

**SERVIZIO SANITARIO  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N° 1 DI SASSARI**

**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 482 DEL 04 / 11 / 2025**



PDELCS n. 586 del 04/11/2025

**STRUTTURA PROPONENTE: S.C. Pianificazione Strategica, Organizzazione Aziendale e Governance**

Il Direttore: Dott.ssa Claudia Dessanti

**OGGETTO: Adozione del Piano Sanitario annuale e triennale 2026-2028**

Con la presente sottoscrizione i soggetti coinvolti nell'attività istruttoria, ciascuno per le attività e le responsabilità di competenza dichiarano che la stessa è corretta, completa nonché conforme alle risultanze degli atti d'ufficio, per l'utilità e l'opportunità degli obiettivi aziendali e per l'interesse pubblico

Ruolo	Soggetto	Firma Digitale
Estensore/ Istruttore	Dott. ssa Virginia Cuccuru	CUCCURU VIRGINIA  Firmato digitalmente da CUCCURU VIRGINIA Data: 2025.11.04 15:49:25 +01'00'
Il Direttore S.C. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e Governance	Dott.ssa Claudia Dessanti	DESSANTI CLAUDIA  Firmato digitalmente da DESSANTI CLAUDIA Data: 2025.11.04 15:50:02 +01'00'

La presente Deliberazione prevede un impegno di spesa a carico della Azienda Socio Sanitaria Locale n.1 di Sassari

SI ☐ NO ☒ DA ASSUMERE CON SUCCESSIVO PROVVEDIMENTO ☐

La presente Deliberazione è soggetta al controllo preventivo di cui all'art. 41 della L.R. 24/2020

SI ☐ NO ☒

**IL DIRETTORE**  
**S.C. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e Governance**  
**Dott.ssa Claudia Dessanti**

**VISTO** il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria” e ss.mm.ii.;

**VISTA** la Legge Regionale n. 24/2020 “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” e ss.mm.ii.;

**VISTA** la Deliberazione della Giunta Regionale n.46/23 del 25 novembre 2021, con la quale è stata costituita l'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 1 di Sassari a far data dal 1° gennaio 2022;

**VISTA** la Deliberazione del Direttore Generale n. 28 del 23.01.2023 con la quale è stato adottato l'Atto Aziendale dell'Azienda Socio Sanitaria Locale n.1 di Sassari, successivamente modificato e integrato con le Deliberazioni n. 131 del 20.02.2023, n. 909 del 18.09.2023, n. 1055 del 26.10.2023 e n. 271 del 28.02.2024;

**VISTA** la Legge Regionale n. 8/2025 “Disposizioni urgenti di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla Legge Regionale 11 settembre 2020, n. 24” e ss.mm.ii.;

**VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 23/1 del 27 aprile 2025, con la quale si è provveduto alla nomina del Ing. Paolo Tauro quale Commissario Straordinario dell'Azienda Socio Sanitaria Locale n.1 di Sassari;

**VISTA** la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 1 del 06.05.2025 avente ad oggetto: “Presenza d'atto della Delibera di Giunta Regionale n. 23/1 del 27.04.2025 avente ad oggetto “Articolo 14 della Legge Regionale 11 marzo 2025, n. 8. Adeguamento organizzativo-funzionale e commissariamento dell'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 1 di Sassari. Nomina del Commissario Straordinario”;

**VISTA** la Deliberazione n. 103 del 18 giugno 2025 del Commissario Straordinario con la quale è stato conferito, ex art. 14 comma 4 L.R. n. 8/2025, alla Dott.ssa Gianfranca Nieddu l'incarico di Direttore dei Servizi Socio Sanitari dell'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 1 di Sassari;

**VISTA** la Deliberazione n. 104 del 18 giugno 2025 del Commissario Straordinario con la quale è stato conferito, ex art. 14 comma 4 L.R. n. 8/2025, al Dott. Piero Delogu l'incarico di Direttore Sanitario dell'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 1 di Sassari;

**VISTA** la Deliberazione n. 105 del 18 giugno 2025 del Commissario Straordinario con la quale è stato conferito, ex art. 14 comma 4 L.R. n. 8/2025, alla Dott.ssa Maria Dolores Soddu l'incarico di Direttore Amministrativo dell'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 1 di Sassari;

**VISTA** la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 261 del 18/08/2025, con la quale è stato conferito al Dirigente Medico - Dott.ssa Claudia Dessanti, l'incarico, a tempo determinato, ai sensi dell'art. 25, c. 8 CCNL dell'Area Sanità del 23/01/2024, di Direttore della Struttura Complessa “SC Pianificazione Strategica, Organizzazione Aziendale e Governance”, afferente al Dipartimento della Gestione e della Governance Aziendale, in sostituzione del Dirigente titolare, attualmente in posizione di aspettativa “ex lege”;

**VISTA** la Deliberazione n. 462 del 27 ottobre 2025 del Commissario Straordinario di presa d'atto della Delibera della Giunta Regione Autonoma della Sardegna n. 55/1 del 24/10/2025 con la quale l'Ing. Paolo Tauro è prorogato quale Commissario Straordinario dell'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 1 di Sassari per il tempo strettamente necessario all'individuazione, nomina e insediamento dei nuovi Direttori Generali e, comunque, non oltre il periodo massimo di ulteriori sei mesi dalla data di proroga;

**VISTA** la Deliberazione n. 463 del 27 ottobre 2025 del Commissario Straordinario avente a oggetto "Commissariamento dell'Azienda socio-sanitaria Locale n.1 di Sassari. Proroga degli incarichi di Direttore Sanitario, di Direttore Amministrativo e Direttore dei Servizi Socio Sanitari, di Direzione dei Dipartimenti Aziendali Asl n.1 Sassari fino alla scadenza del mandato commissariale e conferma deleghe di funzioni, definizioni e attribuzione di attività, atti e provvedimenti conferite ai Dipartimenti Aziendali durante la gestione Commissariale" che si richiama integralmente;

**VISTA** la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 116 del 30/06/2025 concernente l'attribuzione dell'incarico di Direzione del Dipartimento della Gestione e della Governance Aziendale, al Dott. Alessandro Carlo Cattani;

**VISTA** la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 172 del 18/07/2025 avente ad oggetto: "Definizione e attribuzione di attività, atti e provvedimenti alle Strutture afferenti al Dipartimento della Gestione delle Risorse Finanziarie, Umane e Strumentali, al Dipartimento della Gestione e della Governance Aziendale e al Dipartimento della Gestione Digitale, Edile, Impiantistica ed Ecologica.";

**RICHIAMATO** il Decreto Legislativo del 14 marzo 2013, n. 33 e ss.mm.ii. di Riordino della Disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;

**DATO ATTO** che il soggetto che propone il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge n. 190 del 06/11/2012 e norme collegate;

**PREMESSO** che a norma di quanto disposto dall'art. 33, comma 3 della Legge Regionale n. 24 del 11 settembre 2020 e s.m.i., il Direttore Generale, sulla base della programmazione regionale degli obiettivi di cui all'art. 36, comma 1, lettera b), e del Piano Locale Unitario dei Servizi (P.L.U.S.) adotta il Programma Sanitario Triennale entro il 15 novembre di ogni anno;

**PRESO ATTO** della Deliberazione n. 58/16 del 27.12.2017 che approva il documento avente oggetto "*Direttive di programmazione per le Aziende sanitarie*";

**CONSIDERATO** che con Deliberazione n° 9/22 del 24/03/2022 la Giunta Regionale della Regione Autonoma della Sardegna ha adottato il Piano Regionale dei Servizi Sanitari, ai sensi dell'art. 32 della Legge Regionale n. 24 del 11 settembre 2020, che ha durata triennale e rappresenta il piano strategico degli interventi di carattere generale per il perseguimento degli obiettivi di salute e di qualità del Servizio Sanitario Regionale al fine di soddisfare le esigenze specifiche della realtà regionale, anche con riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale;

**DATO ATTO** che con la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 205 del 31/07/2025 la ASL n.1 di Sassari avente ad oggetto "*Aggiornamento bilancio annuale e pluriennale di previsione anni 2025-2027 ai sensi dell'art.39 della legge regionale n. 24/2020 e dell'art.25 del D.Lgs. n. 118/2011*";

**VISTA** la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 478 del 04.11.2025 avente ad oggetto "*Adozione del Piano Triennale Fabbisogno del Personale 2026-2028 in coerenza alle indicazioni sui*

*tetti di spesa di cui alla nota n.28863 del 17.10.2025 dell'Assessorato regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale";*

**RILEVATA** la necessità, per le ragioni sopra esposte, di dover procedere all'adozione del Piano Sanitario annuale e triennale 2026-2028 ai sensi di quanto disposto dall'art. 33, comma 3 della Legge Regionale n. 24 del 11 settembre 2020;

**RILEVATO** che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico dell'Azienda

## **PROPONE**

Per le motivazioni indicate in premessa:

**DI ADOTTARE** il Piano Sanitario annuale e triennale 2026-2028 dell'Azienda Socio Sanitaria Locale n.1 di Sassari che si allega al presente provvedimento;

**DI TRASMETTERE** il presente Atto alla Conferenza Territoriale Sanitaria e Socio Sanitaria che esprime parere obbligatorio non vincolante sul Piano Sanitario annuale e triennale delle Aziende Sanitarie e sul Bilancio annuale e pluriennale, ai sensi di quanto disposto dall'art. 35 co.2 lett. B della L.R. n. 24/2020;

**DI TRASMETTERE** il presente Atto all'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna ai sensi di quanto dispone l'art. 33 co. 4 della L.R. n. 24/2020;

**DI DARE ATTO** che copia del presente provvedimento sarà trasmesso alla S.C. Affari Generali, Comunicazione e Legali per la pubblicazione all'Albo pretorio dell'ASL n. 1 di Sassari.

## **IL DIRETTORE**

**S.C. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e Governance**  
**Dott.ssa Claudia Dessanti**  
(firma digitale)

**DESSANTI**  
**CLAUDIA**

Firmato digitalmente  
da DESSANTI CLAUDIA  
Data: 2025.11.04  
15:50:32 +01'00'

Per le motivazioni sopra riportate

ACQUISITI I PARERI	
DIRETTORE SANITARIO ASL N° 1 SASSARI	DIRETTORE AMMINISTRATIVO ASL N° 1 SASSARI
DOTT. PIERO DELOGU PIERO DELOGU <small>Firmato digitalmente da PIERO DELOGU Data: 2025.11.04 16:33:50 +01'00'</small>	DOTT.SSA MARIA DOLORES SODDU SODDU MARIA DOLORES <small>Firmato digitalmente da SODDU MARIA DOLORES Data: 2025.11.04 16:34:20 +01'00'</small>
FAVOREVOLE [ <input checked="" type="checkbox"/> ]	FAVOREVOLE [ <input checked="" type="checkbox"/> ]
CONTRARIO [ <input type="checkbox"/> ]	CONTRARIO [ <input type="checkbox"/> ]
NON NECESSARIO [ <input type="checkbox"/> ]	NON NECESSARIO [ <input type="checkbox"/> ]

DIRETTORE SERVIZI SOCIO SANITARI ASL N° 1 SASSARI DOTT.SSA GIANFRANCA NIEDDU FAVOREVOLE [ <input checked="" type="checkbox"/> ] CONTRARIO [ <input type="checkbox"/> ] NON NECESSARIO [ <input type="checkbox"/> ]	
NIEDDU GIANFRANCA <small>Firmato digitalmente da NIEDDU GIANFRANCA Data: 2025.11.04 16:34:47 +01'00'</small>	

## IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

**VISTA** la su estesa proposta, che si richiama integralmente;

**DATO ATTO** che il soggetto che adotta il presente atto non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla Normativa Anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse in relazione all'oggetto dell'atto, ai sensi della Legge 190 del 06/11/2012 e norme collegate;

## DELIBERA

**DI APPROVARE** il contenuto della proposta di deliberazione sopra richiamata e per l'effetto di darne integrale esecuzione.

## IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Ing. Paolo Tauro

PAOLO  
TAURO

Firmato digitalmente da  
PAOLO TAURO  
Data: 2025.11.04  
16:35:19 +01'00'

**ALLEGATI SOGGETTI A PUBBLICAZIONE**

Piano Sanitario annuale e triennale 2026-2028

**ALLEGATI NON SOGGETTI A PUBBLICAZIONE**

Si attesta che la presente Deliberazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL n.1

di Sassari dal 04 / 11 / 2025 al 19 / 11 / 2025

Il Direttore del Servizio (o suo delegato)

Dott. / Dott.ssa \_\_\_\_\_  
PIRISI  
ANNA  
LAURA

Firmato  
digitalmente da  
PIRISI ANNA LAURA  
Data: 2025.11.04  
17:04:05 +01'00'



**PROGRAMMA SANITARIO ANNUALE  
2026 E PIANO SANITARIO  
TRIENNALE  
2026-2028**

**Novembre 2025**

## Sommario

<b>1. PRESENTAZIONE DEL PIANO</b>	<b>4</b>
1.1 Premessa	5
1.2 Analisi del contesto	5
1.2.1 Contesto esterno	5
1.2.2 Contesto interno	10
1.3 Assistenza territoriale	10
1.4 Assistenza Ospedaliera	14
1.5 Assistenza Domiciliare Integrata	18
<b>2. CONTESTO DI RIFERIMENTO</b>	<b>19</b>
2.1 Il Dipartimento di Prevenzione Area medica	19
2.2 Il Dipartimento di Prevenzione Veterinaria Nord Sardegna	22
2.3 Il Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze (DSMD)	24
2.4 Il Dipartimento Materno Infantile e della Famiglia	26
2.5 Il Dipartimento della medicina e della farmaceutica territoriale	26
2.6 Il Dipartimento di Psicologia di Cure primarie	26
<b>3. IL PIANO TRIENNALE E LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE</b>	<b>27</b>
3.1 GOVERNO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DELLE LISTE DI ATTESA	27
3.2 PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA	29
3.2.1 Prevenzione collettiva	29
3.2.2 Prevenzione infezioni correlate all'assistenza	30
3.3 SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	30
3.3.1 Blue Tongue	31
3.3.2 Tubercolosi Bovina	31
3.3.3 Peste Suina Africana	31
3.3.4 Campagna Vaccinale COVID 19	31
3.4 ASSISTENZA DISTRETTUALE	31
3.4.1 CASE DI COMUNITA'	33
3.4.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	35
3.4.3 OSPEDALI DI COMUNITA'	36
3.4.4 HOSPICE	38



<b>3.4.5 INFERMIERE DI COMUNITÀ</b>	<b>39</b>
<b>3.4.6 AMBULATORI DI PROSSIMITÀ</b>	<b>40</b>
<b>3.5 SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE, LE DIPENDENZE PATOLOGICHE E LA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE</b>	<b>41</b>
3.5.1 Presidio delle Fragilità	42
3.5.2 Potenziamento Centri Socio Sanitari	42
3.5.3 Sportello nuove Dipendenze (dipendenze senza sostanze)	43
<b>3.6 TELEMEDICINA</b>	<b>43</b>
<b>4. INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO</b>	<b>45</b>

## **1. PRESENTAZIONE DEL PIANO**

Il piano 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.

Il presente documento di programmazione tiene conto della mutata normativa regionale che ha modificato la governance del Servizio Sanitario Regionale per renderlo maggiormente aderente ai bisogni della popolazione superando la precedente organizzazione incentrata su una unica azienda territoriale. La Legge Regionale 11 settembre 2020, n. 24 supera, infatti, tutte le precedenti norme in materia di diritto sanitario regionale e prevede la scomposizione dell'Azienda per la Tutela della salute, costituita con la legge regionale del 27 luglio 2016 numero 17, in otto Aziende Socio sanitarie che sono allocate presso tutte le province della Regione, ed i loro manager hanno l'onere di occuparsi principalmente del soddisfacimento delle necessità assistenziali in quanto, le più significative attività amministrative, sono svolte dalla Azienda regionale della Salute (ARES).

## 1.1 Premessa

La Legge Regionale 8/2025, all'art. 14, attribuisce ai Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie locali della regione Sardegna il compito di predisporre, entro novanta giorni dal loro insediamento, due strumenti strategici fondamentali:

Un Piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari e amministrativi  
Una proposta di missione assistenziale per ciascuna struttura

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 23/1 del 27/04/2025 è stato nominato l'Ing. Paolo Tauro quale Commissario straordinario dell'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 1 di Sassari e lo stesso a preso servizio a far data dal 05/05/2025.

## 1.2 Analisi del contesto

### 1.2.1 Contesto esterno

L'ASL n.1 di Sassari opera in un territorio che comprende 66 comuni, suddivisi nei tre distretti sociosanitari di Sassari, Alghero e Ozieri. Ogni distretto presenta specificità territoriali e demografiche che influenzano l'organizzazione dei servizi sanitari. In particolare, il Distretto di Sassari accoglie il 67% della popolazione residente.

Di seguito la composizione dei Distretti in termini di Comuni di afferenza:

**DISTRETTO DI SASSARI, DELL'ANGLONA, DELLA ROMANGIA E DELLA NURRA OCCIDENTALE.** Sassari, Porto Torres, Sorso, Stintino, Sennori, Castelsardo, Tergu, Osilo, Usini, Tissi, Ossi, Muros, Cargeghe, Florinas, Codrongianus, Ploaghe, Chiaramonti, Erula, Perfugas, Laerru, Martis, Nulvi, Sedini, Bulzi, S. Maria Coghinas, Viddalba, Villedoria.

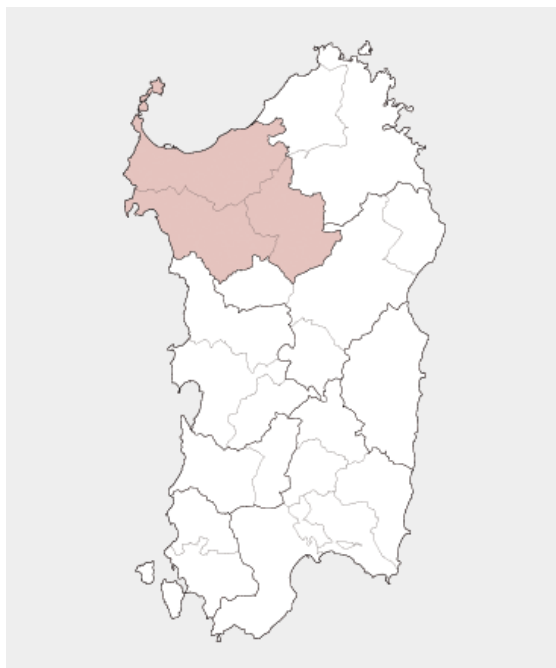
**DISTRETTO DI ALGHERO, DEL COROS, DEL VILLANOVA, DEL MEILOGU.** Alghero, Olmedo, Uri, Putifigari, Ittiri, Villanova, Monteleone, Monteleone Roccadoria, Romana, Thiesi, Bessude, Banari, Siligo, Bonnannaro, Borutta, Torralba, Cheremule, Giave, Cossoine, Mara, Padria, Pozzomaggiore, Semestene, Bonorva.

**DISTRETTO DI OZIERI, DEL MONTACUTO, DEL GOCEANO.** Ozieri, Pattada, Nughedu S. Nicolò, Ittireddu, Mores, Ardara, Tula, Bultei, Anela, Bono, Bottida, Burgos, Esporlatu, Illorai, Benetutti, Nule.

La popolazione totale, al 1° gennaio 2024, è di 314.320 abitanti, di cui 153.856 maschi e 160.464 femmine. Tuttavia, si registra un calo demografico costante dal 2020, con un aumento dell'indice di vecchiaia, attualmente al 293,75%, ben oltre la media nazionale del 182%. Questi dati evidenziano una crescente necessità di servizi sanitari mirati per una popolazione sempre più anziana.

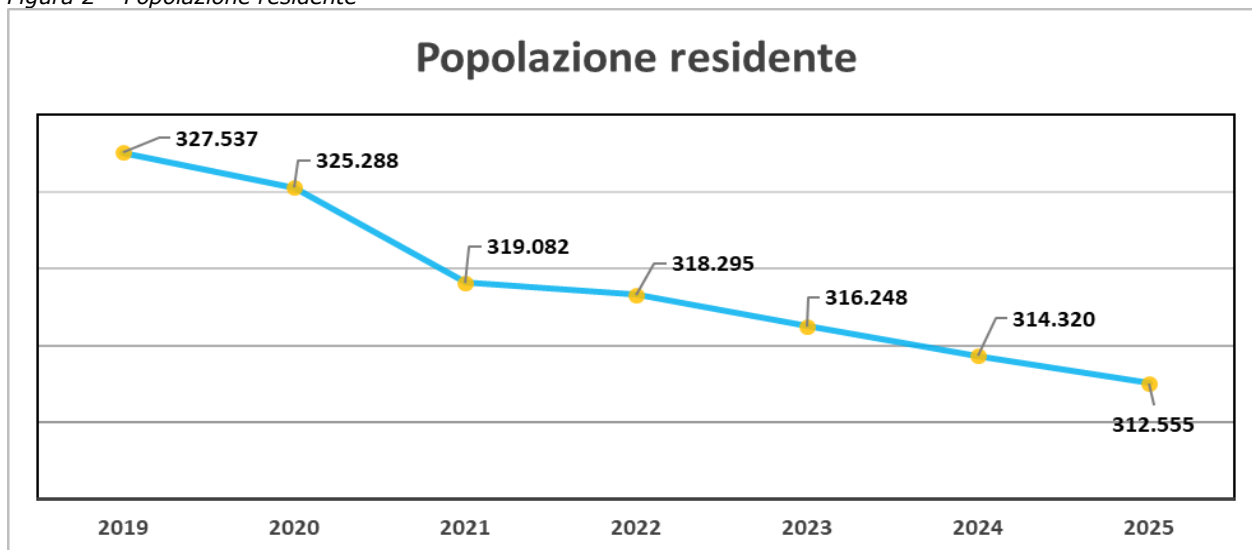
L'ambito territoriale di responsabilità dell'ASL n.1 è quello della provincia di Sassari (Fig. 1), comprendente 66 Comuni raggruppati in tre distretti sociosanitari:

*Figura 1 - Territorio ASL di Sassari*



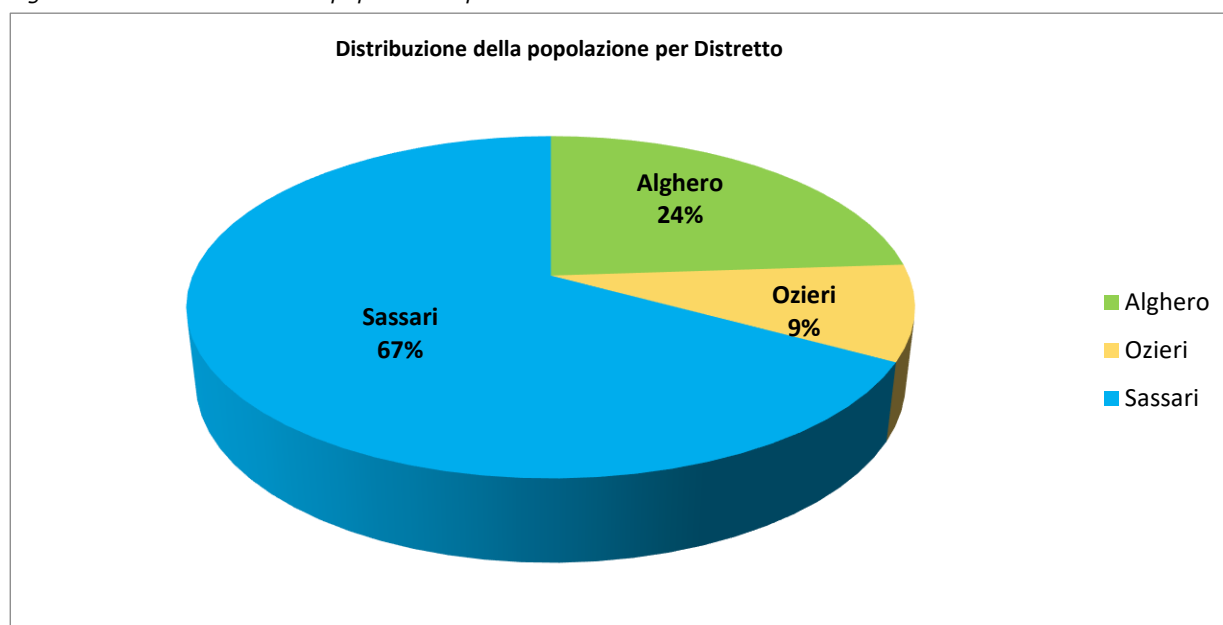
La Asl di Sassari ha funzione di garantire la tutela della salute e la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini, espressi in forma individuale e/o collettiva. Garantisce i livelli essenziali di assistenza ed opera come parte di un sistema complessivamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

*Figura 2 - Popolazione residente*



La maggior parte della popolazione è residente nei grandi centri soprattutto nella città di Sassari il cui Distretto accorpa il 67% della popolazione.

Figura 3 – Distribuzione della popolazione per Distretto



La fascia d'età più popolosa è quella dei 14-64 anni; si riporta la tabella della popolazione suddivisa per fasce d'età.

Tabella 1 - popolazione per distretto

Fasce d'età	Alghero		Ozieri		Sassari		Totale
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
0-14	3.568	3.410	1.429	1.340	10.823	10.097	30.667
15-64	23.285	22.925	8.773	8.136	67.516	66.142	196.777
65 e più	9.668	11.760	3.569	4.333	24.628	31.153	85.111
<b>Totale</b>	<b>36.521</b>	<b>38.095</b>	<b>13.771</b>	<b>13.809</b>	<b>102.967</b>	<b>107.392</b>	<b>312.555</b>

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari - Demo Istat

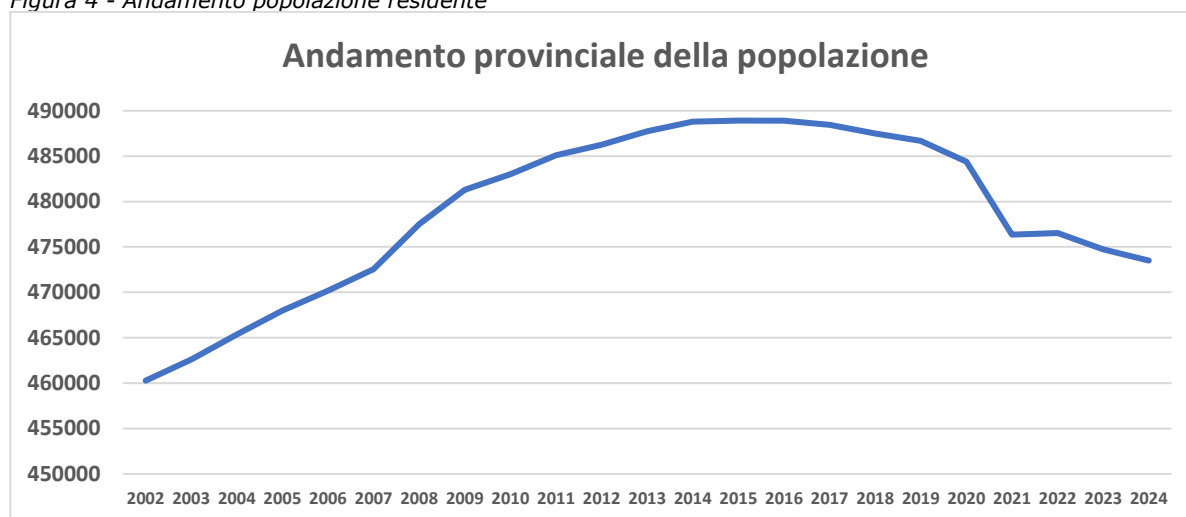
Di seguito si riporta l'indice di vecchiaia che è un indicatore demografico che misura il livello di invecchiamento di una popolazione, rapportando la popolazione anziana (65 anni e oltre) a quella giovanile (0-14 anni) per 100. In altre parole, indica quanti anziani ci sono ogni 100 giovani in una popolazione.

Tabella 2 – Indice di vecchiaia

Fascia età	Distretto di Alghero	Distretto di Ozieri	Distretto di Sassari
0-14	6.978	2.769	20.920
65 +	21.428	7.902	55.781
<b>Indice di Vecchiaia</b>	<b>307,08%</b>	<b>285,37%</b>	<b>266,64%</b>

Effettuando una ricostruzione storica della popolazione si può osservare come le previsioni sul futuro demografico nel territorio restituiscano un potenziale quadro di crisi: la popolazione residente è in decrescita con un'evidente accentuazione della tendenza dall'anno pandemico 2020 in poi.

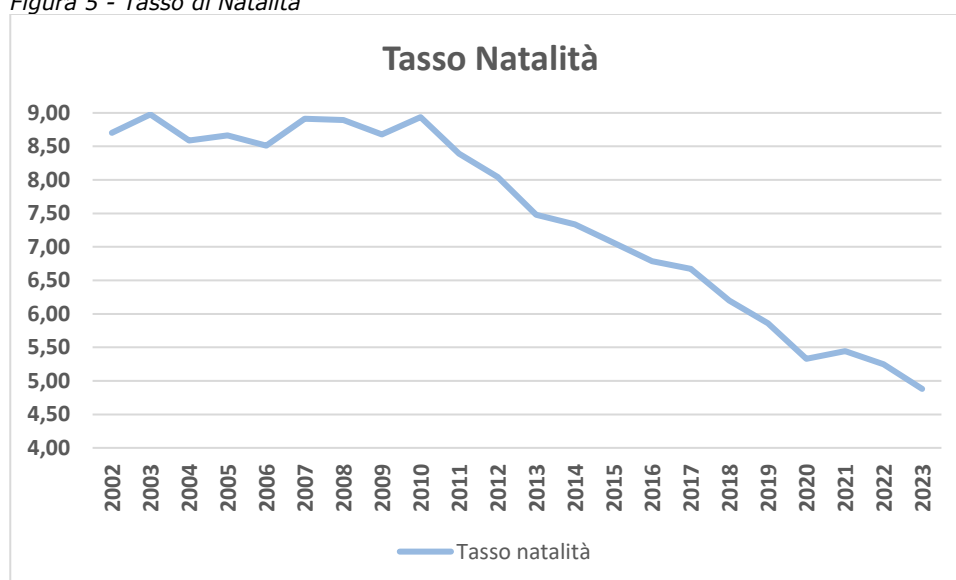
Figura 4 - Andamento popolazione residente



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat (l'andamento della popolazione riporta i dati della ex provincia di Sassari)

Il tasso di natalità rappresenta il numero medio di nascite, in un anno, ogni 1.000 abitanti. Concorre a verificare lo stato di sviluppo di una popolazione, ed è diverso da territorio a territorio in quanto su di esso incidono diversi fattori: lo sviluppo economico, il grado di modernizzazione del territorio, fattori politici, sociali, strutturali nonché culturali. Per gli anni di osservazione, in generale, si rileva nel tempo una riduzione di questo indicatore.

Figura 5 - Tasso di Natalità

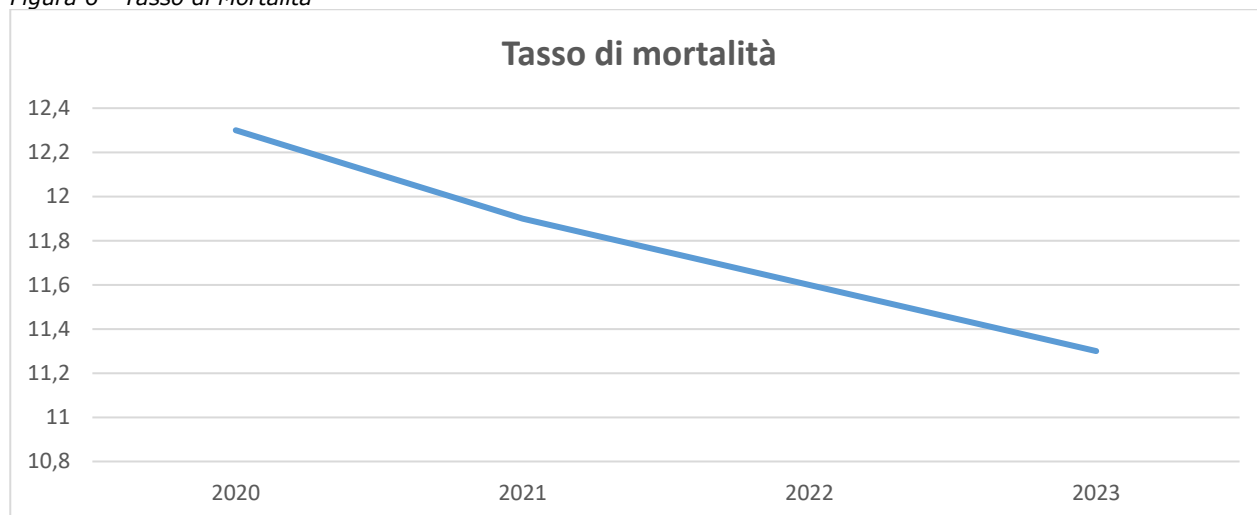


Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat

Il tasso di mortalità è il rapporto del numero di deceduti sul totale della popolazione residente (\*1000) nel periodo di riferimento. Secondo i dati preliminari dell'ISTAT per il 2023, la provincia di Sassari ha registrato un tasso di mortalità di 11,3 decessi per 1.000 abitanti. Per un confronto con gli anni precedenti, nel 2022 il tasso di mortalità era di 11,6 per 1.000 abitanti, mentre nel 2021 era di 11,9 per 1.000 abitanti. Questi dati indicano una leggera diminuzione del tasso di mortalità nella provincia di Sassari negli ultimi anni dopo la pandemia COVID 19

Si noti che i dati per il 2023 sono preliminari e potrebbero subire revisioni future.

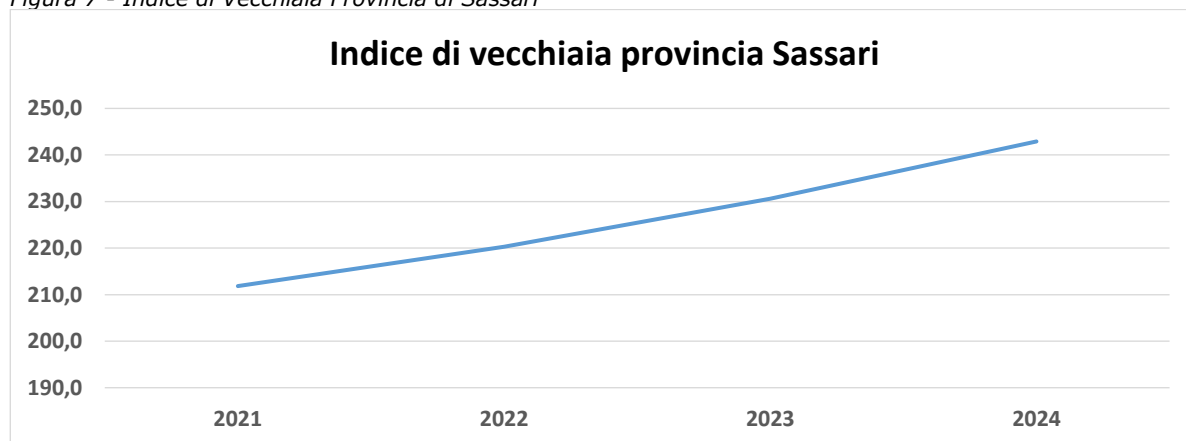
Figura 6 - Tasso di Mortalità



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat

L'indice di vecchiaia è il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100. Nella provincia di Sassari tale indice è in costante aumento.

Figura 7 - Indice di Vecchiaia Provincia di Sassari



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati Demo Istat

Il territorio presenta una distribuzione della popolazione disomogenea, con una concentrazione maggiore nei centri urbani principali. La fascia d'età prevalente è quella compresa tra i 14 e i 64 anni, ma l'invecchiamento progressivo richiede interventi specifici per la gestione delle patologie croniche e dei bisogni sanitari degli anziani.

I principali indicatori demografici, come il tasso di natalità e di mortalità, mostrano tendenze critiche: una natalità in calo e una mortalità ancora elevata, anche se in diminuzione rispetto agli anni della pandemia. L'indice di vecchiaia, variabile tra i distretti, rappresenta una sfida per l'organizzazione sanitaria, richiedendo strategie mirate per garantire equità di accesso e qualità delle cure.

Questi dati demografici impongono una pianificazione sanitaria sempre più orientata alla cronicità, alla fragilità e all'accesso equo ai servizi per la popolazione anziana.

## 1.2.2 Contesto interno

L'analisi del contesto interno si focalizza sull'erogazione dei servizi sanitari, che avviene attraverso strutture pubbliche e private accreditate. Dal 2019 al 2023 si è osservata una graduale ripresa delle prestazioni ambulatoriali, pur non avendo ancora raggiunto i livelli pre-pandemia. Le strutture ospedaliere e territoriali, inclusi il pronto soccorso e i servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI), sono impegnate nel garantire un'offerta sanitaria adeguata ai bisogni crescenti di una popolazione sempre più anziana e fragile. Tuttavia, permangono criticità legate alla carenza di risorse umane e tecnologiche, che rappresentano un ostacolo per il pieno raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

## 1.3 Assistenza territoriale

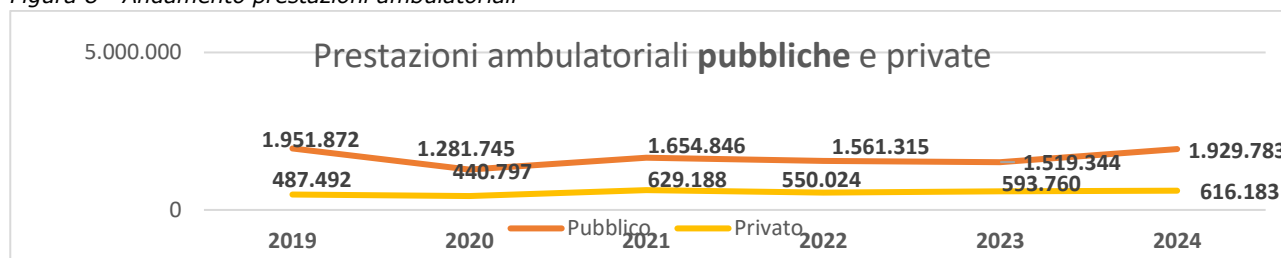
Con riferimento all'attività clinica ambulatoriale erogata presso la ASL di Sassari, i dati del 2024 evidenziano un significativo incremento rispetto agli anni precedenti. Si conferma la prevalenza delle prestazioni erogate in regime pubblico rispetto a quelle in convenzione con il privato. Inoltre, si registra un'importante ricollocazione sul territorio di alcune attività precedentemente svolte in ambito ospedaliero, migliorando l'appropriatezza del setting rispetto ai livelli di gravità (es: endoscopia digestiva) contribuendo così a una maggiore prossimità dell'assistenza e a una razionalizzazione dell'offerta sanitaria.

Tabella 3 - Totale prestazioni ambulatoriali per erogatore

Tipo di struttura	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Pubblico	1.863.410	1.231.321	1.654.846	1.561.315	1.519.344	1.929.783
Privato	485.400	441.458	629.188	550.024	593.760	616.183
<b>Totale</b>	<b>2.348.707</b>	<b>1.724.562</b>	<b>2.284.034</b>	<b>2.111.339</b>	<b>2.113.104</b>	<b>2.545.966</b>

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO

Figura 8 - Andamento prestazioni ambulatoriali



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO per l'anno 2024



Tabella 4 - Prestazioni ambulatoriali suddivise per branca specialistica

Anno	2021		2022		2023		2024	
Branca	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore	Prestazioni	Valore
01 - Anestesia	4.739	364.358	2.678	203.237	4.350	184.421	5.740	282.477
02 - Cardiologia	61.191	1.487.931	53.977	1.268.387	58.082	1.402.793	57.875	1.395.047
03 - Chirurgia Generale	3.844	70.268	3.149	56.234	1.585	31.808	1.725	36.680
04 - Chirurgia Plastica	327	8.569	374	10.290	327	9.155	238	7.513
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	976	41.500	909	39.360	445	18.006	752	21.724
06 - Dermosifilopatia	5.378	97.194	5.052	87.573	1.523	27.293	1.243	20.576
07 - Diagnostica Per Immagini: Medicina Nucleare	13	1.925	46	26.104	18	2.137	3	155
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	134.321	6.472.609	130.659	6.367.107	150.577	6.925.918	147.406	7.007.726
09 - Endocrinologia	23.817	323.052	21.571	284.679	4.614	97.273	3.404	96.799
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	5.014	125.020	3.705	108.287	8.527	446.491	10.065	572.495
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche- Microbiologia- Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica- Immunoematologia E S. Trsf.	1.721.997	8.415.603	1.596.790	7.546.273	1.509.475	7.325.706	1.909.312	9.114.993
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	113.520	1.027.124	82.713	760.413	94.802	771.304	106.372	872.111
13 - Nefrologia	28.752	3.847.143	30.829	4.063.192	23.448	3.598.211	30.571	4.467.048
14 - Neurochirurgia	21	414	2	23	205	4325,76	1	103
15 - Neurologia	14.346	224.470	9.075	164.858	6.589	144.371	5.182	134.497
16 - Oculistica	27.853	5.591.362	27.241	4.420.456	26.269	3.189.334	27.364	5.791.387
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	11.773	263.952	11.672	250.336	9.977	214.510	10.403	231.106
18 - Oncologia	12.402	162.688	9.994	131.859	5.669	72.599	3.507	43.567
19 - Ortopedia E Traumatologia	16.393	419.939	14.343	346.554	8.729	307.165	9.738	275.798
20 - Ostetricia E Ginecologia	9.134	194.656	6.805	146.195	6.749	183.819	7.160	236.702
21 - Otorinolaringoiatria	12.120	186.196	16.703	247.935	10.055	125.099	10.182	123.598
22 - Pneumologia	7.724	129.656	7.326	128.642	7.127	132.366	8.441	184.312

23 - Psichiatria	37.612	658.386	11.380	146.792	5.462	95.231	3.968	84.033
24 - Radioterapia	9	279	0	0	1373	73015,72	0	0
25 - Urologia	5.291	130.906	3.558	84.495	166.728	2.810.345	1.246	95.078
26 - Altre Prestazioni*	25.467	478.453	60.788	1.172.619	399	37.501	183.962	3.278.203
non classificato	0	0	0	0	0	0	106	34.667
<b>Totale complessivo</b>	<b>2.284.034</b>	<b>30.723.652</b>	<b>2.111.339</b>	<b>28.061.899</b>	<b>2.113.104</b>	<b>28.230.197</b>	<b>2.545.966</b>	<b>34.408.394</b>

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO,

Nel triennio 2026–2028, la ASL 1 di Sassari intende potenziare in modo significativo l’offerta di servizi riabilitativi territoriali, in linea con l’evoluzione dei bisogni assistenziali della popolazione e con l’obiettivo di rafforzare la prossimità, l’equità e la qualità delle cure.

Tra le nuove progettualità previste, si evidenziano:

-Avvio dell’Ambulatorio di Riabilitazione per Pazienti Ipovedenti

La creazione di un centro territoriale dedicato alla riabilitazione per ipovedenti rappresenta una risposta strategica alle esigenze sanitarie, psicologiche e sociali di una fascia di popolazione in costante crescita. Il centro offrirà percorsi riabilitativi personalizzati, finalizzati al recupero e al potenziamento dell’autonomia individuale, mediante l’integrazione di tecnologie assistive, interventi riabilitativi specialistici e supporto psicosociale. Tale iniziativa mira non solo a migliorare la qualità della vita dei pazienti ipovedenti, ma anche a promuovere una cultura dell’inclusione e dell’accessibilità all’interno del territorio.

- Avvio dell’Ambulatorio Territoriale di Riabilitazione del Pavimento Pelvico

Questa progettualità nasce dall’analisi dei bisogni emergenti nella popolazione femminile del territorio, che evidenzia una crescente incidenza di disfunzioni del pavimento pelvico, spesso sottodiagnosticate o non adeguatamente trattate. L’ambulatorio si propone come risposta concreta a tale carenza, garantendo un accesso più capillare e tempestivo a percorsi riabilitativi multidisciplinari. L’intervento mira a migliorare l’equità territoriale nell’accesso alle cure e a incidere positivamente sul benessere psico-fisico delle donne, valorizzando un approccio centrato sulla persona e sulla continuità assistenziale.

Tali iniziative si inseriscono nel più ampio disegno strategico di rafforzamento dell’assistenza territoriale, con particolare attenzione ai servizi riabilitativi specialistici e all’integrazione multidisciplinare delle competenze, in coerenza con le linee guida nazionali e regionali per la sanità di prossimità.

Di seguito le attività dei consultori dislocati nel territorio e l’elenco delle strutture convenzionate con l’ASL 1 di Sassari.

Tabella 5 - Totale prestazioni dei consultori

Area	2024	2023	2022
Equipe	330	399	304
Ginecologica	22.749	20.581	22.401
Pediatria	6.180	5.281	4.508
Psicologica	3.432	2.392	2.085
Sociale	1.070	2.217	1.506
<b>Totale</b>	<b>33.761</b>	<b>30.870</b>	<b>30.804</b>

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati dei Consultori familiari

Il triennio evidenzia un **potenziamento dell’offerta e della domanda nelle aree ginecologica, pediatria e psicologica**, rispondendo a bisogni sanitari e psicosociali in evoluzione. L’aumento generale delle prestazioni segnala un **buon livello di accessibilità e risposta dei servizi consultoriali**, che confermano il loro ruolo centrale nella prevenzione, promozione della salute e sostegno alle famiglie.

Tabella 6 - Strutture Private

Centro Iperbarico Sassarese S.R.L. Sassari (090064 - Sassari)
Studio Di Audiometria E Audioprotesi Della Dott.ssa Maria Antonietta Serra Sassari (090064 - Sassari)
Studio Dentistico Ventura S.R.L.S Del Dott. Gianfranco Ventura Sassari (090064 - Sassari)
Studio Di Fisioterapia Dott.ssa Paola Sardara Sassari (090064 - Sassari)
Studio Medico Chirurgico Odontoiatrico Dr. Pierluigi Allena Sassari (090064 - Sassari)
Laboratorio Analisi Leonardi Di Alberto Leonardi & C. S.A.S.-Porto Torres (090058 - Porto Torres)
Laboratorio Di Analisi Pasubio Sas Della Dott.ssa Daniela Chessa E C.-Sassari (090064 - Sassari)
Struttura Sanitaria Di Fisiocinesiterapia Studio Beta Di Ugo D'Alessandro-Sassari (090064 - Sassari)
Medicina Sportiva E Riabilitazione Fisioterapica Medical Center Srl - Thiesi (090071 - Thiesi)
Studio Di Ortopedia E Traumatologia Dott. Alicandri Gaetano Di Alicandri Silvia & C. S.A.S. Sassari (090064 - Sassari)
Poliambulatorio Servizi Salute Benessere S.R.L. Sassari (090064 - Sassari)
Centro Fisioterapico S.R.L. Di Desole Teresa Sassari (090064 - Sassari)
Ambulatorio Di Fisiokinesiterapia Ares Medical Center S.R.L. di Fumu Elisabetta Sassari (090064 - Sassari)
Laboratorio Analisi Lab Nord S.A.S. Di Cavaglieri Maria Sassari (090064 - Sassari)
Laboratorio Analisi L.A.P. Srl Porto Torres (090058 - Porto Torres)
Laboratorio Analisi Sassarese S.R.L. L.A.S. Di Grixoni Gian Pietro - Sassari (090064 - Sassari)
Studio Cardiologico Marongiu Antonio Maria S.R.L. Sassari (090064 - Sassari)
Studio Cardiologico Dott. Gianfranco Pittalis E C. S.A.S. Sassari (090064 - Sassari)
Studio Radiologico Ecografico Mulas Del Dott. Massimo Fiocca & C. S.A.S. Sassari (090064 - Sassari)
Studio Radiodiagnostica Srl Di Franco Urigo - Via Torino 26 Sassari (090064 - Sassari)
Studio Radiodiagnostica Srl Di Franco Urigo -Via Galleri 1 Sassari (090064 - Sassari)
Studio Dentistico Dott. Gian Franco Luigi Ventura S.A.S. Sassari (090064 - Sassari)
Laboratori Clinical'S S.R.L.-Alghero (090003 - Alghero)
Struttura Di Rieducazione Motoria Società Tamponi F.K.T. Turritana S.R.L. Ittiri (090033 - Ittiri)
Studio Medico Laser Chirurgia Ambulatoriale Srl Di Nematì Fard Mohammad-Sassari (090064 - Sassari)
Centro Di Fisiokinesiterapia E Ortopedia Ditta Medicasa Del Dott. Alberto Mura Porto Torres (090058 - Porto Torres)
Policlinico Sassarese - Labor S.P.A. (090064 - Sassari)

Fonte: elaborazione P&amp;C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO aggiornato al 19/12/2023

## **1.4 Assistenza Ospedaliera**

L'assistenza ospedaliera è erogata dalle strutture di Alghero e Ozieri che, insieme all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari, coprono tutto il fabbisogno assistenziale del territorio dell'ASL di Sassari. La media dei posti letto effettivi è di 229 al 31 dicembre 2024.

I presidi ospedalieri garantisce la continuità assistenziale collaborando con le altre strutture tecnico-funzionali dell'Azienda per rispondere ai bisogni clinico-assistenziali dei cittadini. L'obiettivo è il miglioramento continuo della qualità, perseguendo efficacia ed efficienza organizzativa anche attraverso l'integrazione operativa con le strutture territoriali, comprese quelle private accreditate. Tale integrazione si realizza mediante percorsi condivisi che vanno dalla presa in carico clinico-assistenziale al supporto sociale e alla prevenzione. Presso ogni presidio, come previsto dalla normativa, è stato istituito il Punto di Accesso ai Servizi Sanitari (PASS), che presidia i rapporti tra le strutture ospedaliere e la rete territoriale, costituita dal sistema COT e PUA-UVT, garantendo la continuità comunicativa e operativa tra i diversi setting assistenziali. Il sistema sviluppa la collaborazione con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale del paziente, considerando tutti i suoi bisogni socio-sanitari, coordinando i processi di transizione tra ospedale e territorio.

Al fine di evitare sovrapposizioni di mission e prestazioni tra i presidi, con fenomeni di ospedalizzazione inappropriata, ricoveri evitabili e dimissioni non coordinate nel triennio 2026-2028 si lavorerà per sviluppare processi coerenti con le seguenti strategie:

- Riprogrammazione delle funzioni dei presidi ospedalieri secondo il principio della mission differenziata, evitando la duplicazione delle attività a bassa complessità;
- Sviluppo dei PDTA condivisi (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) con il territorio, per patologie croniche o ad alto impatto (BPCO, diabete, ictus) e altri;
- Semplificazione delle dimissioni protette, tramite il governo delle COT in collaborazione con PASS, MMG, Infermieri di Comunità e UVT (Unità di Valutazione Territoriale);
- Digitalizzazione della transizione ospedale-territorio, con cartelle informatizzate interoperabili e continuità di accesso ai dati clinici;
- Organizzazione degli ambulatori (anche a gestione infermieristica) di continuità assistenziale ospedaliera, utili per il monitoraggio post-ricovero e il collegamento con l'assistenza territoriale.

Nel corso del triennio si procederà con:

- l'attivazione graduale dei posti letto di post-acuzie, con l'obiettivo di garantire setting assistenziali appropriati e ottimizzare i tempi di degenza in acuzie. E' quindi prevista per il 2026 l'attivazione di due strutture di lungodegenza nei due Presidi. L'attivazione dei letti post acuzie avverrà in prossimità dei reparti di medicina, in modo tale da ottimizzare l'impegno delle professionalità presenti, ridurre i trasferimenti dei pazienti, con ritorno

sull'efficientamento delle risorse oltre che sull'efficacia dei trattamenti;

- la riattivazione dei posti letto in regime ordinario della Pediatria presso l'Ospedale Civile di Alghero
- riorganizzare l'allocazione delle attività in modo da ottimizzare l'utilizzo degli spazi

L'Ospedale Civile di Alghero è dotato di 6 sale operatorie disposte su due piani: un blocco operatorio accreditato con 2 sale operatorie al terzo piano e 2 ulteriori sale operatorie in fase di ristrutturazione e 2 sale parto al secondo piano. Al quarto piano è stato realizzato un ambulatorio chirurgico avanzato dedicato a interventi che non richiedano la sedazione profonda. La ristrutturazione delle sale del blocco parto consentirà anche per il perseguimento di altri importanti obiettivi, quali l'efficientamento del percorso chirurgico e dei livelli di utilizzo delle sale operatorie, con il proposito di recuperare le liste d'attesa (~~numeri~~) e di aumentare la percentuale di interventi entro-soglia nelle diverse classi di priorità.

Nel Presidio di Alghero è stato istituito un "Settore Donna", un'organizzazione funzionale che si occupa di prevenzione e trattamento delle neoplasie femminili, con l'implementazione della cura delle neoplasie mammarie, lo sviluppo di PDTA per donne in menopausa, percorsi di riabilitazione del pavimento pelvico per incontinenza urinaria, programmi di formazione per l'endometriosi. La forte carenza di nefrologi, aggravata dalla chiusura delle scuole di specializzazione e dalla scarsità di specialisti a livello nazionale, ha reso necessario individuare strategie organizzative innovative. È stata quindi attuata una significativa riorganizzazione del servizio di dialisi, che prevede la classificazione e la rivalutazione periodica dei pazienti: quelli più critici e instabili vengono assegnati ai turni con presenza medica (CAD), mentre i pazienti stabili sono inseriti nei turni gestiti dal solo personale infermieristico (modello CAL).

Al fine di consentire una maggiore fluidità operativa e un miglior collegamento tra le diverse attività, si intende procedere con la ristrutturazione degli spazi attualmente inutilizzati del Presidio di Ozieri. L'obiettivo è quello di riorganizzare le strutture, sfruttando la configurazione a padiglioni dell'ospedale per realizzare una distribuzione dipartimentale più funzionale.

In particolare, verranno individuati e organizzati quattro poli principali:

- Padiglione internistico
- Padiglione chirurgico
- Padiglione dei servizi
- Padiglione amministrativo

La nuova distribuzione degli spazi prevede inoltre:

- il trasferimento di tutti gli spogliatoi all'ultimo piano,
- la collocazione delle attività ambulatoriali ospedaliere al piano terra,
- l'assegnazione degli spazi dei sottopiani alle ditte esterne, ai magazzini e agli archivi.

Il nuovo assetto ha lo scopo di migliorare i percorsi interni, aumenterà il numero di ambulatori disponibili e consentirà di erogare un volume più elevato di prestazioni, contribuendo così a soddisfare la crescente domanda.

Tabella 7 - Posti letto assistenza ospedaliera

POSTI LETTO/ANNO			2023			2022			2024		
	DISCIPLINA	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT	ORD	DH	TOT	
Alghero	0901 - CHIRURGIA GENERALE	19	1	20	19	1	20	19	1	20	
	0902 - CHIRURGIA GENERALE	4	1	5	0	0	0	4	1	5	
	2601 - MEDICINA GENERALE	42	1	43	42	1	43	42	1	43	
	3101 - NIDO	9	0	9	10	0	10	10	0	10	
	3401 - OCULISTICA	0	2	2	0	2	2	0	2	2	
	3701 - OSTETRICIA-GINECOL.	13	1	14	13	1	14	9	1	10	
	3801 - OTORINOLARINGOIATRIA	10	0	10	10	0	10	10	0	10	
	3901 - PEDIATRIA	7	2	9	8	2	10	8	2	10	
	4001 - PSICHIATRIA	16	2	18	16	2	18	16	2	18	
	4301 - UROLOGIA	6	2	8	6	2	8	6	2	8	
	4901 - TER.INT. - RIANIMAZIONE	0	0	0	6	0	6	6	0	6	
	6002 - LUNGODEGENTI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	6003 - LUNGODEGENTI	17	0	0	17	0	17	18	0	18	
	6401 - ONCOLOGIA	0	5	0	0	5	5	0	5	5	
	OZIERI	0901 - CHIRURGIA GENERALE	9	1	10	9	1	10	9	1	10
2601 - MEDICINA GENERALE		31	2	33	31	2	33	31	2	33	
2901 - NEFROLOGIA		4	1	5	4	1	5	4	1	5	
3201 - NEUROLOGIA		0	0	0	0	0	0	0	4	4	
3203 - NEUROLOGIA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3401 - OCULISTICA		0	1	1	0	1	1	0	1	1	
3601 - ORTOPEDIA-TRAUMAT.		15	1	16	15	1	16	15	1	16	
3701 - OSTETRICIA-GINECOL.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3901 - PEDIATRIA		0	1	1	0	1	1	0	1	1	
6901 - RADIODIAGNOSTICA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6969 - RADIODIAGNOSTICA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4901 - TER.INT. - RIANIMAZIONE		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Totale	202	24	218	206	23	229	207	28	235	

Fonte: elaborazione P&amp;C ASL di Sassari su dati dei flussi informativi NSIS

La Legge Regionale n. 8 del 2025 prevede il trasferimento dell'Ospedale Marino dall'Azienda Ospedaliera Universitaria all'ASL n. 1 di Sassari a decorrere dal 1 gennaio 2026. Con il trasferimento sarà possibile sfruttare la storica vocazione del Presidio e del suo ruolo strategico quale centro di riferimento regionale per l'ortopedia, la traumatologia e la riabilitazione, nonché polo formativo per le scuole di specializzazione.

Quanto sopra sarà possibile grazie alla stretta collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari e l'Università degli Studi di Sassari, attraverso l'istituzione di tavoli tecnici interaziendali, come previsto dal documento "Costituzione del Gruppo di Lavoro tecnico-istituzionale per il trasferimento dell'Ospedale marino "Regina Margherita" di Alghero dall'AOU di Sassari all'ASL n. 1 di Sassari in attuazione dell'art. 18, comma 3, l.r. 11 marzo 2025, n. 8" stabilito con Decreto n. 36 del 23.10.2025.

Tabella 8 - Attività ospedaliera

STABILIMENTO	RICOVERI								
	2022			2023			2024		
	DIMESSI I	GG	VALORE	DIMESSI	GG	VALORE	DIMESSI	GG	VALORE
CIVILE ALGHERO	4.756	11.021.213	33.792	5.579	39.829	13.029.75 4	5.158	36.625	12.638.62 3
MARINO ALGHERO	442	1.920.362	5.133						
CIVILE OZIERI	2.399	6.961.447	19.738	3.214	20.523	8.761.634	3.043	22.197	8.539.633

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ABACO

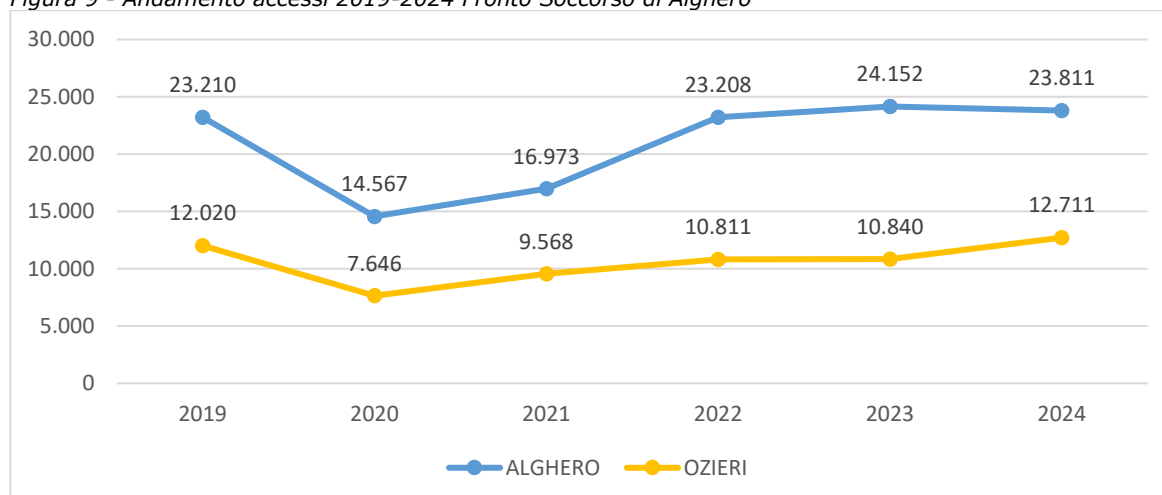
Nella ASL di Sassari sono presenti due strutture di pronto soccorso (PS), ubicate ad Alghero ed Ozieri. La riduzione degli accessi in PS durante la fase pandemica è documentata in tutto il mondo, ed è evidenziata dai dati relativi all'anno 2020 in cui si registra un calo degli accessi. Con la ripresa delle attività ordinarie, vi è stato un fisiologico aumento dei traumi e anche di altre patologie, che ha comportato un aumento degli accessi in PS, in particolare in quello di Alghero dove si registrano attività in linea con il 2019. I dati descrivono una risposta positiva dell'organizzazione ospedaliera che è riuscita a rispondere alle necessità degli utenti.

Tabella 9 - Andamento accessi PS

PRONTO SOCCORSO	2020	2021	2022	2023	2024
ALGHERO	14.567	16.973	23.208	24.152	23.811
OZIERI	7.646	9.568	10.811	10.840	12.711

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale PS

Figura 9 - Andamento accessi 2019-2024 Pronto Soccorso di Alghero



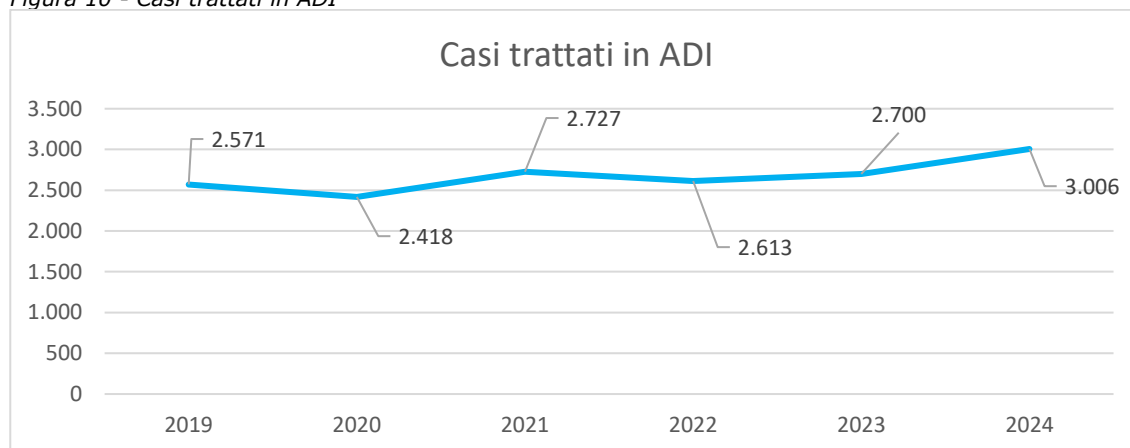
Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo PS

Al fine di garantire il monitoraggio e il controllo dell'appropriatezza e della congruità dei ricoveri ospedalieri, è stato istituito presso ciascun presidio un nucleo di controllo interno, operante sotto la responsabilità delle direzioni ospedaliere e coordinato da un nucleo supervisore in staff alla Direzione Sanitaria. Tale organizzazione mira ad assicurare un utilizzo appropriato delle risorse e a migliorare la qualità dei percorsi assistenziali.

## 1.5 Assistenza Domiciliare Integrata

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è un insieme di servizi e interventi sociosanitari erogati al paziente all'interno della sua abitazione al fine di evitare, per quanto possibile, il ricovero in ospedale o la collocazione in una struttura residenziale. L'obiettivo è **Migliorare la tempestività nella presa in carico dei pazienti dimessi dall'ospedale con attivazione di cure domiciliari**, attraverso un efficace coordinamento con le Centrali Operative Territoriali (COT) aziendali. Questo intervento mira a garantire continuità assistenziale, ridurre i tempi di attesa e facilitare il passaggio ospedale-territorio, ottimizzando le risorse e migliorando gli esiti clinico-assistenziali. Come rilevato nella figura 10, al 31/12/2024 il numero di pazienti assistiti in ADI è di 3006, in aumento rispetto all'anno precedente.

Figura 10 - Casi trattati in ADI



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ADI

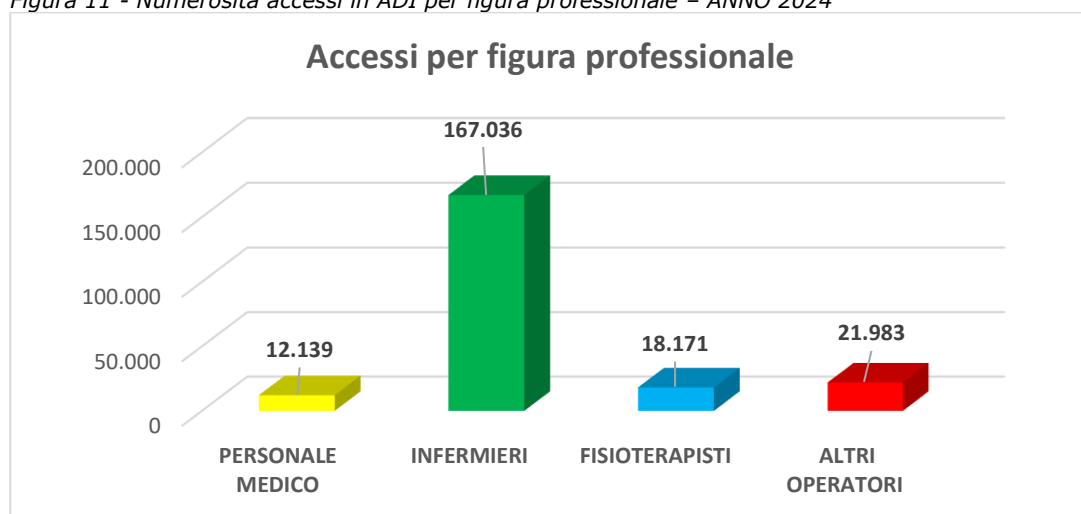


Il dato evidenzia un andamento complessivamente positivo, con una crescita significativa nel 2024 rispetto agli anni precedenti. Dopo una lieve flessione nel 2020, con un minimo di 2.418 casi (influenzato dalla pandemia da COVID-19 e dalle difficoltà organizzative connesse), si osserva un progressivo recupero già a partire dal 2021.

Nel 2021 si registra infatti un importante incremento, con 2.727 casi trattati. Dopo una leggera diminuzione nel 2022 (2.613 casi), il trend torna a crescere nel 2023 (2.700 casi) e raggiunge un picco nel 2024, con 3.006 casi assistiti, il valore più alto dell'intera serie.

Questo andamento suggerisce un consolidamento del servizio di ADI e un rafforzamento dell'assistenza territoriale, coerente con gli obiettivi di potenziamento della sanità di prossimità previsti a livello nazionale. L'aumento dei casi trattati potrebbe anche riflettere una maggiore presa in carico dei bisogni assistenziali sul territorio, un miglioramento nella capacità di risposta dei servizi e una crescente fiducia da parte dell'utenza.

Figura 11 - Numerosità accessi in ADI per figura professionale – ANNO 2024



Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale ADI

L'incremento degli accessi ADI, soprattutto da parte del personale infermieristico, riflette l'evoluzione dell'assistenza territoriale verso un modello più proattivo e integrato, coerente con le indicazioni nazionali del DM 77/2022.

## 2. CONTESTO DI RIFERIMENTO

### 2.1 Il Dipartimento di Prevenzione Area medica

Nell'Azienda socio-sanitaria locale di Sassari, il Dipartimento di Prevenzione area medica è la struttura preposta alla promozione della tutela della salute della popolazione e svolge funzioni rivolte direttamente alla comunità e all'ambiente di vita e di lavoro.

Il Dipartimento persegue direttamente obiettivi di:

- Promozione della salute e prevenzione delle malattie.
- Promozione di stili di vita sani.

- Realizzazione di azioni di prevenzione degli stati morbosi acuti e cronici.
- Individuazione e rimozione delle cause di nocività e di malattia di origine ambientale e umana.

Le strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione area medica sono:

- Igiene e sanità pubblica
- Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro
- Medicina legale
- Prevenzione e promozione della salute
- Igiene dell'alimentazione e della nutrizione
- Centro Epidemiologico e Registri di Patologia – CEA del Nord Sardegna
- Salute e Ambiente

Con riferimento alle attività dipartimentali, si riportano i dati relativi ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (Tab. 12), di Prevenzione e Promozione della salute (screening oncologici) (Tab. 13).

Tabella 10 -Attività del servizio di igiene e sanità pubblica

Anno	Indagini epidemiologiche	Residenti vaccinati	Pareri richiesti	Pareri espressi
2021	0	267.172	617	615
2022	31	173.483	700	696
2023	272	72.538	418	407
2024	349	88.831	555	532

Fonte: elaborazione SISP

Tabella 11 - Attività di screening oncologici organizzati

ANNO	CAMPAGNE DI SCREENING	ATTIVITA'	Screening Service Uterina	Screening mammografico	Screening Colon Retto
2020	3	Inviti di 1° livello	12.258	9.388	532
		Adesioni	3.785	3.960	80
		Tasso di adesione	12,19%	15,20%	1,03%
2021	3	Inviti di 1° livello	13.818	10.686	11.157
		Adesioni	5.028	6.249	3.658
		Tasso di adesione	16,33%	23,68%	7%
2022	3	Inviti di 1° livello	20.513	17.736	8.189
		Adesioni	7.243	5.446	1.991
		Tasso di adesione	23,78%	20,50%	3,80%

ANNO	CAMPAGNE DI SCREENING	ATTIVITA'	Screening Service Uterina	Screening mammografico	Screening Colon Retto
2023	3	Inviti di 1° livello	24.946	10.025	25.160
		Adesioni	8.325	4.814	6.938
		Tasso di adesione	33,37%	48%	27,57%
2024	3	Inviti di 1° livello	34.530	21.787	15.925
		Adesioni	11.282	8.191	3.967
		Tasso di adesione reale	32,67%	37,6%	24,91%

Fonte: elaborazione su estrazioni GISCI-GISMAGISCOR sul gestionale screening

Tabella 12 Attività SPRESAL

DESCRIZIONE	2021	2022	2023	2024
N° malattie professionali	142	223	258	<b>352</b>
N° visite ex esposti all'amianto	412	336	285	<b>274</b>
N° visite (ricorsi contro giudizio d'idoneità, altre categorie lavorative)	52	41	43	<b>50</b>
N° infortuni presi in carico	53	58	64	<b>60</b>
N° cantieri ispezionati	312	353	312	<b>312</b>
N° aziende edili ispezionate	376	388	407	<b>400</b>
N° aziende agricole ispezionate	46	50	49	<b>53</b>
N° aziende altri comparti ispezionate	222	193	245	<b>226</b>
N° interventi di assistenza alle imprese (seminari, interventi informativi, corsi abilitanti e altro)	3	15	22	<b>28</b>
N° riscontri attraverso sportello informativo	22	35	41	<b>39</b>

Fonte: elaborazione SPRESAL

La struttura complessa Igiene dell'alimentazione ed ella nutrizione contribuisce al perseguimento dei Livelli essenziali di assistenza nella prevenzione collettiva e nella sanità pubblica. Di seguito le principali attività della struttura:

Attività assegnate alla Struttura complessa Igiene dell'alimentazione e della nutrizione e esercizio delle funzioni di autorità competente locale attribuite alla ASL	2024	2025 (fino a 30 settembre)
Anagrafica degli operatori del settore alimentare: Dichiarazioni uniche trattate e partecipazione a conferenze di servizi, registrazioni e riconoscimenti ex Reg.(CE) n° 852/2004	1754	1483
Controlli Ufficiali (con tutte le tecniche e metodiche) ed altre attività ufficiali, comprese le certificazioni, presso Operatori del settore alimentare e per il controllo sul ciclo di vita e sull'impiego dei fitosanitari	totale	totale
Programmati (compresa la ristorazione collettiva scolastica ospedaliera)	277	264
Non programmati, per notifiche inserite nel sistema di allerta comunitario (i RASFF), segnalazioni o accertate non conformità (compresa la ristorazione collettiva scolastica ospedaliera)	260	230

Campionamenti ufficiali su alimenti e materiali a contatto con alimenti per l'applicazione dei piani unionali e dal piano nazionale e regionale pluriennale di controllo	128	83
Provvedimenti di gestione del rischio ai sensi degli articoli 137 e 138 del Reg.(UE) n° 625/2017	10 di cui 3 dal 10/11 al 31/12	35
Accertamento e contestazione di illeciti amministrativi e segnalazioni di notizie di reato	42	52
Campionamenti per la vigilanza e l'attività consultiva necessaria in materia di acque destinate al consumo umano come definite dal D.lgs n° 18/2023 e giudizi di idoneità per gli approvvigionamenti autonomi e dei Gestori del servizio idrico e attuazione del piano di campionamento per la ricerca di radioattività nelle acque destinate al consumo umano (D.lgs n° 28/2016)	679	643

Fonte: S.I.A.N.

La Struttura Complessa di Medicina Legale svolge numerose attività previste nei Livelli Essenziali di Assistenza ed altre funzioni di pertinenza specialistica di questa branca e di rilievo pubblico, così come di seguito elencate.

ATTIVITÀ	2024	2025
Commissione Invalidità, Handicap, Cecità, Sordità, Collocabilità	12.101	6484
Certificazioni monocratiche (patenti, porto armi, ecc)	185	280
Legge 210/92	9	4
Collegio Medico Legale	22	27
Riscontri diagnostici	30	24
Supporto a Servizio Affari Legali	...	...
Commissione Medica Locale (patenti)	4426	4339
Autopsie giudiziarie	128	71

## 2.2 Il Dipartimento di Prevenzione Veterinaria Nord Sardegna

Il Dipartimento di Prevenzione Veterinaria svolge principalmente le seguenti funzioni:

- È responsabile della protezione dei consumatori dalle insidie dei contaminati ambientali e dai presidi chimico-farmacologici i cui residui possono persistere negli alimenti di origine animale.
- Predisporre e attua i piani di risanamento o di eradicazione contro le malattie infettive e diffusive di origine animale.
- Gestisce l'anagrafe zootecnica assicurando l'identificazione degli animali e la rintracciabilità degli alimenti.
- Effettua il controllo delle malattie infettive e diffusive degli animali e dei diversi fattori che mettono in pericolo sia la salute dell'uomo sia quella degli animali che dell'ambiente, nell'ottica di un approccio cooperativo One Health.

Le strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione Veterinaria sono:

- Sanità animale e anagrafi zootecniche.

- Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale.
- Randagismo e anagrafe animali da compagnia.
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.
- Sanzioni igienico sanitarie.
- Gestione e Controllo della qualità e della sicurezza alimentare di origine Animale.

Di seguito le principali attività di prevenzione svolte dall'Area Veterinaria.

Tabella 13- Attività Servizio di Sanità Animale

DESCRIZIONE	2020	2021	2022	2023	2024
numero di prestazioni su portale BDN (anagrafe e SANAN)	975.553	828.216	818.189	1.222.976	1.355.567
numero di aziende controllate per Piani di risanamento	903	1.246	1.112	1.058	818
numero di aziende controllate per peste suina africana	877	1.039	466	254	86
numero controlli ufficiali Check list I&R	275	312	333	270	294

Fonte: elaborazione SANITA' ANIMALE

Tabella 14 - Attività Servizio SIAPZ

DESCRIZIONE	2020	2021	2022	2023	2024
DUAP	652	670	717	585	600
Controlli ufficiali (Benessere, Condizionalità, Farmaco, Sicurezza alimentare, SOA )	477	608	717	1.126	1.385
Autorizzazione trasporto animali	49	62	58	93	63
Campioni (PRR, PRAA, PRCUA, MBV, Additivi e Aromi, UVAC, Export)	164	418	333	313	323
Certificati Export	1.106	1.338	1.382	1.208	1.196

Fonte: elaborazione SIAPZ

Tabella 15 - Attività Servizio di SIAOA

DESCRIZIONE	2020	2021	2022	2023	2024
Controlli ufficiali	651	271	923	708	962
Numero di campioni effettuati per ridurre i rischi chimici e batteriologici	252	178	164	196	115
Numero di stabilimenti categorizzati	104	22	136	176	32
Numero di campioni effettuati per ricerca residui	9	65	94	113	70

Fonte: elaborazione SIAOA

## **2.3 Il Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze (DSMD)**

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) rappresenta l'articolazione della Azienda preposta alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio e del disturbo psichico dei cittadini. Il Dipartimento sviluppa, inoltre, funzioni, attività e processi per il trattamento, il reinserimento e la prevenzione sia dei problemi patologici correlati all'uso di sostanze psicotrope legali e illegali, sia dei comportamenti assimilabili e correlati (disturbi dell'alimentazione e nutrizione, gioco d'azzardo, videodipendenze, etc.). Il DSMD è il riferimento del sistema integrato di strutture, presidi e operatori aziendali che programma, promuove, attua, coordina e valuta le attività di prevenzione, cura, riabilitazione a favore degli assistiti, contribuendo all'integrazione sociosanitaria.

Esso è preposto alla promozione, prevenzione sui gruppi a più alto rischio, diagnosi, cura e riabilitazione, in una dimensione organizzativa interdistrettuale. Opera, inoltre, in aree prioritarie di intervento, quali quelle riguardanti:

- Disturbi psichici gravi all'esordio e salute mentale nell'adolescenza e nella giovane età adulta;
- Disturbi psichici correlati con le dipendenze patologiche e comportamenti d'abuso;
- Disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva e nell'adulto.

Le strutture direttamente afferenti al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) sono le seguenti:

- Centro di Salute Mentale (CSM) di Sassari e della Romangia
- Centro di Salute Mentale (CSM) di Alghero, Coros, Villanova, Nurra occidentale
- Centro di Salute Mentale (CSM) del Montacuto, Goceano, Anglona e Meilogu
- Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).
- Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPI)
- Servizio Dipendenze Patologiche (SERD)
- Psichiatria Forense
- Psichiatria carceraria
- Riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale Psichiatrica
- Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) di Alghero
- Disturbi dello spettro autistico
- Alcologia
- Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (DAN).

Le tabelle seguenti riportano i dati di attività:

Tabella 16 - Pazienti in carico al DSMD

TIPOLOGIA	N° PAZIENTI
PAZIENTI TOTALI I	7.204
PAZIENTI IN CARICO	6.596
NUOVI PAZIENTI	528
RIAMESSI	80

Fonte: elaborazione P&C ASL di Sassari su dati del sistema informativo aziendale

Tabella 17 - Prestazioni erogate dai Centri di Salute mentale e dalla Neuropsichiatria infantile

STRUTTURE SANITARIE TERRITORIALI	VISITE 2024
CSM SASSARI	10.899
CSM OZIERI	2.136
CSM ALGHERO	3.461
UONPIA	2330
Totale	18.826

Fonte: Elaborazione POINT report prestazioni

Tabella 18 – Prestazioni erogate dalla SSD Autismo

SSD AUTISMO	2024	2025
ASSISTITI PRESI IN CARICO	939	1225
TOTALE PRESTAZIONI	2512	4055

Fonte: Elaborazione POINT

Tabella 19 – Prestazioni area dipendenze

AREA DIPENDENZE	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	TRATTAMENTI – ALTRE PRESTAZIONI
ALCOLOGIA	651	271
SERD	-	54818

Fonte: Elaborazione GEDI

## **2.4 Il Dipartimento Materno Infantile e della Famiglia**

Gli ambiti del Dipartimento Materno Infantile e della Famiglia sono:

- Assistenza alla coppia nella pianificazione familiare.
- Assistenza genitoriale.
- Assistenza al neonato sano e patologico.
- Promozione e tutela della salute del bambino.
- Promozione e tutela della salute dell'adolescente.
- Assistenza al bambino con bisogni particolari e malattie croniche.
- Riabilitazione dei minori.
- Raccolta ed elaborazione dei dati epidemiologici relativi all'infanzia ed alla donna.

## **2.5 Il Dipartimento della medicina e della farmaceutica territoriale**

Il Dipartimento opera per l'intero ambito territoriale di competenza dell'Azienda al fine di assicurare l'integrazione tra l'area ospedaliera e quella territoriale, per le competenze relative alla diagnostica territoriale di laboratorio e per immagini, all'anestesia territoriale e cure palliative, Hospice, medicina del lavoro, odontoiatria e all'assistenza farmaceutica.

## **2.6 Il Dipartimento di Psicologia di Cure primarie**

E' un Servizio territoriale che si embrica con le attività distrettuali per affinità con le cure primarie e garantisce un primo livello di servizi di cure psicologiche nella medicina di base, arricchendo l'offerta delle cure territoriali soprattutto a favore delle persone più fragili, assicurando l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza distrettuali, con l'obiettivo di offrire un primo livello di risposta psicologica integrato alle cure territoriali, in raccordo con i medici di medicina generale, i distretti e le Case della Comunità.

Il Dipartimento garantirà interventi tempestivi di supporto psicologico, presa in carico breve, orientamento ai servizi, attività di promozione del benessere individuale e organizzativo, nonché supporto psicologico in ambito ospedaliero ed emergenziale.

L'apertura del Dipartimento risponde all'esigenza crescente di accesso a cure psicologiche di prossimità, soprattutto per le fasce più fragili, assicurando il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e rafforzando l'integrazione tra i servizi sanitari e sociosanitari.

Provvede inoltre alle attività di psicologia ospedaliera e dell'emergenza, a quelle relative alla promozione del benessere organizzativo e alla psicomетria in raccordo con tutte le strutture aziendali.



### **3. IL PIANO TRIENNALE E LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE**

L'azienda opera in relazione alle politiche regionali ed agli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla Sanità e alle Politiche Sociali, al fine di raggiungere i risultati individuati nella programmazione regionale in un'ottica di sinergia sistemica.

A seguito dell'operatività della legge regionale n. 24/2020 "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" e ss.mm.ii. Gli obiettivi imposti dalla Legge Regionale sono finalizzati all'attuazione del processo di riforma del servizio sanitario regionale con la messa in campo di tutte le azioni propedeutiche alla concreta operatività dell'Azienda Socio-sanitaria locale di Sassari con l'approvazione, in primis, dell'Atto Aziendale.

Gli obiettivi strategici che l'azienda ritiene comunque coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti e alle finalità istituzionali aziendali oltreché alle scelte strategiche aziendali derivanti all'attuale contesto sono i seguenti:

- a) Governo delle prestazioni ambulatoriali e delle liste di attesa;
- b) Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- c) Assistenza distrettuale
- d) Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile;
- e) Telemedicina;
- f) Integrazione ospedale territorio
- g) Attivazione Hospice

#### **3.1 GOVERNO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DELLE LISTE DI ATTESA**

La ASL di Sassari attraverso il Piano Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di attesa (PAGLA) e gli strumenti messi a disposizione dalla Regione Sardegna 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.

Inoltre, si presterà maggiore attenzione alla distinzione tra le prime visite e le visite successive, di controllo/*follow up*, valorizzando nel sistema informativo la separazione dei canali di primo accesso e quelli di controllo, sia per le visite specialistiche che per le prestazioni strumentali, per branche critiche.

Con riferimento al governo delle liste d'attesa la strategia di contenimento tiene conto di quanto evidenziato dalla RAS ossia che è ormai ampiamente dimostrato che il metodo dell'abbattimento delle liste d'attesa attraverso un incremento dell'offerta non sia efficace, dato che la domanda cresce proporzionalmente rispetto all'offerta. Appare doveroso consolidare la strategia regionale la quale ritiene opportuno sperimentare e implementare modalità basate sulla selezione delle priorità, nelle quali un ruolo centrale è occupato dalla stretta integrazione tra medici di medicina generale e medici erogatori delle prestazioni sanitarie. In particolare, l'accesso alle prestazioni specialistica ambulatoriale, da parte del cittadino, si realizza con l'inserimento della relativa richiesta nelle liste di attesa secondo le classi di priorità indicate sulla ricetta. L'obiettivo generale è quello di rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediante accessi differenziati, in relazione alla classe di priorità indicata. Tale obiettivo si realizza attraverso la definizione dei volumi di attività per ogni prestazione in ciascuna classe di priorità. La razionalizzazione della domanda di prestazioni rappresenta un passaggio fondamentale affinché l'offerta dei servizi sia quanto più rispondente ai bisogni della popolazione residente e ai criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa.

Di seguito si riportano gli interventi che l'azienda intende consolidare:

- Le attività sistematiche e continuative di valutazione dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto con riferimento a: utilizzo sistematico delle classi di priorità, con l'obiettivo di garantire al 90% dei facenti richiesta l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio, nei tempi definiti secondo le classi di priorità; presenza del quesito diagnostico; corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.
- L'utilizzo del modello RAO che rappresenta una delle strategie che caratterizzano il modelloregionale per il governo delle liste di attesa e parte dall'assunto che i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio debbano essere differenziati e raggruppati in quattro classi di priorità (U, B, D, P), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui.
- L'utilizzo del Fascicolo Sanitario elettronico (FSE) in quanto sono ormai consolidate sia in ambito nazionale che regionale le politiche di sanità integrata che considerano la condivisione delle informazioni sulla salute del paziente tra gli operatori sanitari uno strumento per rendere più efficienti i processi di diagnosi e cura dello stesso, nonché per ridurre i costi della spesa sanitaria derivanti, ad esempio, dalla ripetizione di esami clinici.
- Il potenziamento dell'offerta di prestazioni attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana, sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso prestazioni aggiuntive di cui all'art. 55, comma 2 del CCNL 08.06.2000

- dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, al fine di favorire il rispetto dei tempi massimi di attesa.
- Il governo delle liste d'attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero attraverso l'inserimento secondo classi di priorità delle richieste di ricovero programmato nel modulo LA/ADT di SisaR al fine di assicurare l'equità di accesso, la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni.

Nel 2024 l'Azienda focalizzerà la programmazione sulla creazione del valore pubblico all'utente finale mediante il rafforzamento delle prestazioni ambulatoriali e il recupero delle prestazioni non erogate durante il periodo pandemico.

## **3.2 PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA**

### **3.2.1 Prevenzione collettiva**

La struttura aziendale che si occupa della prevenzione collettiva e della sanità pubblica è il Dipartimento di Prevenzione area medica. 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.

La ASL n. 1 di Sassari si prefigge i seguenti obiettivi:

- 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 Confermare l'importanza delle attività di vigilanza sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dall'art.13 del decreto legislativo n. 81/2008.
- Attuazione del Piano coordinato nazionale dei controlli (PCNC) che ricomprende tutti i piani specifici di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.
- Garantire il raggiungimento di adeguate percentuali di adesione grezza agli screening oncologici.
- Garantire la prosecuzione della Vaccinazione ANTI-COVID -19.
- Garantire il contrasto delle zoonosi.
- Valorizzare inoltre l'impegno a rafforzare una visione di salute pubblica in un'ottica "One Health", che si basa sulla progettazione e attuazione di programmi, politiche, legislazione e ricerca, in cui più settori comunicano e collaborano per ottenere migliori risultati di salute pubblica, mediante un metodo collaborativo, multidisciplinare, multi-professionale. L'approccio "One Health" considera la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legati alla salute degli ecosistemi in cui sono contestualizzati.

### **3.2.2 Prevenzione infezioni correlate all'assistenza**

L'organismo responsabile della prevenzione, sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dell'uso responsabile degli antimicrobici è il Comitato per la lotta alle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA) dell'Asl di Sassari.

La gestione del rischio infettivo avviene attraverso programmi di prevenzione delle ICA e la promozione di un uso corretto e responsabile di antimicrobici, azione monitorata anche dal Gruppo di Lavoro dell'Antimicrobial Stewardship aziendale.

L'Azienda intende implementare un sistema integrato di digitalizzazione dei processi sanitari, che coniughi l'analisi vaccinale con sistemi avanzati di tracciamento e banche dati epidemiologiche. Questo approccio consentirà di monitorare in tempo reale la copertura vaccinale e l'andamento delle malattie infettive, migliorando la capacità di pianificazione e l'efficacia degli interventi di sanità pubblica.

### **3.3 SANITA' PUBBLICA VETERINARIA**

La Sanità Pubblica Veterinaria in Sardegna sarà particolarmente impegnata nel contrasto alle malattie infettive, specie alle zoonosi, e a quelle che determinano allarme sociale e impatto negativo sul comparto agro-zootecnico dell'Isola. Tra queste assumono particolare importanza la Blue Tongue, la Peste Suina Africana e la Tuberculosis Bovina.

### **3.3.1 Blue Tongue**

La febbre Catarrale degli Ovini (blue tongue) è una malattia infettiva trasmessa da insetti vettori di difficile controllo in quanto imprevedibile e caratterizzata da forti elementi di imponderabilità. Sono 27 i sierotipi che la possono provocare ed in Sardegna ne sono presenti almeno tre il SBT4, il SBT1 e il SBT3 per il quale purtroppo non esiste vaccino.

Presente nell'Isola da 21 anni è ormai considerata endemica con picchi epidemici che hanno determinato ciclicamente una importante diffusione del virus negli allevamenti ovini con migliaia di focolai, centinaia di migliaia di capi morti e danni indiretti con aborti, perdite di produzione, zoppie etc...

La prevenzione della malattia è basata sia sulla profilassi diretta, lotta all'insetto vettore, misure di igiene zootecnica e riduzione dei foci larvali, e uso di insetto-repellenti sugli animali suscettibili a cura degli allevatori, sia sulla profilassi indiretta con l'uso di vaccini inattivati che sono comunque siero-specifici e proteggono soltanto per quel sierotipo.

### **3.3.2 Tuberculosis Bovina**

La Tuberculosis Bovina è una temibile zoonosi per la quale è in corso da anni un piano di risanamento per eliminare dal territorio isolano il M.Bovis, l'obiettivo attuale è quello di ottenere la qualifica sanitaria di Regione Ufficialmente Indenne da TB che vede ancora le province di Sassari e Nuoro impegnate con alcuni focolai residui.

### **3.3.3 Peste Suina Africana**

La battaglia contro il virus della Peste Suina Africana Genotipo 1 è ormai alle battute finali, dopo 40 anni di insuccessi e fallimenti, finalmente siamo vicini alla meta che potrebbe portare nei prossimi mesi alla riclassificazione del rischio della Sardegna con conseguente riapertura dell'export, e alla definitiva eradicazione del virus dalla Sardegna.

### **3.3.4 Campagna Vaccinale COVID 19**

Allo stato attuale grazie alla possibilità offerta dalla somministrazione dei vaccini si è assistito, pur con un aumento esponenziale dei contagi, ad un alleviamento della pressione sui reparti ospedalieri di terapia intensiva e degenza ordinaria.

L'azienda prosegue nella campagna vaccinale per tramite del Dipartimento di Prevenzione che assicura la somministrazione del vaccino Covid 19 unitamente alla campagna vaccinale per la somministrazione del vaccino antinfluenzale.

## **3.4 ASSISTENZA DISTRETTUALE**

La principale direttrice su cui si basa la programmazione socio-sanitaria della Regione Sardegna è volta all'implementazione della visione paziente-centrica dei servizi socio-sanitari da erogare sul territorio.

Il distretto è inteso come il luogo di integrazione dei processi a favore del paziente, all'interno

del quale costruire la rete dei servizi socio-sanitari. Quest'ultima è organizzata attorno ai bisogni sociali e sanitari dell'assistito, il quale si trova in posizione centrale rispetto al complesso sistema organizzativo dei servizi.

Il presente documento di programmazione tiene conto del mutare dinamico della normativa nazionale e regionale.

La figura seguente mostra l'organizzazione del distretto socio-sanitario e la rete dei servizi che la Regione Sardegna intende promuovere e attivare sul territorio. Al fine di trovare risposte ai propri bisogni di salute, il cittadino può:

- contattare il proprio MMG/PLS, oppure il medico di continuità assistenziale e/o il medico specialista;
- contattare telefonicamente il numero 116117 per le cure mediche non urgenti. La centrale operativa 116117 sede del Numero europeo armonizzato per le cure mediche non urgenti, offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24h e 7 giorni la settimana, in grado di garantire al cittadino informazioni sull'offerta dei servizi territoriali, nonché sulle modalità di accesso ad essi;
- contattare telefonicamente il 118, in caso di emergenze sanitarie, oppure recarsi fisicamente presso un Pronto soccorso;
- recarsi fisicamente presso il SUA, lo sportello di accesso ai servizi, sito presso una delle Case della comunità dislocate sul territorio, oppure presso il PUA, collocato preferibilmente a livello distrettuale e/o presso le Case della comunità Hub.

All'interno della rete dei servizi territoriali, le Case della comunità rivestono un ruolo centrale in quanto offrono, da un lato, la funzione di filtro di accesso e di indirizzo dei pazienti ai servizi offerti sul territorio e, dall'altro lato, assicurano l'integrazione e l'interconnessione delle varie figure professionali, attraverso la promozione del lavoro di équipe.

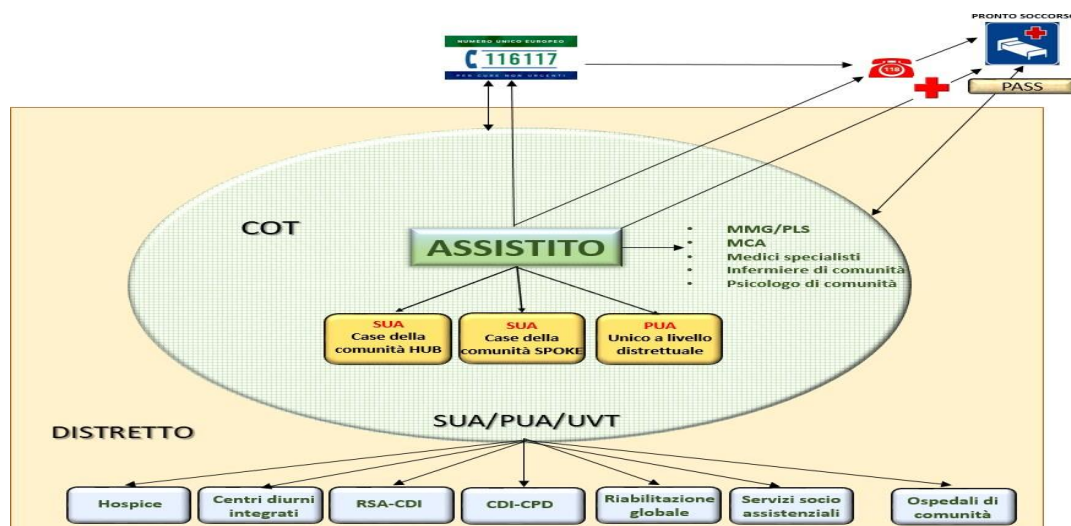


Figura 12 -Fonte DGR 9/22 del 24/03/2022

### **3.4.1 CASE DI COMUNITA'**

La citata L.R. 24/2020 ha definito la Casa della salute, declinata in Case della comunità dalla normativa nazionale, quale struttura ausiliaria territoriale del Servizio sanitario regionale, che raccoglie l'offerta extra- ospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale. L'art. 44, comma 1, sancisce che *"La Regione, con l'obiettivo di qualificare l'assistenza territoriale al servizio della persona, di integrare i processi di cura e di garantire la continuità assistenziale, individua nella casa della salute la struttura che raccoglie in un unico spazio l'offerta extra-ospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi"*.

La Casa della comunità (CdC) è una struttura fisica in cui operano i team multidisciplinari e professionali di MMG, PLS, medici specialistici, infermieri, psicologi, assistenti sociali e altri professionisti della salute. Costituisce il punto di riferimento continuativo per la comunità, anche attraverso l'utilizzo di un'infrastruttura informatica, e inoltre, prevede, al suo interno, un servizio dedicato alla raccolta del bisogno da parte del cittadino (SUA) per le valutazioni multidimensionali (UVT). La CdC può inoltre prevedere i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari, e, ove non presenti Consultori familiari, si prevede l'introduzione della figura dell'Ostetrica di Comunità. I MMG e i PLS possono svolgere le attività ambulatoriali presso le Case della comunità in appositi spazi dedicati, mantenendo comunque la capillarità territoriale dei loro ambulatori.

Le Case della comunità, 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.

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.

L'art. 44, comma 3, lett. c) dispone, inoltre, che le Case della comunità svolgano, tra le altre, la funzione di promozione del *"lavoro di équipe tra le varie figure professionali: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale, specialisti ambulatoriali, personale sanitario, socio-*



*sanitario e tecnico-amministrativo, operatori sociali”.*

Al fine di favorire maggiormente l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi, il DL. n. 34/2020, convertito in L.17 luglio 2020, n. 77, ha introdotto la figura dell'Infermiere di famiglia e comunità, con l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, promuovendo una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La Regione Sardegna intende prevedere un infermiere di comunità ogni 2.000-2.500 abitanti.

La Regione Sardegna, avvalendosi delle risorse messe a disposizione dalle linee di finanziamento nazionali e regionali, intende intraprendere un percorso di investimenti nell'ambito delle attività distrettuali volto all'implementazione delle Case della comunità, o il loro sviluppo laddove esistenti, sia per quanto concerne gli aspetti organizzativi che per quelli strutturali.

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

Si prevede che per ogni distretto di circa 100.000 abitanti sia presente una Casa della comunità *hub* e almeno 3 Case della comunità *spoke*, per favorire la capillarità dei servizi sul territorio ed un equo accesso alle cure.

Nel corso del triennio l'Azienda proseguirà l'azione avviata nel 2022 per la realizzazione delle COT e la realizzazione dei progetti finanziati a valere sulle risorse del PNRR come di seguito indicati:

<b>CASE DI COMUNITA'</b>
CASA DI COMUNITA' N. 01 HUB DISTRETTO DI SASSARI, EX INAM VIA TEMPIO 5 SASSARI
CASA DI COMUNITA' N. 02 SPOKE DISTRETTO DI SASSARI, PAD. C DEL COMPLESSO EX OSPEDALE CONTI
CASA DI COMUNITA' N. 03 SPOKE DISTRETTO DI SASSARI, EX CARCERE MANDAMENTALE DI PORTO TORRES, SITO IN LOC.
CASA DI COMUNITA' N. 04 SPOKE DISTRETTO DI SASSARI, VIA E. TOTI 11 PERFUGAS (SS)
CASA DI COMUNITA' N. 01 HUB DISTRETTO DI ALGHERO, POLIAMBULATORIO DI VIA DEGLI ORTI 93 ALGHERO (SS)
RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA DEL COMPLESSO DENOMINATO EX OSPEDALE MANAI, SITO IN CORSO V. EMANUELE S.N.C. BONORVA (SS), DA DESTINARE A CASA DI COMUNITA' N. 02 SPOKE DISTRETTO DI ALGHERO
RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA DI UNA PORZIONE DELL'EDIFICIO EX OSPEDALE ALIVESI, SITO IN VIA OSPEDALE S.N.C. ITTIRI (SS), DA DESTINARE A CASA DI COMUNITA' N. 03 SPOKE DISTRETTO DI ALGHERO,
SOPRAELEVAZIONE DI UNA PORZIONE DELL'EDIFICIO PAD. C DELL'OSPEDALE A. SEGNI, SITO IN VIA COLLE DEI CAPPUCCINI S.N.C. OZIERI (SS), DA DESTINARE A CASA DI COMUNITA' N. 01 HUB DISTRETTO DI OZIERI
CASA DI COMUNITA' N. 02 SPOKE DISTRETTO DI OZIERI, POLIAMBULATORIO DI BONO, VIA S. FRANCESCO S.N.C. BONO
RIST. EDILIZIA - DEMOLIZIONE/RICOSTRUZIONE E AMPLIAMENTO DEL POLIAMBULATORIO DI CASTELSARDO, SITO IN VIA COLOMBO 6 CASTELSARDO (SS), DA DESTINARE A CASA DI COMUNITA' N. 05 SPOKE DISTRETTO DI SASSARI
COLOMBO 6 CASTELSARDO (SS), DA DESTINARE A CASA DI COMUNITA' N. 05 SPOKE DISTRETTO DI SASSARI



### **3.4.2 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI**

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento della rete territoriale è rappresentato dalla Centrale operativa territoriale (COT) che funge da raccordo tra i servizi offerti e i professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali. La COT quindi, facilita ed ottimizza la presa in carico della persona, attivando i vari professionisti coinvolti e le risorse della rete assistenziale più idonee al soddisfacimento del bisogno socio- sanitario.

Il sistema SUA/PUA rappresenta la porta d'accesso al sistema, che accoglie ed ascolta le esigenze dell'assistito e attraverso la lettura del bisogno di salute, offre risposte assistenziali personalizzate e proporzionali all'intensità di cura.

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

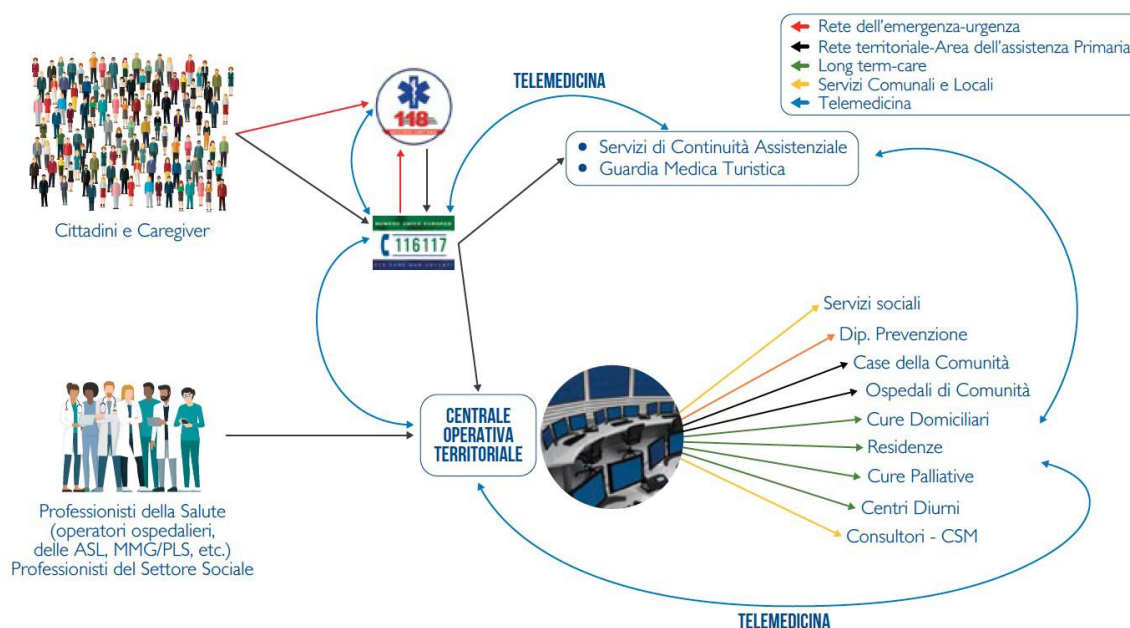
Il bacino di utenza della COT, individuato sulla base delle funzioni sopra descritte, corrisponde orientativamente al bacino di utenza media di un distretto ma può comunque avere anche una valenza aziendale. Lo stesso, pertanto, da un lato non dovrà essere troppo esteso in quanto deve essere accessibile a tutti i professionisti della salute operanti su quello specifico territorio, dall'altro non dovrà essere eccessivamente ristretto in quanto deve comunque garantire un livello di efficienza tale che consenta di disporre di tutte le strumentazioni tecnologiche e di telemedicina necessarie a garantire le sue funzioni e a migliorare la qualità dell'assistenza (ad es. attività di telemonitoraggio, di regolazione dei device da remoto, etc.), nonché la presenza dei diversi servizi e strutture tra cui svolgere le funzioni di coordinamento e raccordo. Sulla base di ciò, si ipotizza quindi un bacino di utenza di livello distrettuale o sovradistrettuale quando questo non raggiunge i 100.000 abitanti.

Il personale infermieristico della COT, che si ipotizza di almeno 5 infermieri/Infermiere di famiglia e comunità (IFeC) per un distretto standard di 100.000 abitanti, afferisce dal punto di vista operativo a un coordinatore che è il responsabile del funzionamento, mentre dal punto di vista gerarchico afferisce direttamente al direttore di distretto essendo un servizio a valenza distrettuale o al direttore delle cure primarie di riferimento di quel distretto.

L'IFeC è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in stretta collaborazione con tutti i professionisti presenti

nella comunità in cui opera. L'IfeC 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.

La Regione, anche avvalendosi delle risorse messe a disposizione dai fondi nazionali e regionali, intende promuovere l'attivazione di 24 COT, la cui realizzazione deve avvenire in coerenza con un modello organizzativo che tenga conto anche di quanto già disposto dall'Accordo Stato-Regioni del 2016, nonché degli ulteriori impegni europei per l'attivazione del Numero unico europeo per le cure mediche non urgenti 116117.



### 3.4.3 OSPEDALI DI COMUNITA'

L'Ospedale di comunità (OdC), come previsto dalla normativa vigente, svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la fondamentale finalità di evitare i ricoveri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei ai bisogni socio-sanitari del paziente e più prossimi al domicilio. L'Ospedale di comunità rappresenta una struttura intermedia tra le Case di comunità e gli ospedali, destinata ai pazienti che necessitano di interventi sanitari a media e bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Sono strutture territoriali a degenza breve, massimo 15-30 giorni, rivolte a pazienti con problemi di salute di bassa complessità, che richiedono un'assistenza infermieristica anche notturna e che, per motivi diversi, non possono essere curati al domicilio.

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.

Si prevede un Ospedale di comunità (con uno o due moduli ciascuno di 20 posti letto) ogni 50.000 abitanti, per favorire la capillarità dei servizi sul territorio ed un equo accesso alle cure. Inoltre, la Regione Sardegna ha recepito, con la DGR 48/47 del 10.12.2021, i requisiti autorizzativi e di accreditamento e intende implementare il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni necessari alla messa a regime di tali attività. Avvalendosi delle risorse messe a disposizione dai fondi nazionali e regionali, la Regione intende promuovere l'attivazione di 33 Ospedali di comunità, di cui 13 da finanziare attraverso fondi PNRR mentre i restanti 20 attraverso i fondi FESR.

La successiva tabella n. 98 rappresenta la programmazione regionale degli Ospedali di comunità da finanziare attraverso l'investimento 1.3) del PNRR, Missione 6 Componente 1. Sulla base dei fondi stanziati dal PNRR, la Regione Sardegna intende realizzare 13 Ospedali di comunità.

<b>OSPEDALI DI COMUNITA' ASL SASSARI</b>
OSPEDALE DI COMUNITA' N.01 DISTRETTO DI SASSARI, COMPLESSO EX IPAB SAN GIOVANNI BATTISTA DI PLOAGHE, LOCA. DOMAIORE S.N.C. PLOAGHE (SS)
OSPEDALE DI COMUNITA' N.02 DISTRETTO DI SASSARI, PADIGLIONE D DEL COMPLESSO EX OSPEDALI CONTI, SITO IN VIA GIAGU 7 SASSARI
OSPEDALE DI COMUNITA' N.03 DISTRETTO DI SASSARI, COMPLESSO EX VILLAGGIO SAN CAMILLO, SITO SULLA S.P. N. 200 S.N.C. SASSARI (SS)
OSPEDALE DI COMUNITA' N.04 DISTRETTO DI SASSARI, DISTRETTO DI OZIERI, PAD. B DELL'OSPEDALE A. SEGNI, VIA COLLE DEI CAPPUCCINI S.N.C. OZIERI (SS)

### **3.4.4 HOSPICE**

Con la deliberazione n. 33/32 del 08.08.2013, la Giunta regionale ha approvato le "Linee guida per lo sviluppo della rete di Cure palliative nella regione Sardegna", al fine di incrementare l'offerta di tali cure in ambito domiciliare e residenziale, di definire le modalità di presa in carico e accompagnamento dei pazienti che necessitano di cure palliative nel corso di tutte le fasi della malattia.

Alla luce delle nuove disposizioni nazionali in materia, il presente Piano socio-sanitario intende potenziare lo sviluppo di un modello di rete interaziendale, già avviato nel 2013, in maniera coerente con le recenti linee guida nazionali e con il nuovo sistema degli accreditamenti, e garantendo cure palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo percorso, per ogni età e in ogni luogo di cura. La Rete delle cure palliative, per la quale la Regione ha attivato diversi percorsi formativi sia di livello aziendale sia di livello universitario, è interconnessa alle reti clinico assistenziali.

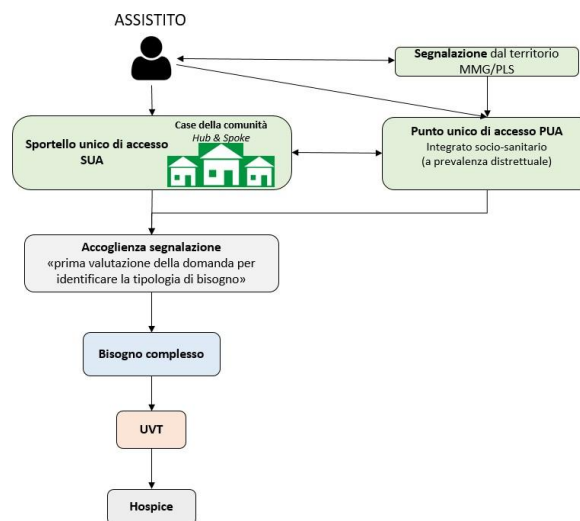
Per rete interaziendale si intende l'insieme delle prestazioni che garantiscono l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio e realizzazione di un percorso di cure palliative all'interno di ogni singola azienda sanitaria. In ogni rete aziendale di cure palliative il coordinamento è garantito a livello territoriale e al suo interno vanno sviluppate le interconnessioni tra i servizi territoriali e ospedalieri, sanitari e sociali, pubblici e privati.

Con Deliberazione di Giunta regionale n. 3/19 del 15.01.2019, sono state approvate le Linee di indirizzo per il rafforzamento della Rete di cure palliative della Regione Sardegna. Il programma di rafforzamento della rete di cure palliative, che verrà attuato con successivi atti attuativi, conferma come luogo privilegiato di cura, ove possibile, il domicilio dell'assistito quale modalità di assistenza più accessibile e gradita ai malati dell'offerta palliativa e, inoltre, intende garantire a livello locale la continuità delle cure nell'ambito dei diversi livelli assistenziali (domicilio, hospice, ospedale, ambulatorio).

Con D.G.R. n. 46/28 del 03.09.2025 è stato approvato il documento "Piano di potenziamento della Rete regionale di cure palliative 2024", che pone come obiettivi principali l'aumento della copertura del fabbisogno di cure palliative, l'incremento dei servizi e il potenziamento del personale dedicato alle cure palliative.

La UVT elabora un'offerta di servizi all'assistito attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI) che, a seconda del bisogno di cura individuato dalla UVT, attiva il servizio specializzato per le Cure domiciliari e per le Cure palliative. L'integrazione funzionale tra le Cure palliative - Hospice con gli altri servizi assistenziali distrettuali avviene grazie al coordinamento e raccordo delle COT.

La figura mostra il percorso dell'assistito per accedere al sistema territoriale delle cure palliative -Hospice.



Nell'ottica dell'implementazione delle cure primarie gli obiettivi annuali si basano sullo sviluppo/implementazione e messa a regime dei due hospice già autorizzati dalla regione a Sorso e Ploaghe attivando uno specifico percorso assistenziale per la presa in carico delle persone nella fase del fine vita, che integri la componente ospedaliera, quella di assistenza residenziale (Hospice) e le Cure palliative domiciliari quale luogo privilegiato di cura, al fine di favorire gli appropriati *setting* assistenziali per gli stadi della patologia e offrire maggiore omogeneità alla risposta assistenziale dell'assistito.

### 3.4.5 INFERMIERE DI COMUNITÀ

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 Comunità" della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità.

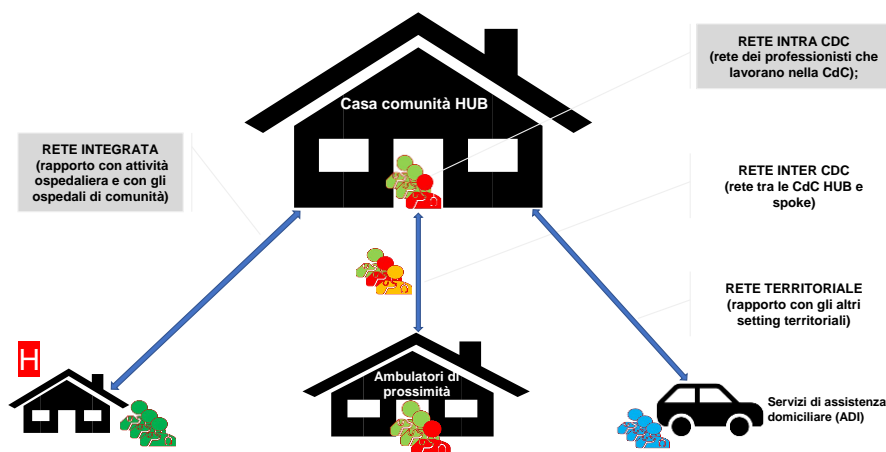
L'Infermiere di Famiglia e Comunità è il professionista che mantiene il contatto con l'assistito della propria comunità in cui opera e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'infermiere di comunità interagisce con tutte le risorse

presenti nella comunità formali e informali. L'infermiere di comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale.

I principali obiettivi strategici da conseguire annualmente proseguire nell'attività formativa del personale, già avviata nel 2022, e l'avvio dell'attività di supporto nell'assistenza sanitaria e negli ambulatori di prossimità di futura attivazione di cui al paragrafo successivo.

### 3.4.6 AMBULATORI DI PROSSIMITÀ

Gli ambulatori di prossimità sono strutture intermedie, presidiate da un infermiere che garantiscono l'assistenza sanitaria territoriale: in tutti i comuni non coperti dalle case di comunità sono punti di riferimento per la asl e per i pazienti anche per i servizi di assistenza domiciliare



Gli ambulatori di prossimità, sono dotati della seguente strumentazione che potrà essere utilizzata dal paziente con l'aiuto dell'infermiere presidiante:

Elettrocardiografo

- Spirometro
- Bilancia impedenziometrica
- Sfigmomanometro
- Punto prelievi e di erogazione di dispositivi di diagnosi rapida senza provetta.

Tali ambulatori sono gestiti in collaborazione con i medici di medicina generale. Oltre ai dispositivi medici sarà possibile programmare e eseguire televisite, telemonitoraggi attraverso la piattaforma e con il supporto in loco delle professioni sanitarie ASL.

### **3.5 SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE, LE DIPENDENZE PATOLOGICHE E LA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

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

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

In tale contesto risulta fondamentale intercettare precocemente il bisogno di Salute Mentale, creando una rete di prossimità che coinvolga i diversi professionisti del settore (Psichiatri, Infermieri, Terapisti, Neuropsichiatri, Psicologi, Educatori, ecc.), le Case di Comunità (MMG, PLS, Infermieri di Comunità e altre professioni, MCA, Consultori Familiari, ecc.) e la rete territoriale (Scuole, Servizi Sociali, Terzo Settore) e che diffonda la cultura di Salute Mentale di Comunità proattiva e volta all'intervento precoce al verificarsi del bisogno evitando la sua insorgenza o promuovendo il concetto di recupero.

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale evidenzia la necessità di lavorare per progettare interventi 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.

L'OMS sottolinea l'importanza e l'urgenza di agire con programmi di promozione e prevenzione della salute mediante approcci e strategie multilivello, considerando che un mancato o ridotto trattamento delle problematiche di salute nell'adolescenza determinano, in età adulta, la compromissione del ben-essere e incidono sulla possibilità che la persona possa condurre una buona qualità della vita. In tal senso intendendo offrire risposte alle diverse forme di disagio, in particolare a quella giovanile che necessita di soluzioni e percorsi innovativi, in considerazione della carenza, nel Nord Sardegna, di servizi residenziali destinati ai minori, si prevede l'avvio della sperimentazione di una Comunità residenziale di tipo socio-sanitario, ad elevata integrazione sanitaria, per l'inserimento di minori e giovani adulti con disagio psichico

e/o problematiche di dipendenza in carico ai servizi sanitari, sociali ed ai servizi della giustizia minorile.

Le linee programmatiche per il prossimo triennio sono finalizzate alla:

- Intercettazione del 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;
- Percorsi a differente intensità assistenziale in rapporto ai bisogni di cura;
- Servizi flessibili, orientati sui bisogni delle persone.
- Comunità Minori: per la prevenzione del deterioramento della salute psicologica, sociale ed educativa giovanile.

### **3.5.1 Presidio delle Fragilità**

Intervenire con tempestività sulle fragilità dei giovani per prevenire il consolidarsi di situazioni di disagio più profonde, appare uno degli obiettivi principali della programmazione futura aziendale. Per questo, prevenzione e ascolto attivo sono strumenti, per un approccio che mette al centro il benessere emotivo, sociale ed educativo, che possa accompagnare i ragazzi nel loro percorso di crescita. Ottimizzare la rete integrata socio-sanitaria una migliore presa in carico globale della persona, appare una modalità operativa perseguibile.

### **3.5.2 Potenziamento Centri Socio Sanitari**

Negli ultimi anni si è osservato un incremento delle segnalazioni da parte delle famiglie e dei servizi territoriali, che richiedono non solo interventi clinici mirati, ma anche percorsi integrati di carattere educativo, sociale e riabilitativo.

Il passaggio dall'età evolutiva a quella adulta rappresenta un momento particolarmente delicato, caratterizzato dal rischio di interruzione della continuità assistenziale e dalla carenza di servizi dedicati. In particolare, la scarsità di strutture territoriali per giovani adulti con disabilità derivanti da condizioni neuropsichiatriche multifattoriali, evidenzia la necessità di creare nuovi spazi ove offrire un supporto continuativo, personalizzato e integrato alle persone con disturbi del neurosviluppo, disturbi del comportamento o altre condizioni neuropsichiatriche-legate anche ad alterazioni genetiche (sindromiche), favorendo l'inclusione sociale, migliorando la qualità di vita delle famiglie e sostenendo attivamente i caregiver nel loro ruolo educativo e assistenziale.

Al contempo, l'attuale contesto socio-demografico in rapido invecchiamento e con un numero crescente di persone parzialmente autosufficienti con necessità di assistenza, richiede strategie complesse e filiere di servizi che possano affiancarsi alla vita della persona fragile, della famiglia e dei caregiver, nel loro delicato e gravoso compito di cura.

Parallelamente risulta necessario incrementare la rete dei servizi di solidarietà e del volontariato nel percorso di assistenza e di sostegno delle fragilità con interventi mirati e multisettoriali e,



più in generale, con politiche di welfare ad ampio spettro.

Offrire, un'assistenza socio-sanitaria varia e flessibile rispondendo ad un'esigenza concreta del territorio, garantendo periodi temporanei di assistenza residenziale umanizzata alle persone fragili e offrire sollievo ai caregiver o familiari, spesso in condizione di stress psicofisico o temporanea indisponibilità, utilizzando un modello di cura che mette al centro la persona nella sua interezza, promuovendo non solo il supporto socio sanitario, ma anche la dimensione relazionale, emotiva e ambientale dell'assistenza.

### **3.5.3 Sportello nuove Dipendenze (dipendenze senza sostanze)**

La prevenzione, l'intercettazione precoce, la presa in carico personalizzata e il trattamento specialistico delle nuove dipendenze definite "senza sostanze", rappresentano ambiti prioritari di intervento, da attuare attraverso la collaborazione tra servizi sanitari, sociali ed educativi, in un'ottica di prossimità e accessibilità.

Le **dipendenze da social media e videogiochi** sono forme di disagio sempre più diffuse nella popolazione generale in particolare tra i giovani, legate a un uso compulsivo delle tecnologie digitali. L'iperconnessione ai social può generare ansia, bisogno costante di approvazione e progressivo isolamento, mentre l'abuso di videogiochi compromette la gestione del tempo, le relazioni reali e il benessere psico-fisico. Pur diverse tra loro, entrambe riducono la qualità della vita quotidiana e richiedono interventi educativi capaci di promuovere consapevolezza, equilibrio e relazioni autentiche.

Al contempo, il **disturbo da gioco d'azzardo** (o gambling disorder) è una forma di dipendenza comportamentale classificata all'interno dei disturbi del controllo degli impulsi, particolarmente diffusa nella popolazione generale. Può manifestarsi attraverso un coinvolgimento persistente, ricorrente e disfunzionale in attività di gioco – come scommesse, lotterie, slot machine o piattaforme online – che tende a compromettere significativamente il funzionamento personale, familiare, lavorativo e sociale. Il disturbo è spesso caratterizzato da una progressiva perdita di controllo, una crescente tolleranza e dalla persistenza del comportamento nonostante le conseguenze negative. La natura insidiosa e spesso sommersa di questa condizione rende fondamentale l'attivazione di strategie territoriali di prevenzione, sensibilizzazione precoce e presa in carico multidisciplinare, garantendo percorsi di cura appropriati, azioni di sensibilizzazione diffuse e un monitoraggio costante del fenomeno, in linea con le indicazioni nazionali e le evidenze scientifiche.

## **3.6 TELEMEDICINA**

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione (es. BUL, 5G). Gli ambiti nei quali la Telemedicina viene applicata sono diversi e, a seconda del settore medico, assume nomi differenti, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: teleradiologia, teleassistenza domiciliare,

telecardiologia, telepatologia, teledermatologia, teleriabilitazione, teleconsulto, ecc.

Nell'ambito della specialistica ambulatoriale le interazioni a distanza possono avvenire tra medico e paziente oppure tra medici o tra medici e altri operatori sanitari, in particolare si distinguono:

- televisita: il medico interagisce a distanza con il paziente con l'eventuale supporto del caregiver, può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. Durante la televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente, può assistere il medico. Se tale visita anche a distanza garantisce tutti i requisiti di quella erogata in presenza, può essere considerata come prestazione specialistica ai sensi della normativa vigente;
- teleconsulto: è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente, consulenza a distanza fra medici. Questa attività si considera come parte integrante dell'attività lavorativa dei medici e degli specialisti e come quella effettuata in presenza, non necessita di una remunerazione a prestazione, pertanto di una tariffa ad hoc;
- telecooperazione: assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad un altro medico o altro operatore sanitario impegnato in un atto sanitario. Questa attività a seconda dei casi può essere ricondotta ad una delle precedenti, in particolare ad una visita multidisciplinare o ad un teleconsulto.

All'interno del Piano strategico per il rafforzamento della sanità del territorio, che basa le sue radici nella profonda revisione della struttura organizzativa del Sistema sanitario regionale così come disegnata dalla LR 24/2020, si evidenzia una forte connotazione distretto-centrica (distretti, ospedali di comunità, case della comunità, assistenza domiciliare, ecc.) a sostegno di un rafforzamento dell'ambito territoriale in favore di una sanità distribuita, più vicina al vissuto quotidiano dei cittadini, con la cura erogata in prossimità del paziente e meno incentrata sull'ospedale.

La Asl di Sassari, in sinergia con quanto programmato dalla Regione in materia, si propone per il triennio 2026-2028 di proseguire con i progetti già avviati e di dare seguito alle indicazioni regionali introducendo la telemedicina nell'attività assistenziale con particolare riferimento al ruolo delle COT.

## 4. INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

L'organizzazione ospedaliera in Sardegna sconta una carenza di programmazione e governocomplessiva 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 diservizi sociosanitari di tipo ospedaliero.

L'Asl di Sassari 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.