777	1.718	49.198	-34,17%	-33,38%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	4.755	355.654	7.005	482.062	-32,12%	-26,22%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche- Microbiologia- Virologia-Anatomia E Istologia Patologica- Genetica- Immunoematologia E S. Trasm.	969.431	4.538.362	1.019.498	4.640.111	-4,91%	-2,19%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	44.807	379.670	46.442	396.466	-3,52%	-4,24%
13 - Nefrologia	15.707	2.502.907	15.307	2.289.925	2,61%	9,30%
14 - Neurochirurgia	265	26.258	482	11.928	-45,02%	120,15%
15 - Neurologia	7.899	271.067	7.738	227.660	2,08%	19,07%
16 - Oculistica	8.719	172.633	9.256	181.561	-5,80%	-4,92%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	3.576	70.351	3.985	75.625	-10,26%	-6,97%
18 - Oncologia	8.297	112.164	8.226	110.110	0,86%	1,87%
19 - Ortopedia E Traumatologia	4.506	107.283	4.173	95.682	7,98%	12,12%
20 - Ostetricia E Ginecologia	10.588	286.430	12.405	329.173	-14,65%	-12,99%
21 - Otorinolaringoiatria	7.816	116.537	9.247	129.732	-15,48%	-10,17%
22 - Pneumologia	349	9.859	371	8.439	-5,93%	16,83%
23 - Psichiatria	2.513	43.789	5.734	103.925	-56,17%	-57,86%
25 - Urologia	1.830	42.045	1.439	29.979	27,17%	40,25%
26 - Altre Prestazioni*	197.555	3.443.175	147.372	2.914.782	34,05%	18,13%
TOTALE	1.393.487	17.930.542	1.412.103	17.712.047	-1,32%	1,23%

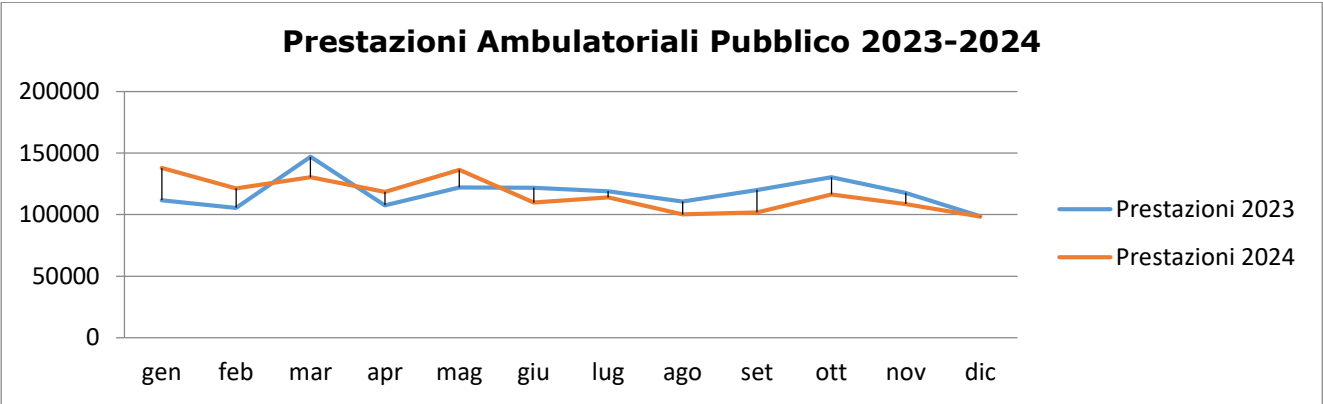
Fonte dati ABACO

Ripartizione % Produzione da Strutture Private	2024		2023		%	
Branca	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	% Prestazioni 2024	% Importo 2024
01 - Anestesia	5.620	332.831	7.051	366.066	0,40%	1,86%
02 - Cardiologia	21.403	558.063	24.929	660.935	1,54%	3,11%
03 - Chirurgia Generale	2.224	59.667	3.222	76.096	0,16%	0,33%
04 - Chirurgia Plastica	143	4.063	165	4.630	0,01%	0,02%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	32	1.235	48	1.542	0,00%	0,01%
06 - Dermosifilopatia	649	12.413	511	9.370	0,05%	0,07%

Ripartizione % Produzione da Strutture Private	2024		2023		%	
Branca	Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	% Prestazioni 2024	% Importo 2024
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	73.672	4.451.309	75.779	4.517.052	5,29%	24,83%
09 - Endocrinologia	1.131	32.777	1.718	49.198	0,08%	0,18%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	4.755	355.654	7.005	482.062	0,34%	1,98%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche- Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica- Immunoematologia E S. Trsf.	969.431	4.538.362	1.019.498	4.640.111	69,57%	25,31%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	44.807	379.670	46.442	396.466	3,22%	2,12%
13 - Nefrologia	15.707	2.502.907	15.307	2.289.925	1,13%	13,96%
14 - Neurochirurgia	265	26.258	482	11.928	0,02%	0,15%
15 - Neurologia	7.899	271.067	7.738	227.660	0,57%	1,51%
16 - Oculistica	8.719	172.633	9.256	181.561	0,63%	0,96%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	3.576	70.351	3.985	75.625	0,26%	0,39%
18 - Oncologia	8.297	112.164	8.226	110.110	0,60%	0,63%
19 - Ortopedia E Traumatologia	4.506	107.283	4.173	95.682	0,32%	0,60%
20 - Ostetricia E Ginecologia	10.588	286.430	12.405	329.173	0,76%	1,60%
21 - Otorinolaringoiatria	7.816	116.537	9.247	129.732	0,56%	0,65%
22 - Pneumologia	349	9.859	371	8.439	0,03%	0,05%
23 - Psichiatria	2.513	43.789	5.734	103.925	0,18%	0,24%
25 - Urologia	1.830	42.045	1.439	29.979	0,13%	0,23%
26 - Altre Prestazioni*	197.555	3.443.175	147.372	2.914.782	14,18%	19,20%
TOTALE	1.393.487	17.930.542	1.412.103	17.712.047	100,00 %	100,00%

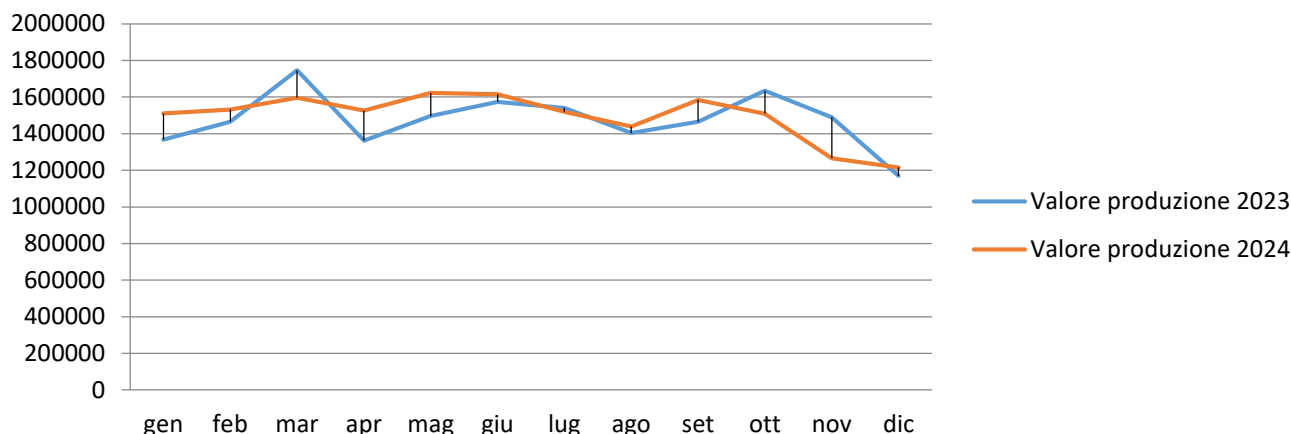
Fonte dati ABACO

I grafici che seguono evidenziano il numero e il valore delle prestazioni erogate da strutture private contrattualizzate e strutture pubbliche per gli anni 2024 e 2023.



Elaborazione Area Data Management

Valore Produzione Ambulatoriale Pubblico 2023-2024

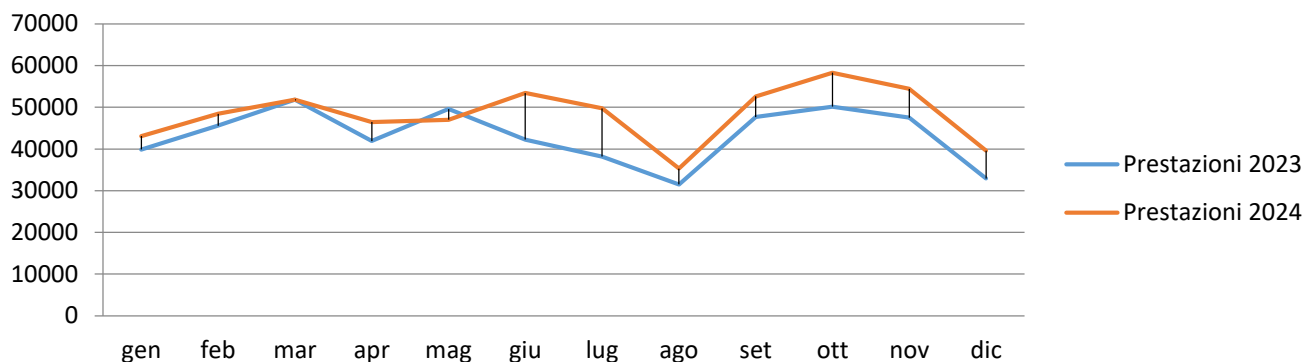


Elaborazione Area Data Management

Produzione da Strutture Private per ASL GALLURA		2024		2023			
Branca		Prestazioni	Importo	Prestazioni	Importo	Δ % Prestazioni 2024-2023	Δ % Importo 2024-2023
01 - Anestesia		788	14.358	683	12.778	15,37%	12,37%
02 - Cardiologia		5.053	133.317	3.751	86.892	34,71%	53,43%
03 - Chirurgia Generale		2.360	76.132	2.748	84.561	-14,12%	-9,97%
04 - Chirurgia Plastica		1.018	19.714	911	17.760	11,75%	11,01%
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia		1.155	50.424	1.096	47.919	5,38%	5,23%
06 - Dermosifilopatia		3.598	39.626	3.192	40.374	12,72%	-1,85%
07 - Diagnostica Per Immagini: Medicina Nucleare		49	1.392	93	2.642	-47,31%	-47,31%
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica		42.072	4.773.384	37.173	3.456.176	13,18%	38,11%
09 - Endocrinologia		2.862	61.454	3.137	67.848	-8,77%	-9,42%
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva		6.002	339.503	5.962	353.616	0,67%	-3,99%
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia		452.561	2.569.983	399.560	2.280.524	13,26%	12,69%
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione		5.171	58.373	5.482	68.152	-5,67%	-14,35%
13 - Nefrologia		203	4.167	43	1.103	372,09%	277,93%
14 - Neurochirurgia		1.767	32.461	1.981	36.231	-10,80%	-10,41%
15 - Neurologia		4.942	60.571	3.944	66.955	25,30%	-9,53%
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale		62	885	28	400	121,43%	121,47%
18 - Oncologia		2.632	37.588	2.196	33.304	19,85%	12,86%
19 - Ortopedia E Traumatologia		6.627	255.056	7.705	281.048	-13,99%	-9,25%
20 - Ostetricia E Ginecologia		2.579	53.024	1.933	40.074	33,42%	32,32%
21 - Otorinolaringoiatria		1.997	39.224	2.460	45.930	-18,82%	-14,60%
22 - Pneumologia		2.113	50.606	1.975	47.071	6,99%	7,51%
23 - Psichiatria		2.861	51.567	2.357	43.900	21,38%	17,46%
24 - Radioterapia		28.405	7.611.412	28.248	7.525.005	0,56%	1,15%
25 - Urologia		1.078	20.717	348	6.206	209,77%	233,84%
26 - Altre Prestazioni*		2.121	41.385	1.864	36.185	13,79%	14,37%
		580.076	16.396.324	518.870	14.682.654	11,80%	11,67%

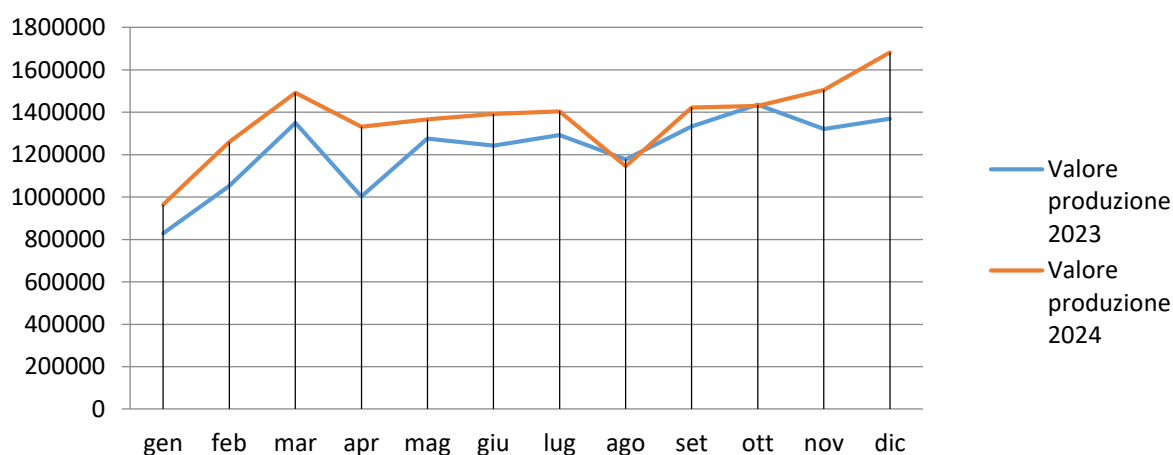
Fonte dati: Abaco

Prestazioni Ambulatoriali da Privato 2023-2024



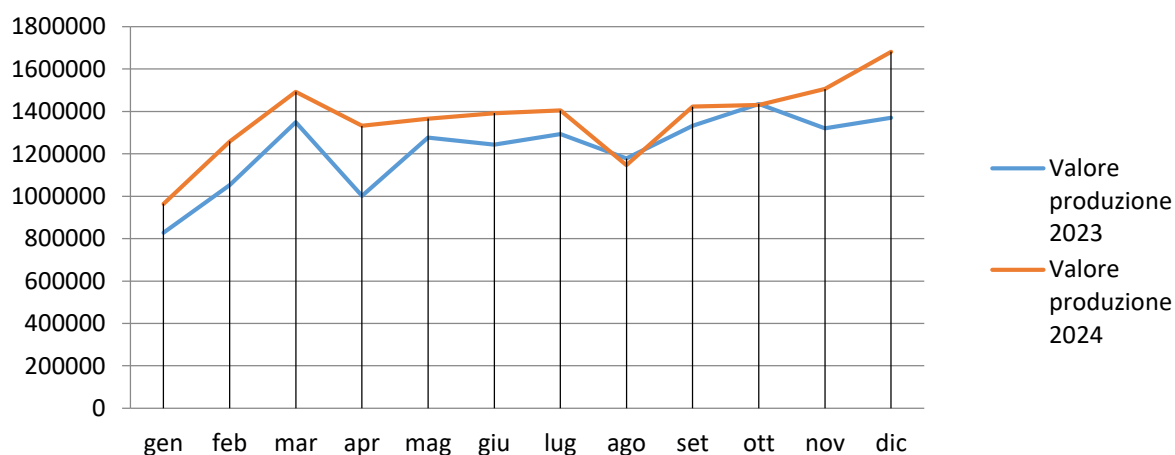
Elaborazione Area Data Management

Valore Produzione Ambulatoriale Privato 2023-2024



Elaborazione Area Data Management

Valore Produzione Ambulatoriale Privato 2023-2024



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
2022	1.157.299	158.491	7,30
2023	1.810.723	158.916	11,39
2024	1.899.810	159.098	11,94

Fonte dati: Abaco

Azienda	Prestazioni Ambulatoriali Intra Regione		
	Anno	Anno	Anno
	2022	2023	2024
ASL SASSARI	10.221	75.313	75.932
ASL GALLURA	1.068.515	1.654.907	1.686.111
ASL NUORO	35.060	34.774	39.140
ASL OGLIASTRA	863	900	854
ASL ORISTANO	2.161	2.271	3.052
ASL MEDIO CAMPIDANO	523	784	781
ASL SULCIS	336	483	632
ASL CAGLIARI	8.674	8.068	10.021
AOU CAGLIARI	3.147	3.459	3.673
AOU SASSARI	8.220	11.980	59.127
AO BROTZU	19.579	17.784	20.487
Totale	1.157.299	1.810.723	1.899.810

Fonte dati: Abaco

Azienda	Valorizzazione Economica Prestazioni Ambulatoriali Intra Regione		
	Anno	Anno	Anno
	2022	2023	2024
ASL SASSARI	448.907	1.500.900	2.033.092
ASL GALLURA	18.035.617	23.536.436	24.917.907
ASL NUORO	1.195.159	1.148.934	1.279.082
ASL OGLIASTRA	21.475	60.587	47.557
ASL ORISTANO	107.383	120.284	100.566
ASL MEDIO CAMPIDANO	21.028	20.848	16.630
ASL SULCIS	5.889	6.692	8.582
ASL CAGLIARI	618.504	530.795	669.969
AOU CAGLIARI	64.289	66.921	70.380
AOU SASSARI	58.394	271.531	1.925.705
AO BROTZU	618.550	506.607	544.779
Totale	21.195.194	27.770.534	31.614.249

Fonte dati: Abaco

Di seguito si riportano le tabelle relative alla Percentuale di prestazioni effettuate nell'ASL Gallura negli anni 2024 e 2023.

ASL GALLURA	Percentuale prestazioni effettuate nell'ASL Gallura 2024		
	Prestazioni in ASL Residenza	Prestazioni in altre ASL	% Prestazioni in ASL Residenza
	1.686.111	213.699	88,75%

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%

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 2024-2022.

Nei dodici mesi dell'anno 2024 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 989 casi così come le giornate di degenza che passano da 38.138 del 2023 a 41.588 nel corso del 2024. Con riferimento all'attività di ricovero in regime ordinario per il biennio 2024-2023 si osserva un aumento dei DRG CH del 19,1%, mentre i DRG MD sono in diminuzione del 3,5%. Il confronto dei dati di attività in regime ordinario per il triennio 2024-2022 evidenzia un aumento dei DRG CH del 44,2% e per i DRG MD si registra una riduzione del 6,5%.

Mater Olbia Hospital	2024	2023	2022	Δ 2024-2023	Δ 2024- 2022
Regime Ordinario					
GG di Degenza	41.588	38.138	35.516	9,0%	17,1%
Totale Casi (Ord.)	8.282	7.293	6.389	13,6%	29,6%
Totale Valore €	35.193.679	28.807.796	25.291.107	22,2%	39,2%
DRG Medici	1.718	1.781	1.837	-3,5%	-6,5%
DRG Chirurgici	6.564	5.511	4.552	19,1%	44,2%
% DRG Medici	20,74%	24,42%	28,75%	-	-
% DRG Chirurgici	79,26%	75,57%	71,25%	-	-

Fonte Dati: Abaco

I dati riferiti agli accessi in Day Hospital riportano un aumento passando dai 210 del 2023 ai 314 del 2024; aumenta anche il numero dei casi dai 655 del 2023 ai 1.285 del 2024 (+ 96,2%). In relazione all'attività di ricovero in regime diurno per il biennio 2024-2023 si osserva un significativo aumento dei DRG CH del 100% e i DRG MD registrano un aumento del 48,5%. 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 33,33% e

di quelli medici del 66,67%. Come si rileva dalla tabella, questi valori si riferiscono ad una produzione di DRG CH che, vista l'esigua casistica, non ha alcuna significatività statistica.

Mater Olbia Hospital	2024	2023	2022	Δ	Δ
Regime Diurno				2024-2023	2024-2022
Totale Casi (DH)	1.285	655	9	96,2%	14177,8%
Numero Accessi	314	210	9	49,5%	3388,9%
Totale Valore €	447.076	225.198	5.425	98,5%	8140,5%
DRG Medici	306	206	6	48,5%	5000,0%
DRG Chirurgici	8	4	3	100,0%	166,7%
% DRG Medici	97,45%	98,10%	66,67%	-	-
% DRG Chirurgici	2,55%	1,90%	33,33%	-	-

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	2024					2023					Delta	Delta %
	Ricovero Ordinario			Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)	Ricovero Ordinario			Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)		
	Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi		Dimessi	Giornate	Degenza Media	Dimessi			
498 [C] - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	463	1525	3,29	0	463	229	672	2,93	0	229	234	102,18%
532 [C] - Interventi sul midollo spinale senza CC	245	550	2,24	0	245	148	356	2,41	0	148	97	65,54%
227 [C] - Interventi sui tessuti molli senza CC	86	151	1,76	0	86	53	75	1,42	0	53	33	62,26%

Nelle tabelle seguenti si riportano i dati relativi ai Ricoveri Ospedalieri Intra-Regione per il triennio 2024-2022.

Azienda	Ricoveri Ospedalieri Intra Regione		
	Anno	Anno	Anno
	2022	2023	2024
ASL SASSARI	1.134	1.382	1.611
ASL GALLURA	3.600	4.131	4.450
ASL NUORO	881	1.072	1.351
ASL OGLIASTRA	38	51	76
ASL ORISTANO	111	133	230
ASL MEDIO CAMPIDANO	15	21	49
ASL SULCIS	33	40	74
ASL CAGLIARI	134	167	272
Totale	5.946	6.997	8.113

Fonte Dati: Abaco

Azienda	Valorizzazione Economica Ricoveri Ospedalieri Intra Regione		
	Anno	Anno	Anno
	2022	2023	2024
ASL SASSARI	5.032.928	6.320.091	7.907.443
ASL GALLURA	12.954.216	13.907.406	15.655.957
ASL NUORO	3.504.190	4.075.545	5.455.921
ASL OGLIASTRA	141.371	241.915	383.558
ASL ORISTANO	455.352	682.241	1.395.065
ASL MEDIO CAMPIDANO	111.855	103.616	293.857
ASL SULCIS	146.371	308.771	482.499
ASL CAGLIARI	774.466	1.044.487	1.650.009
Totale	23.120.748	26.684.074	33.224.308

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	2024					2023					Delta	Delta %
	Ricovero Ordinario			Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)	Ricovero Ordinario			Day Hospital	Totale Dimessi (Ord+ DH)		
	Dimessi	Giornate	Degenza a Media	Dimessi		Dimessi	Giornate	Degenza a Media	Dimessi			
256 [M] - Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	509	7851	15,42	0	509	489	8088	16,54	0	489	20	4,09%
544 [C] - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	482	2545	5,28	0	482	458	2494	5,45	0	458	24	5,24%
162 [C] - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	267	286	1,07	0	267	411	439	1,07	0	411	-144	-35,04%
359 [C] - Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	420	1012	2,41	0	420	350	829	2,37	0	350	70	20,00%
266 [C] - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	352	364	1,03	2	354	339	356	1,05	0	339	15	4,42%
461 [C] - Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	285	340	1,19	1	286	264	280	1,06	0	264	22	8,33%
503 [C] - Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	315	341	1,08	0	315	258	281	1,09	0	258	57	22,09%
500 [C] - Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	225	601	2,67	0	225	234	642	2,74	0	234	-9	-3,85%
498 [C] - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	463	1525	3,29	0	463	229	672	2,93	0	229	234	102,18%
055 [C] - Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	247	256	1,04	0	247	197	203	1,03	0	197	50	25,38%
288 [C] - Interventi per obesità	127	397	3,13	0	127	192	624	3,25	0	192	-65	-33,85%
151 [C] - Lisi di aderenze peritoneali senza CC	225	462	2,05	0	225	179	373	2,08	0	179	46	25,70%
012 [M] - Malattie degenerative del sistema nervoso	163	8542	52,40	0	163	151	6354	42,08	0	151	12	7,95%
532 [C] - Interventi sul midollo spinale senza CC	245	550	2,24	0	245	148	356	2,41	0	148	97	65,54%
494 [C] - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	135	314	2,33	0	135	122	275	2,25	0	122	13	10,66%
014 [M] - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	62	665	10,73	0	62	119	1485	12,48	0	119	-57	-47,90%
150 [C] - Lisi di aderenze peritoneali con CC	122	297	2,43	0	122	117	274	2,34	0	117	5	4,27%
225 [C] - Interventi sul piede	64	68	1,06	0	64	111	122	1,10	0	111	-47	-42,34%
467 [M] - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	119	375	3,15	0	119	111	868	7,82	1	112	7	6,25%
223 [C] - Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	96	109	1,14	0	96	100	122	1,22	0	100	-4	-4,00%
297 [M] - Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	75	152	2,03	0	75	100	242	2,42	1	101	-26	-25,74%
260 [C] - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	87	222	2,55	0	87	97	248	2,56	0	97	-10	-10,31%
158 [C] - Interventi su ano e stoma senza CC	103	107	1,04	0	103	89	97	1,09	0	89	14	15,73%
290 [C] - Interventi sulla tiroide	43	122	2,84	0	43	84	224	2,67	0	84	-41	-48,81%
234 [C] - Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	53	117	2,21	0	53	64	145	2,27	0	64	-11	-17,19%
261 [C] - Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	44	99	2,25	0	44	56	136	2,43	0	56	-12	-21,43%
408 [C] - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	72	158	2,19	0	72	55	101	1,84	0	55	17	30,91%
364 [C] - Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	54	54	1,00	0	54	54	54	1,00	0	54	0	0,00%
227 [C] - Interventi sui tessuti molli senza CC	86	151	1,76	0	86	53	75	1,42	0	53	33	62,26%
229 [C] - Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	67	68	1,01	1	68	52	53	1,02	0	52	16	30,77%

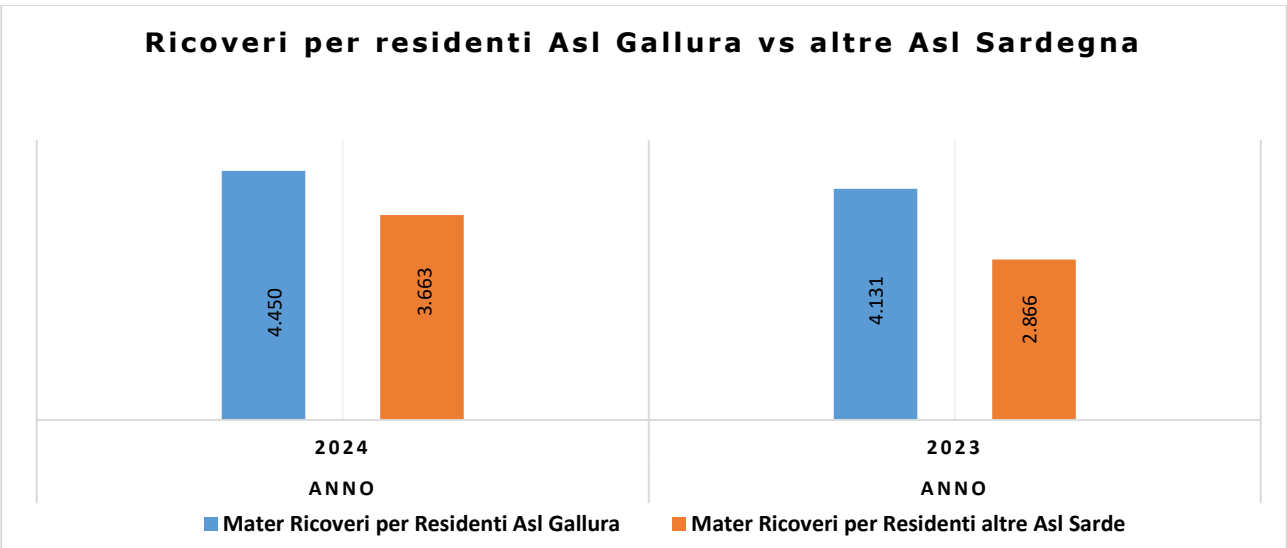
Fonte Dati: Abaco

Nelle tabelle seguenti si rappresenta per gli anni 2023/2024 la percentuale di ricoveri effettuati per i residenti Asl Gallura e i ricoveri per i residenti altre Asl Sardegna.

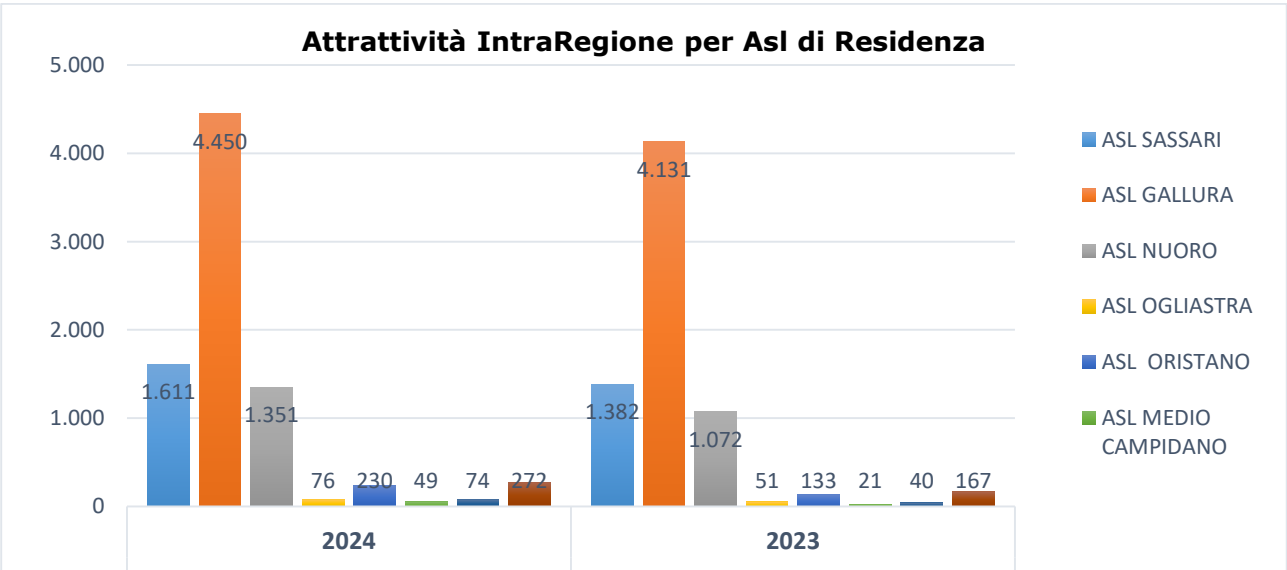
Mater Olbia Hospital	Percentuale ricoveri effettuati per i residenti dell'ASL Gallura 2023		
	Ricoveri residenti ASL Gallura	Ricoveri residenti altre ASL Sardegna	% Ricoveri erogati residenti ASL Gallura
	4.131	2.866	59,04%

Mater Olbia Hospital	Percentuale ricoveri effettuati per i residenti dell'ASL Gallura 2024		
	Ricoveri residenti ASL Gallura	Ricoveri residenti altre ASL Sardegna	% Ricoveri erogati residenti ASL Gallura
	4.450	3.663	54,85%

Fonte Dati: Abaco



Elaborazione Area Data Management (fonte dati Abaco)



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
2022	232.291	158.491	1,47
2023	287.317	158.916	1,81
2024	320.259	159.095	2,01

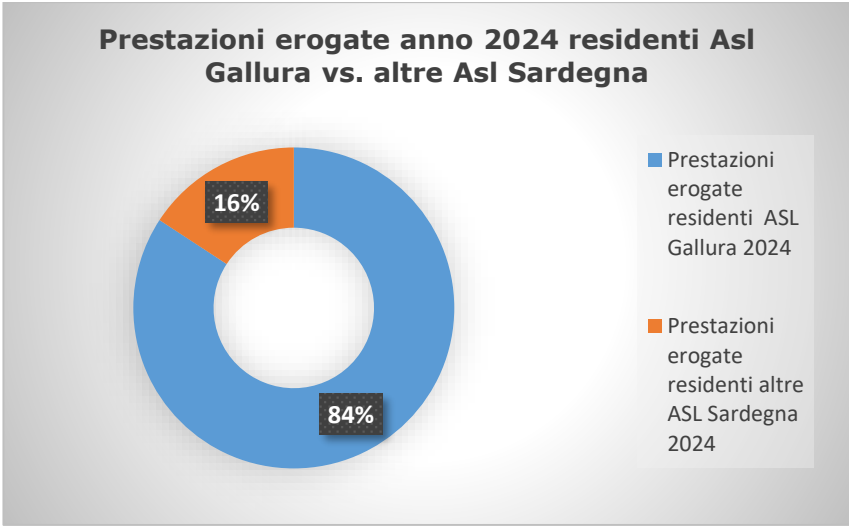
Fonte Dati: Abaco

Mater Olbia Hospital	Prestazioni Ambulatoriali Intra Regione		
	Anno	Anno	Anno
	2022	2023	2024
ASL SASSARI	19.282	22.538	23.268
ASL GALLURA	232.291	287.317	320.259
ASL NUORO	18.647	22.349	25.001
ASL OGLIASTRA	792	757	708
ASL ORISTANO	2.672	3.576	2.922
ASL MEDIO CAMPIDANO	555	904	900
ASL SULCIS	1.370	1.433	1.683
ASL CAGLIARI	4.806	5.651	5.526
Totale	280.415	344.525	380.267

Fonte Dati: Abaco

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%

Mater Olbia Hospital	Percentuale prestazioni effettuate per i residenti dell'ASL Gallura 2024		
	Prestazioni erogate residenti ASL Gallura	Prestazioni erogate residenti altre ASL Sardegna	% Prestazioni erogate residenti ASL Gallura
	320.259	60.008	84,22%



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 2026-2028 è necessario operare prioritariamente al fine di promuovere l'uso appropriato dell'ospedale, migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera, definire e governare le reti di cura, migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio e migliorare la qualità e sicurezza delle cure.

Promuovere l'uso appropriato dell'ospedale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera

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

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

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

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

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

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

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

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

145

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.

Attualmente in ambito ospedaliero si rilevano le seguenti criticità:

- **tassi di sovraffollamento nei reparti di Medicina e Pronto Soccorso;**
- **percentuale di codici verdi pari a circa il 45% indicativo di una disfunzione nel filtro territoriale e nell'accesso ai servizi ambulatoriali;**
- **cronica carenza di personale sanitario in tutte le aree ospedaliere;**
- **criticità per la riduzione delle giornate degenza e la presa in carico del paziente attraverso i Punti di accesso unitari dei servizi sanitari (PASS) e ritardi nelle dimissioni protette;**
- **attività chirurgiche in due presidi ospedalieri da riorganizzare per livelli di complessità;**
- **servizi diagnostici presenti nei tre presidi ospedalieri ma sottodimensionati (radiologia, laboratorio analisi);**
- **assenza di posti letto di terapia sub-intensiva nel presidio Paolo Dettori;**
- **carenza di posti letto di riabilitazione e lungodegenza.**

L'azienda socio-sanitaria della Gallura intende adottare un nuovo modello di assistenza ospedaliera, mediante un processo di riorganizzazione delle strutture in cui gli ospedali vengono suddivisi in tre categorie principali in base al tipo di assistenza ed alla intensità delle cure che possono offrire (bassa, media e alta), assegnando a ciascun presidio una missione specifica che ne definisca chiaramente le funzioni e le attività prevalenti. Il modello di riferimento è quello Hub

& Spoke, che prevede un continuo collegamento tra i centri ad alta specializzazione e le strutture periferiche.

I cambiamenti nei bisogni sanitari richiedono il riesame della attuale organizzazione delle strutture ospedaliere rendendo necessaria la ridefinizione del numero di posti letto per pazienti acuti, destinando una maggiore attenzione a quelli per il post-acuzie, settore che riguarda soprattutto gli anziani e i pazienti con malattie croniche.

Inoltre, per rispondere efficacemente ai bisogni di salute, è fondamentale potenziare i servizi alternativi al ricovero tradizionale, come il day hospital, la day surgery e, soprattutto, i servizi sociosanitari distrettuali (assistenza ambulatoriale, riabilitativa, residenziale e domiciliare), che permettono una personalizzazione e umanizzazione degli interventi. Nei distretti sociosanitari, che rappresentano l'articolazione territoriale delle aziende sanitarie, avviene l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

Nel contesto della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale e in coerenza con i principi del DM 70/2020 e della programmazione regionale vigente, si propone una ridefinizione delle missioni dei presidi ospedalieri di Olbia, Tempio e La Maddalena, fondata su:

- **Differenziazione delle vocazioni clinico-organizzative;**
- **Massimizzazione dell'utilizzo delle risorse esistenti;**
- **Integrazione ospedale territorio;**
- **Digitalizzazione dei flussi informativi;**
- **Telemedicina**

Il perseguimento di questi obiettivi richiede, preliminarmente, la formulazione di un disegno con la definizione dei ruoli di ciascun presidio, nell'ambito di una rete aziendale così costituita:

1. P.O. **Giovanni Paolo II di Olbia**: multi-specialistico e punto di riferimento per le attività di Emergenza Urgenza, che rappresenta la sede del DEA di I livello.
2. P.O. territoriali periferici:
 - a. **Paolo Dettori di Tempio Pausania**
 - b. **Paolo Merlo di La Maddalena.**

L'attuale ruolo dei P.O. aziendali deriva dalla storia di questi ospedali, dal PRSS e dal modello di rete ospedaliera definito per la ASL Gallura nel previgente atto aziendale.

Allo stato attuale, la scelta è che, in tutti i casi in cui ciò sia compatibile con le dotazioni ed i criteri di accreditamento strutturali e tecnologici, di prevedere l'integrazione funzionale dei posti letto di specialità omogenee.

L'Ospedale Giovanni Paolo II di Olbia sarà orientato alla gestione delle Urgenze in particolare traumatologiche sia per il ruolo ad esso assegnato che per la sua collocazione territoriale.

In ogni caso per tutte le strutture presenti nei presidi è prevista:

- **la loro integrazione strutturale o funzionale per raggiungere un'aggregazione numerica tale da garantire le necessarie condizioni di economicità gestionale;**
- **la necessaria condivisione e/o rotazione delle risorse professionali per garantire il mantenimento della "competence" professionale.**

È opportuno sottolineare che lo stato delle strutture aziendali, in particolare degli ospedali di Tempio e La Maddalena e, la necessità di valorizzare nuove attività e compiti in compendi poco flessibili sotto il profilo edilizio e tecnologico, implicano specifiche priorità e interventi articolati e complessi che condizionano scelte e tempi. Il ruolo delineato per i P.O. aziendali nella rete di emergenza urgenza prevede lo *status* di DEA di I livello per l'Ospedale Giovanni Paolo II di Olbia.

L'Ospedale Paolo Dettori di Tempio, in considerazione delle dimensioni, si colloca nella tipologia degli Ospedali di Base in area montana, che devono essere organizzati per dare risposte coerenti con le tipologie di bisogni prevalenti nelle aree territoriali in cui operano.

Questa prospettiva implica la configurazione del presidio come ramo afferente al DEA di I livello presente nel P.O. di Olbia, con la capacità di rispondere ai bisogni di media e bassa complessità del proprio territorio e giocare un ruolo di rilievo nella gestione delle patologie chirurgiche elettive, contribuendo in modo significativo al recupero della mobilità elevata per tali specialità anche per patologie di bassa e media complessità, con disponibilità di competenze cliniche e strumentali adeguate per:

1. fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze per le quali è previsto l'invio al DEA di riferimento;
2. svolgere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del Paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al D.E.A. di I Livello (Spoke) secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità";
3. svolgere, anche con il supporto dei dipartimenti della azienda, attività programmate, in particolare in particolare Day Hospital, Day Surgery, Day Service, Week Hospital;
4. garantire all'interno della struttura attività proprie anche della fase Acuta e post Acuta con l'apertura dei letti di Lungodegenza e di riabilitazione con la possibilità in un futuro prossimo di integrazione con la rete delle Strutture Residenziali Assistenziali presenti nel territorio Aziendale, e possibili strutture per le cure intermedie;
5. ospedale di comunità.

Questa soluzione è coerente con l'obiettivo del miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta di assistenza, e offre maggiori garanzie in termini di appropriatezza e di continuità delle cure; rispetto alla situazione attuale, consente, inoltre, un dimensionamento delle strutture tale da garantire il raggiungimento di soglie minime di attività per garantire l'efficienza gestionale e la qualità assistenziale, anche tramite un livello delle varie attività svolte idoneo a consentire la permanenza dei requisiti professionali di chi vi opera.

Questo modello favorisce, infine, l'efficienza gestionale, in termini di rapporto tra costi di produzione e valorizzazione della produzione, tariffaria e per funzioni.

In particolare è prevista la presenza di posti letto delle specialità di Medicina, di Lungodegenza di Chirurgia e Ortopedia, e opereranno specifiche unità o funzioni dei dipartimenti aziendali e inter-presidio che garantiscono, per le aree territoriali di riferimento, percorsi di diagnosi e cura che integrano gli interventi locali con gli interventi da effettuarsi nel PO Giovanni Paolo II di Olbia. Con l'attivazione in loco della Lungodegenza, si dispone di più opzioni nell'area medica per garantire interventi appropriati; inoltre, lo sviluppo nell'ambito dell'Azienda della Riabilitazione, della

Neurologia, affianca specialità già disponibili di Oncologia, Dialisi, Pediatria e Servizio trasfusionale, rafforza l'offerta complessiva disponibile in tutta la rete ospedaliera aziendale.

L'Ospedale Paolo Merlo di La Maddalena costituisce una particolarità nel panorama ospedaliero sardo poiché è l'unico ospedale collocato "in un'isola nell'isola".

Ciò costituisce il principale limite al potenziamento dell'offerta di posti letto per acuti, non potendo ovviamente essere la sede attrattiva per i territori circostanti.

Questa condizione, d'altra parte, giustifica il mantenimento di una piccola struttura ospedaliera che, almeno per le patologie non urgenti e di bassa complessità, non riduca l'equità di accesso alle cure di cui gli assistiti nell'isola hanno diritto proprio per tale condizione di isolamento.

L'Ospedale è concepito come due aree funzionali in base alla intensità delle cure: la prima area è quella dell'urgenza presidiata dalla SSD Pronto Soccorso, la seconda è quella della SSD MOBI ovvero l'area della degenza ordinaria internistica della lungodegenza e delle possibili Cure Intermedie.

La struttura ospedaliera di La Maddalena sarà orientata a dare risposte con disponibilità di competenze cliniche e strumentali adeguate per:

1. fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze per le quali sia previsto il trasferimento protetto e sicuro al DEA di riferimento, in qualsiasi momento e condizione;
2. ospedale di comunità;
3. fornire risposte a situazioni di minore criticità e complessità;
4. svolgere, anche con il supporto dei dipartimenti dell'Azienda, attività programmate, in particolare in particolare Day Hospital (Internistico), Day Service (Diabetologico Adulti e Pediatrico), tutte le attività ambulatoriali compatibili con i requisiti di autorizzazione e di accreditamento.

149

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate a garantire:

- **l'efficientamento della rete ospedaliera attraverso lo sviluppo di un modello di assistenza ospedaliera con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi del DM 70/2015.**
- **l'efficientamento della rete territoriale attraverso lo sviluppo di un modello di assistenza territoriale in linea con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dal DM 77/2022**
- **la soddisfazione dei bisogni di salute, attraverso il potenziamento dei servizi alternativi al ricovero tradizionale, come il day hospital, la day surgery e, soprattutto, i servizi sociosanitari distrettuali (assistenza ambulatoriale, riabilitativa, residenziale e domiciliare), che permettono una personalizzazione e umanizzazione degli interventi.**
- **l'aumento dell'appropriatezza e miglioramento degli indicatori di performance dell'attività di prevenzione, ospedaliera e territoriale;**
- **la riduzione dei ricoveri in regime ordinario e incremento dei ricoveri in regime diurno e delle attività ambulatoriali e territoriali;**
- **l'integrazione Ospedale-Territorio – Telemedicina.**

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 un obiettivo organizzativo prioritario così da poter

assicurare ai cittadini una risposta appropriata che consente 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.

Migliorare la qualità e sicurezza delle cure

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

L'ASL Gallura prevede l'attuazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio in sinergia e stretta interdipendenza rispetto alle attività di gestione della qualità, al fine di realizzare un sistema aziendale integrato di gestione della qualità e del rischio. L'Azienda riconduce l'attività di risk management ad una specifica struttura aziendale di Qualità e risk management. Tale struttura 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).

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).

Fino al 2023 gli indicatori **"core"**, quelli di base ai quali è collegato anche il meccanismo di primalità delle Regioni (cioè una **quota integrativa di risorse** che viene loro erogata solo dopo la verifica del raggiungimento degli obiettivi) erano solo 22, dal 2023 sono diventati 24 e nel 2024 sono passati a 27.

L'aggiornamento continuativo dei LEA è un passo importante per integrare l'**innovazione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche** nella sanità pubblica, espandere i programmi di prevenzione e diagnosi precoce e, quindi, **migliorare la qualità di vita** della popolazione.

Altro elemento di forza nell'aggiornamento dei LEA è il fondarsi su **indicatori di appropriatezza**, *«affinché gli interventi sanitari possano modificare effettivamente la prognosi delle patologie»*, tenendo conto dei dettami della **Value Based Healthcare**: *«cioè, non facciamo tutto a tutti, indipendentemente dall'efficacia, ma offriamo qualcosa che ovviamente costa a chi sappiamo che possa trarne un beneficio»*.

Le novità più rilevanti sono l'**indicatore** nell'area **equità**, che verifica la **rinuncia a prestazioni sanitarie** per l'inappropriatezza organizzativa, ad esempio **liste di attesa** o motivi economici, e quello **sull'aderenza al trattamento farmacologico per scompenso cardiaco**. Quest'ultimo è il primo indicatore riferito ai Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), strumenti utilizzati per definire il migliore percorso di cura per i pazienti a garanzia di continuità e qualità delle cure.

153

Anche nel 2024 continua ad aumentare la difficoltà di accesso alle cure. Secondo l'ultimo dato Istat, quasi un italiano su dieci (9,9%) ha dichiarato di aver rinunciato a visite o esami specialistici negli ultimi dodici mesi, con un aumento del 2,3% rispetto al 2023. In riferimento al trattamento farmacologico per scompenso cardiaco, le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nel nostro Paese e sono responsabili del 44% di tutti i decessi. A livello nazionale si registra una generale crescita della rinuncia alle cure, e la forbice del divario territoriale rispetto al 2019 tende a ridursi, come certifica l'Istat. Questo dato dimostra che anche le regioni settentrionali, dove tradizionalmente l'accesso alle cure era più garantito, peggiorano. Rinunciare alle cure significa spesso aggravare il proprio stato di salute, con conseguenze anche sul sistema sanitario, che si trova poi a dover gestire patologie più gravi e costose. In conclusione i LEA sono lo strumento di attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, perché garantiscono a tutta la cittadinanza il diritto fondamentale alla salute attraverso livelli di assistenza essenziali e omogenei. Lo scompenso cardiaco rappresenta la principale causa di ricovero tra gli ultrasessantacinquenni e la prima causa di morte tra le patologie cardiovascolari in Italia. Di seguito si riportano i dati suddivisi per le tre aree di assistenza riferiti all'anno 2024 dell'ASL Gallura.

Prevenzione collettiva e sanità pubblica		2024	2023	2022
ID	Indicatore			
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	96%	95%	76%
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	95%	94%	85%
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	90,28%	82,96%	100%
P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	24,978	15,553	5,767

Assistenza distrettuale		2024	2023	2022
ID	Indicatore			
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	18,50%	18,29%	21,24%
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	5477,91	2906,73	4004,84
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.	2,49%	6,33%	7,45%
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	55%	60%	3%
D33Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	9,83	7,43	8,11

154

Assistenza ospedaliera		2024	2023	2022
ID	Indicatore			
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.	58,78	59,72	56,29
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (all. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.	9,75%	8,76%	7,84%
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	65,45%	67,33%	75,96%
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	54,65%	60,18%	57,46%
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti.	28,00%	31,91%	28,00%

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 Consulte 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.

In relazione ai progetti attuativi locali riferiti al livello dell'assistenza collettiva si evidenzia che Il Piano Sanitario di Prevenzione (PSN) 2020-2025 ed il relativo Piano Regionale di Prevenzione (PSR) sono in scadenza il 31/12/2025: in tal senso, in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, si è convenuto sulla opportunità di avviare i lavori del nuovo Piano nazionale della prevenzione per il periodo 2026-2031, con l'istituzione di un Tavolo a ciò preposto, senza prorogare il Piano vigente, valido per tutto il 2025; verrà comunque garantita la continuità dell'azione amministrativa e la prosecuzione degli interventi messi in atto dalle regioni e dalle Province autonome, tenendo conto dei risultati conseguiti.

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:		OSPEDALIERO		
PROGETTI	Soggetti attuatori	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027	Risultato atteso Anno 2028
PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza	Presidio	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva mediante formazione	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva mediante formazione	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva mediante formazione
Dimissioni Protette: implementazione e consolidamento PASS	Unità operative ospedaliere e PASS: attribuzione medico dedicato al PASS	Miglioramento della presa in carico del paziente attraverso il PASS	Miglioramento della presa in carico del paziente attraverso il PASS	Miglioramento della presa in carico del paziente attraverso il PASS
Digitalizzazione ricovero (es. cartella clinica , Order entry, fascicolo sanitario)	Dipartimenti ospedalieri, Unità operative, DMP, Servizi informatici	Miglioramento dell'utilizzo degli strumenti digitali per la gestione dei ricoveri	Miglioramento dell'utilizzo degli strumenti digitali per la gestione dei ricoveri	Miglioramento dell'utilizzo degli strumenti digitali per la gestione dei ricoveri
Attivazione Centro Accoglienza e supporto (CAS) nel Presidio Ospedaliero di Olbia	Oncologia: Attribuzione risorse dedicate all'Oncologia	Implementazione rete oncologica regionale	Implementazione rete oncologica regionale	Implementazione rete oncologica regionale
Attivazione dei percorsi territorio-ospedale e ospedale territorio	Dipartimento DHT: Presidio e Distretto	Implementazione PDTA condivisi per la gestione del paziente cronico	Implementazione PDTA condivisi per la gestione del paziente cronico	Implementazione PDTA condivisi per la gestione del paziente cronico
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

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:		OSPEDALIERO		
PROGETTI	Soggetti attuatori	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027	Risultato atteso Anno 2028
				formazione degli operatori sanitari
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. Implementazione delle azioni progettuali del portale PROCAR e Sardinia: Combattere l'antimicrobico resistenza con la comunicazione sanitaria, che permetterà di: Creare gruppi di lavoro multidisciplinari, con la possibilità di pianificare interventi congiunti e monitorarne l'efficacia; Condividere esperienze e informazioni in tempo reale, facilitando l'accesso a documentazione standardizzata, procedure applicate e aggiornamenti scientifici; Gestire case report e dati clinici in modo anonimo, tutelando la privacy dei pazienti e rispettando le normative vigenti; Sviluppare progetti formativi mirati a specifici bisogni emergenti nel contesto sanitario; Fornire uno spazio virtuale di confronto per affrontare criticità organizzative o operative in maniera collettiva e coordinata.	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

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:		DISTRETTUALE		
OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: POTENZIAMENTO DELLE CURE PRIMARIE				
PROGETTI	Soggetti attuatori	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027	Risultato atteso Anno 2028
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 SMAC	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

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:		DISTRETTUALE		
OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: POTENZIAMENTO DELLE CURE PRIMARIE				
PROGETTI	Soggetti attuatori	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027	Risultato atteso Anno 2028
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
Progetto Abbattimento liste di attesa	Distretto	Riduzione liste d'attesa per le seguenti prestazioni: 1) Prestazioni PANGLA di cui alla delibera di Giunta 62/24 del 04/12/2020 2) Radiodiagnostica 3) Visite branca cardiologia, gastroenterologia, oculistica e otorinolaringoiatria. 4) Colonscopia	Riduzione liste d'attesa per le seguenti prestazioni: 1) Prestazioni PANGLA di cui alla delibera di Giunta 62/24 del 04/12/2020 2) Radiodiagnostica 3) Visite branca cardiologia, gastroenterologia, oculistica e otorinolaringoiatria. 4) Colonscopia	Riduzione liste d'attesa per le seguenti prestazioni: 1) Prestazioni PANGLA di cui alla delibera di Giunta 62/24 del 04/12/2020 2) Radiodiagnostica 3) Visite branca cardiologia, gastroenterologia, oculistica e otorinolaringoiatria. 4) Colonscopia
PNES 4K2 Rafforzamento dei servizi sanitari e socio-sanitari SA.4k.2_01 Personale CF	Consultori	Potenziamento dei servizi di accoglienza e assistenza ai consultori mediante reclutamento di personale	Potenziamento dei servizi di accoglienza e assistenza ai consultori mediante reclutamento di personale	Potenziamento dei servizi di accoglienza e assistenza ai consultori mediante reclutamento di personale

OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: SALUTE MENTALE E DIPENDENZE				
PROGETTI	Soggetti attuatori	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027	Risultato atteso Anno 2028
PNES 4K2 Rafforzamento dei servizi sanitari e socio-sanitari SA.4k.2_03 Personale DSM	DSMD	Potenziamento per un anno dei DSM - CSM e/o NPI		
PNES 4K.3 Rafforzamento del partenariato di Programma sulle quattro aree d'intervento SA.4k.3_01 Implementazione metodologia del Budget della Salute	DSMD	Serv. accordi copr ETS	Serv. accordi copr ETS	Serv. accordi copr ETS
PROGETTO Inclusione delle persone con disabilità 2022/23 Spettro Autistico	CSM e UONPIA	Attuazione	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	Attuazione	Implementazione

OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: SALUTE MENTALE E DIPENDENZE				
PROGETTI	Soggetti attuatori	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027	Risultato atteso Anno 2028
PP02 Comunità attive	DSMD	Al fine di garantire la prosecuzione delle attività già poste in atto, verranno implementati i programmi di prescrizione dell'attività fisica, atti a garantire un miglioramento della qualità di vita, della salute fisica, del funzionamento sociale e un miglioramento clinico, in quanto l'attività fisica può avere effetti positivi sugli esiti della malattia, sulle performance cognitive, sui sintomi negativi della schizofrenia, sul rilascio dei neurotrasmettitori, sul sistema immunitario, sulla regolazione molecolare delle funzioni cerebrali, sull'anatomia cerebrale e sulle competenze socio-relazionali.		
PP04 Dipendenze	SERD	Garantire la prosecuzione delle attività già poste in atto		
Progetto Agorà	CSM	Incontri per riflettere sui temi della salute mentale e co-progettare azioni e iniziative nel territorio		
Progetto: Una cena analcolica per una scelta consapevole	SERD - Associazione ACAT "Il Ponte"	Programmazione-Attuazione	Attuazione	Implementazione
Attivazione di interventi di prevenzione e promozione della salute mirati ad 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 - Consultori	Programmazione	Attuazione	Implementazione
Realizzazione interventi di prevenzione e di promozione di corretti stili di vita rivolti a giovani adolescenti in contesti scolastici	SERD - Dipartimento di Prevenzione	Programmazione -attuazione	Attuazione	Implementazione
Realizzazione interventi di prevenzione e di promozione di corretti stili di vita rivolti a giovani adolescenti in contesti ed extra-scolastici (luoghi di divertimento, sport, associazionismo)	SERD - Dipartimento di Prevenzione	Programmazione -attuazione	Attuazione	Implementazione
Interventi di riduzione del danno e prevenzione del rischio nelle dipendenze	SERD	Programmazione -attuazione	Attuazione	Implementazione
Progetto Campagna Screening regionale per eliminare ed eradicare il virus HCV	SERD Dipartimento di Prevenzione	Attuazione	Attuazione	Attuazione
Potenziamento del Centro anti-fumo per la prevenzione del tumore del polmone	SERD - Oncologia Medica - Radiologia	Attuazione	Attuazione	Attuazione

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:		COLLETTIVA - AREA MEDICA		
OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: Implementazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 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 31/12/2025 , fatte salve eventuali future proroghe del PRP.				
PROGETTI	Soggetti attuatori	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027	Risultato atteso Anno 2028
PP01 Scuole che promuovono Salute	SISP/SIAN	Conclusione dei programmi specifici finanziati nel 2025 ovvero: SISP (REFERENTE) Attività di formazione orientata al potenziamento delle Life Skills come già avviata negli anni prepandemici, 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 (MO1OS07). Riattivazione dei progetti inserimento del Bambino con diabete a Scuola e Unplugged. SIAN compatibilmente con le azione propedeutiche della RAS: Macro obiettivo MO1 - codice obiettivo strategico MO1OS14 “migliorare la tutela della salute dei soggetti allergici e intolleranti ”; Macro obiettivo MO1 - codice obiettivo strategico MO1OS11 “Programma dei controlli sulla disponibilità di sale iodato nei punti vendita la ristorazione collettiva; Macro obbiiettivo MO1 – codice obiettivo strategico MO1OS12 Promuovere sani stili di vita e la riduzione dello spreco alimentare e dell’impatto ambientale attraverso la Ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/assistenziale)	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione
PP02 Comunità attive	SISP	Conclusione dei programmi specifici in corso di esecuzione, ovvero l’azione di promozione dell’attività fisica dei giovani, nella popolazione adulta e negli anziani per favorire l’invecchiamento attivo e in buona salute e l’inclusione sociale, attraverso i percorsi di formazione e di miglioramento negli operatori del SSR come raccomandato nel Piano Nazionale della Cronicità e con azioni trasversali rispetto alle azioni previste dal PP05. (MO1OS08 promozione adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età)	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione
PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute	SISP	Non attivo	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione
PP05 Sicurezza negli ambienti di vita	SISP/SALUTE E AMBIENTE	Conclusione dell’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	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:		COLLETTIVA - AREA MEDICA		
OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: Implementazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 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 31/12/2025 , fatte salve eventuali future proroghe del PRP.				
PROGETTI	Soggetti attuatori	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027	Risultato atteso Anno 2028
		mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza per i bambini), già avviata nel 2025		
PP06 Piano mirato di prevenzione	Spresal	Prosecuzione dell'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. Inoltre prosecuzione dell'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 oggetto dei PMP condotti.	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione
PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura	Spresal	Come in PP06 ma per i comparti edilizia e agricoltura.	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione
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 l-c, della lavorazione del legno duro, dei trasporti e della logistica riguardo al rischio da movimentazione manuale dei carichi).	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione
PP09 Ambiente, clima e salute	SALUTE E AMBIENTE	Conclusione dei programmi specifici finanziati sino al 2025 con particolare riguardo all'attività formativa rivolta ai medici di base e pediatri di libera scelta, Comuni, provincia, Arpas	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione
PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza	Ospedale/Serv. Veterinari	Conclusione dei programmi specifici finanziati sino al 2025.	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione
PL11 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza delle malattie infettive, della prevenzione e risposta alle emergenze infettive	SISP	Non attivo	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione
OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: Potenziamento e qualificazione delle attività dello SPRESAL				
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	Nel 2027, il fondo sarà, auspicabilmente, oggetto di nuova progettazione con le finalità accennate.	Come per il 2026 e il 2027.

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:		COLLETTIVA - AREA MEDICA		
OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: Implementazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 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 31/12/2025 , fatte salve eventuali future proroghe del PRP.				
PROGETTI	Soggetti attuatori	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027	Risultato atteso Anno 2028
		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 strumenti di rilevazione.		
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 2026	Come per il 2027
OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: sviluppo e Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico				
PL13 Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico	Coordinamento Screening	Prosecuzione delle attività tese a: 1) Rafforzare le risorse tecniche e di personale necessarie per il conseguimento degli obiettivi previsti nell'intero percorso di screening. 2) Istituzione formale del gruppo di coordinamento aziendale costituito dai referenti tecnici con competenze clinico diagnostiche per la responsabilizzazione nell'ambito del processo di budgeting. 3) Attivazione di percorsi formativi per i MMG e per tutti gli attori coinvolti per promuovere la conoscenza dell'offerta dei programmi di screening.	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione
Potenziamento del percorso di screening del tumore della mammella	Coordinamento Screening	Prosecuzione dell'attività programmata con i finanziamenti PRP 2025	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione
Potenziamento del percorso di screening del tumore della cervice uterina	Coordinamento Screening	Prosecuzione dell'attività programmata con i finanziamenti 2025	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione
Potenziamento del percorso di screening del tumore del colon retto	Coordinamento Screening	Prosecuzione dell'attività programmata con i finanziamenti 2025	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione

LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA:		COLLETTIVA - AREA VETERINARIA		
OBIETTIVO STRATEGICO GENERALE: Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PRP) 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 31/12/2025 , fatte salve eventuali future proroghe del PRP.				
PROGETTI	Soggetti attuatori	Risultato atteso Anno 2026	Risultato atteso Anno 2027	Risultato atteso Anno 2028
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 Punti di contatto intra-aziendale per intercettazione e gestione dei casi clinici per MTA	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione.
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 antibiotico e realizzazione di 1 Canale Informativo sull’uso degli antibiotici i	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	Non prevedibile. Si rimane in attesa del nuovo Piano Regionale di Prevenzione
Attuazione del Piano regionale di Vaccinazione BTV di competenza del Servizio di Sanità Animale	Sanità Animale	Proteggere il patrimonio regionale della specie ovina dalla forma clinica e dai gravi danni diretti derivanti dall’infezione attraverso l’opportunità di predisporre con regolarità interventi di profilassi vaccinale per tale malattia;	Proteggere il patrimonio regionale della specie ovina dalla forma clinica e dai gravi danni diretti derivanti dall’infezione attraverso l’opportunità di predisporre con regolarità interventi di profilassi vaccinale per tale malattia;	Proteggere il patrimonio regionale della specie ovina dalla forma clinica e dai gravi danni diretti derivanti dall’infezione attraverso l’opportunità di predisporre con regolarità interventi di profilassi vaccinale per tale malattia;
Piano di vaccinazione ufficiale obbligatoria nei confronti della Lumpy Skin Disease (LSD)	Sanità Animale	Adozione di misure utili ad arginare la diffusione dell’epidemia ed eradicare il virus quali la lotta agli insetti vettori, l’estinzione dei focolai e la vaccinazione dei bovini	Implementazione delle misure poste in atto	Implementazione delle misure poste in atto
Mitigazione rischio peste suina africana (PSA)	Sanità Animale	Gestione dei piani e dell’attività per l’eradicazione controllo della peste suina, secondo gli specifici piani di intervento regionali e aziendali	Gestione dei piani e dell’attività per l’eradicazione controllo della peste suina, secondo gli specifici piani di intervento regionali e aziendali	Gestione dei piani e dell’attività per l’eradicazione controllo della peste suina, secondo gli specifici piani di intervento regionali e aziendali

Parte III - La Programmazione Economico Patrimoniale

A. Il Bilancio Preventivo Economico Annuale e Pluriennale

Il Bilancio Economico Preventivo per gli anni 2026-2028 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 2026-2028 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 2026-2028 e dei dati di mobilità intra-regionale, extraregionale e internazionale così come comunicati dalla Direzione Generale della Sanità con la nota prot. n. 28863 del 17/10/2025;
- dei dati relativi alle partite inter-company comunicate via email da ARES, AREUS, ARNAS-BROTZU, Asl Sassari e Asl Nuoro;
- delle indicazioni relative all'approvazione del PTFP 2026-2028 comunicate dalla Direzione Generale della Sanità con le note n. 7017 del 19/09/2025 e n. 28607 del 16/10/2025.

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 2026-2028;
- Modello Ministeriale CE Preventivo 2026-2028;
- Nota illustrativa;
- Relazione del Direttore Generale;
- Il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) 2026-2028;
- Programma Triennale Opere Pubbliche 2026-2028;
- Programma Triennale degli Acquisti di beni e servizi 2026-2028.

Tra i documenti allegati non figura il Piano dei Flussi di Cassa Prospettici di cui all'art. 25 comma 2 del D.Lgs. 118/2011, in quanto, in ottemperanza a quanto indicato nella nota RAS n° prot. n. 28863 del 17/10/2025 con oggetto *"Indicazioni per la compilazione dei Bilanci preventivi 2026-28. Assegnazioni provvisorie degli stanziamenti di bilancio regionale a legislazione vigente"*, le aziende sanitarie sono esonerate dalla presentazione del suddetto documento.

Preme evidenziare che anche il BEP 2026-2028 è influenzato da un fattore esogeno che incide nella gestione economico-finanziaria e sull'assetto organizzativo-istituzionale dell'ASL GALLURA, individuabile:

- nella riorganizzazione relativa alla riforma del sistema sanitario regionale prevista dalla L.R. n° 24 dell'11/09/2020 e dalla L.R. n° 8 dell'11/03/2025.

Il BEP 2026-2028 sarà oggetto di revisione e/o integrazione alla luce dell'adeguamento dell'assegnazione provvisoria dei contributi in conto esercizio per quota Fondo sanitario regionale e in relazione alle mutate esigenze derivanti dal nuovo assetto organizzativo alla dell'attuazione dell'atto aziendale.

In relazione all'attuale contesto di riferimento l'azienda ha cercato di stimare al meglio la struttura dei costi aziendali che si presume dovrebbe determinarsi nel corso del 2026-2028 con l'obiettivo di garantire la piena continuità dell'operatività delle Strutture Sanitarie Aziendali. Si rimanda alla Nota Illustrativa del BEP 2026-2028 per il dettaglio della programmazione economico-finanziaria e delle stime delle voci di costo.

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

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

In estrema sintesi, la programmazione economica rappresentata considera uno scenario di coerenza con le indicazioni regionali che richiedono la predisposizione del pareggio di bilancio nell'anno 2026 ed il consolidamento di tale risultato nell'arco del triennio prossimo futuro, seppur con la possibilità di future variazioni in applicazione della riforma del SSR.

BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE	ANNUALE			
	ANNO 2026	ANNO 2025	VARIAZIONE 2026-2025	
			IMPORTO	%
A) VALORE DELLA PRODUZIONE				
1) Contributi in c/esercizio	315.287.513,14	310.876.785,40	4.410.727,74	1,42%
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	258.370.034,92	257.279.028,31	1.091.006,61	0,42%
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo -	56.917.478,22	53.597.757,09	3.319.721,13	6,19%
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	43.732.085,86	40.848.220,12	2.883.865,74	7,06%
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA -	-	-	-	
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA -	10.495.102,04	9.682.682,87	812.419,17	8,39%
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro -	2.690.290,32	3.029.726,22	- 339.435,90	11,20%
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo) -	-	-	-	
6) Contributi da altri soggetti pubblici -	-	37.127,88	- 37.127,88	
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca -	-	-	-	
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente -	-	-	-	
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata -	-	-	-	
3) da Regione e altri soggetti pubblici -	-	-	-	
4) da privati -	-	-	-	
d) Contributi in c/esercizio - da privati -	-	-	-	
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti -	- 1.000.000,00	- 1.000.000,00	-	0,00%
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti -	1.187.793,73	1.187.793,73	-	0,00%
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria -	16.309.630,94	13.816.224,92	2.493.406,02	18,05%
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche -	13.869.942,69	12.046.072,90	1.823.869,79	15,14%
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia -	963.373,63	860.082,43	103.291,20	12,01%
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro -	1.476.314,62	910.069,59	566.245,03	62,22%
5) Concorsi, recuperi e rimborsi -	2.211.164,63	2.037.744,59	173.420,04	8,51%
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) -	2.264.043,38	2.216.094,63	47.948,75	2,16%
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio -	6.268.597,00	6.268.597,00	-	0,00%
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni -	-	-	-	
9) Altri ricavi e proventi -	328.079,87	298.694,17	29.385,70	9,84%
TOTALE A)	342.856.822,69	335.701.934,44	7.154.888,25	2,13%
B) COSTI DELLA PRODUZIONE				
1) Acquisti di beni - - -	39.736.147,13	42.161.294,92	- 2.425.147,79	-5,75%
a) Acquisti di beni sanitari - -	39.106.572,48	41.351.294,92	- 2.244.722,44	-5,43%
b) Acquisti di beni non sanitari - -	629.574,65	810.000,00	- 180.425,35	-22,27%
2) Acquisti di servizi sanitari - - -	148.975.330,60	141.156.593,94	7.818.736,66	5,54%
a) Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base - -	17.025.253,25	17.039.909,57	- 14.656,32	-0,09%
b) Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica - -	24.053.566,02	23.358.552,22	695.013,80	2,98%
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale - -	18.618.614,13	16.592.486,59	2.026.127,54	12,21%
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa - -	4.218.349,85	3.209.691,58	1.008.658,27	31,43%
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa - -	3.054.613,35	2.957.579,71	97.033,64	3,28%
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica - -	1.061.206,93	1.100.000,00	- 38.793,07	-3,53%
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera - -	48.631.223,70	44.745.686,48	3.885.537,22	8,68%
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale - -	847.016,00	847.016,00	-	0,00%
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F - -	13.505.158,00	12.589.814,11	915.343,89	7,27%
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione - -	188.109,85	247.398,75	- 59.288,90	-23,96%
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario - -	5.033.821,29	5.032.735,62	1.085,67	0,02%
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria - -	4.353.831,56	5.604.244,00	- 1.250.412,44	-22,31%
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia) - -	560.502,69	467.742,16	92.760,53	19,83%
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari - -	1.725.761,50	1.725.761,50	-	0,00%
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie - -	2.384.023,87	2.225.195,44	158.828,43	7,14%
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria - -	3.714.278,61	3.412.780,21	301.498,40	8,83%
q) Costi per differenziale Tariffe TUC - -	-	-	-	
3) Acquisti di servizi non sanitari - - -	29.477.881,60	29.347.328,72	130.552,88	0,44%
a) Servizi non sanitari - -	27.966.336,82	27.804.783,94	161.552,88	0,58%
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	860.000,00	891.000,00	- 31.000,00	-3,48%
c) Formazione - -	651.544,78	651.544,78	-	0,00%
4) Manutenzione e riparazione - -	6.160.518,10	6.160.518,10	-	0,00%
5) Godimento di beni di terzi - -	2.938.111,36	2.938.111,36	-	0,00%

BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO ANNUALE E PLURIENNALE	ANNUALE			
	ANNO 2026	ANNO 2025	VARIAZIONE 2026-2025	
			IMPORTO	%
6) Costi del personale - - - -	96.897.356,28	95.328.838,75	1.568.517,53	1,65%
a) Personale dirigente medico - -	40.246.785,47	40.300.784,43	- 53.998,96	-0,13%
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico - -	4.722.237,94	4.536.011,08	186.226,86	4,11%
c) Personale comparto ruolo sanitario - -	34.577.185,74	33.115.748,07	1.461.437,67	4,41%
d) Personale dirigente altri ruoli - -	827.412,87	893.512,67	- 66.099,80	-7,40%
e) Personale comparto altri ruoli - -	16.523.734,26	16.482.782,50	40.951,76	0,25%
7) Oneri diversi di gestione - -	1.778.714,95	1.716.485,98	62.228,97	3,63%
8) Ammortamenti - - - -	6.973.005,85	6.973.005,85	-	0,00%
a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali - -	38.223,55	38.223,55	-	0,00%
b) Ammortamenti dei Fabbricati - -	5.249.858,42	5.249.858,42	-	0,00%
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali - -	1.684.923,88	1.684.923,88	-	0,00%
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti - -	-	-	-	-
10) Variazione delle rimanenze - - - -	-	-	-	-
a) Variazione delle rimanenze sanitarie - -	-	-	-	-
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie - -	-	-	-	-
11) Accantonamenti - - - -	4.096.616,69	4.096.616,69	-	0,00%
a) Accantonamenti per rischi - -	-	-	-	-
b) Accantonamenti per premio operosità - -	-	-	-	-
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati - -	-	-	-	-
d) Altri accantonamenti	4.096.616,69	4.096.616,69	-	0,00%
TOTALE B)	337.033.682,58	329.878.794,31	7.154.888,27	2,17%
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	5.823.140,11	5.823.140,13	- 0,02	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)	5.823.140,11	5.823.140,13	- 0,02	0,00%
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO			-	-
1) IRAP - - - -	5.784.140,13	5.784.140,13	-	0,00%
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	-	-	-