ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

Allegato 1

ASL ORISTANO

Programma Sanitario Triennale 2027-2029

Sommario

Parte I - Il contesto di riferimento 3
A. Elementi identificativi dell'azienda sanitaria 3
B. Missione e visione dell'Azienda Sanitaria 4
C. Contesto territoriale e demografico 7
C.1 Il contesto epidemiologico 11
C.2 Il territorio e la distribuzione delle strutture 17
D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria 26
Parte II - La Programmazione sanitaria triennale 35
A. Indirizzi strategici aziendali 35
B.1 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica. Offerta di prestazioni e servizi 37
B.2 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa 47
B.3 Area dell'assistenza distrettuale. Offerta di prestazioni e servizi 54
B.4 Area dell'assistenza distrettuale - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa 75
B.5 Area dell'assistenza ospedaliera. Offerta di prestazioni e servizi 94
B.6 Area dell'assistenza ospedaliera - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa 102
B.7 Obiettivi trasversali a tutti i livelli assistenziali 107
C. Acquisti e installazioni elettromedicali per l'assistenza ospedaliera e territoriale 110
Parte III - La Programmazione economica-patrimoniale 134

Parte I - Il contesto di riferimento

A. Elementi identificativi dell'azienda sanitaria

L'Azienda Sanitaria Locale n.5 di Oristano venne costituita una prima volta in data il 01.10.1995 ai sensi della LR n.5 del 26.01.1995. A decorrere dallla data del 01.01.2017 è stata accorpata all'Azienda per la Tutela della Salute ai sensi della LR n. 23 del 17.11.2014 e della LR n. 17 del 27.07.2016 e trasformata in Area Socio Sanitaria Locale.

Con Delibera della Giunta Regionale n. 46/28 del 25.11.2021 è stata costituita l'Azienda socio-sanitara locale (ASL) n.5 di Oristano a far data dal 01.01.2022 e individuata la sua sede legale nella via Carducci 35 di Oristano. Con le Delibere del Direttore Generale n. 463 del 5.12.2022 e n. 26 del 24.01.2023 è stato adottato l'Atto Aziendale della ASL di Oristano.

La sede Legale della Azienda socio-sanitaria locale di Oristano è in via Carducci n. 35, 09170 Oristano (OR), P.IVA/C.F.: 01258180957. Il sito ufficiale dell'Azienda è "www.asl5oristano.it", PEC: protocollo@pec.asloristano.it

Il logo aziendale è il seguente:

ASLOristano
Azienda socio-sanitaria locale

B. Missione e visione dell'Azienda Sanitaria

L'azienda sanitaria di Oristano assume come principi generali della propria missione la promozione, il mantenimento e il miglioramento della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente, a qualsiasi titolo, nel proprio ambito di competenza territoriale, al fine di consentire la migliore qualità della vita possibile e la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza mediante programmi e azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio-assistenziale nazionale e regionale, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza, economicità, adeguatezza e qualità.

In quanto promotrice di politiche per la tutela della salute nella più ampia accezione, la ASL di Oristano ricerca il contributo dell'insieme degli attori, istituzionali e non, capaci di contribuire al raggiungimento dei propri obiettivi; a tal fine valorizza lo strumento della programmazione partecipata con gli Enti Locali nell'ambito della Conferenza Territoriale socio-sanitaria, con gli organismi di rappresentanza dei cittadini e con le Organizzazioni Sindacali.

L'Azienda soddisfa i bisogni di salute della popolazione attraverso specifici interventi sanitari e socio sanitari, organizzando direttamente o anche acquisendo, presso altre strutture pubbliche o private accreditate, le prestazioni sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo appropriato la domanda espressa da tali bisogni.

Nel perseguimento dei propri scopi istituzionali, l'Azienda conforma la propria azione ai seguenti principi:

- centralità della persona, intesa sia come singolo soggetto, autonomo, responsabile e capace, sia come associazione di persone in comitati o enti impegnati nel settore socio-sanitario, con costante riferimento alla comunità locale e promozione e garanzia di partecipazione dei cittadini e di coordinamento con il sistema degli Enti Locali;
- rispetto della dignità umana, dell'equità e dell'etica professionale;
- perseguimento dei LEA uniformi nel territorio, al fine di ridurre le diseguaglianze nell'accessibilità e fruibilità dei servizi, favorendo l'accesso alle prestazioni da parte degli utenti in modo libero e capillare, con particolare riguardo alle categorie più deboli;
- implementazione delle metodologie del governo clinico, quale strumento per tradurre nella pratica i temi della medicina basata sulle evidenze, dell'appropriatezza e dell'efficacia;
- valorizzazione delle risorse umane volta al massimo sviluppo della professionalità (sviluppi di carriera, formazione, aggiornamento professionale, sistema premiante, ecc.) in un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori, nonché di favorirne la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti;
- promozione dell'umanizzazione dell'assistenza alle persone sofferenti nel rispetto della qualità della vita degli ammalati e dei loro familiari;
- rispetto del principio di trasparenza dell'azione amministrativa, attraverso l'adozione di strumenti finalizzati a snellire i processi decisionali e a semplificare i procedimenti amministrativi di competenza e, pertanto, a

rendere visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati;

- implementazione del necessario e stretto collegamento tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale e della indispensabile integrazione tra assistenza sanitaria e sociale;
- sostenibilità economica dei servizi offerti attraverso la programmazione dell'uso delle risorse disponibili, secondo priorità dettate dal soddisfacimento dei bisogni fondamentali di salute, dall'evidenza scientifica dell'efficacia degli interventi e dalla garanzia di continuità ed integrazione delle risposte;
- individuazione del sistema *budgetario* quale strumento fondamentale di responsabilizzazione sugli obiettivi, sui risultati e sull'adeguato impiego delle risorse, la verifica costante dei risultati raggiunti e il miglioramento permanente degli standard qualitativi;
- costante rafforzamento delle politiche aziendali di valorizzazione dei principi del buon andamento e della legalità, attraverso la cura delle buone pratiche amministrative, il monitoraggio delle aree a maggior rischio corruttivo, nell'accezione lata che ne danno la L. 190/2012 e le disposizioni collegate;
- sviluppo dei processi di assunzione delle complete responsabilità connesse al proprio ruolo professionale, del rispetto delle pari opportunità, della cura di meccanismi di individuazione e immediato sradicamento di comportamenti discriminatori o contrari al benessere organizzativo.

L'organizzazione e il funzionamento dell'azienda nonché l'attività delle diverse strutture organizzative sono improntate ai seguenti criteri:

- integrazione tra strutture/servizi/unità organizzative, caratterizzate da una diffusa interdipendenza nello sviluppo dei processi di assistenza, secondo una logica organizzativa di tipo reticolare e attraverso l'adozione di soluzioni organizzative-gestionali di processo;
- efficienza produttiva, intesa come corretto e razionale utilizzo dei fattori produttivi e delle risorse umane, tecnologiche e strumentali a disposizione;
- efficacia interna (raggiungimento degli obiettivi prefissati in sede di programmazione) ed esterna (soddisfacimento dei bisogni assistenziali della popolazione di riferimento);
- orientamento al dinamismo inteso come sviluppo della flessibilità, dell'innovazione e della propensione al cambiamento organizzativo in funzione delle dinamiche di contesto in logiche di miglioramento continuo della qualità;
- distinzione tra le funzioni della pianificazione strategica, di competenza della Direzione Aziendale e la responsabilità gestionale dei vari livelli organizzativi sulle funzioni di competenza.

La ASL di Oristano assicura nel proprio territorio i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica
- Assistenza distrettuale

- Assistenza ospedaliera

I livelli essenziali di assistenza si articolano nelle attività, servizi e prestazioni di seguito illustrati.

Le Attività di Prevenzione Collettiva della ASL di Oristano sono assicurate dal Dipartimento di Prevenzione, preposto all'organizzazione ed alla promozione, nel territorio, delle attività di prevenzione collettiva e tutela della salute della popolazione mediante la modifica degli stili di vita, il miglioramento dell'ambiente e la prevenzione dei fattori di malattia anche emergenti quali quelli sociali e quelli direttamente legati al concetto di equità.

L'Assistenza Sanitaria Territoriale Distrettuale comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale. In particolare, vengono svolte attività legate alla Medicina di Base, Pediatria e Continuità Assistenziale, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Assistenza specialistica ambulatoriale, Servizi per la prevenzione e cura della salute mentale e delle dipendenze, Servizi Consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, l'assistenza sanitaria essenziale agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio, Assistenza Farmaceutica Territoriale.

L'ASL è divisa in tre distretti che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti:

- Distretto socio-sanitario Ghilarza - Bosa;
- Distretto socio-sanitario Oristano;
- Distretto socio-sanitario Ales – Terralba.

L'Assistenza Ospedaliera assicura la diagnosi e la cura di malattie acute e post acute o che necessitano di interventi d'urgenza e che richiedono il supporto dei reparti specialistici e di base. Le diverse strutture operative sono aggregate in una organizzazione di tipo Dipartimentale.

C. Contesto territoriale e demografico

L'ambito territoriale della ASL di Oristano coincide con la attuale Provincia di Oristano, fatta eccezione per il Comune di Genoni, e comprende 88 Comuni con una estensione di 3.040 Kmq e una popolazione residente all'01.01.2026 di 147.501 abitanti per una densità abitativa di 48.5 abitanti. L'ASL è divisa in tre distretti che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti: Distretto socio-sanitario Ghilarza - Bosa; Distretto socio-sanitario Oristano; Distretto socio-sanitario Ales - Terralba.

Di seguito l'elenco dei comuni con popolazione al 01.01.2026.

Distretto Oristano		Distretto Ales Terralba		Distretto Ghilarza Bosa	
Comune	**Pop.**	**Comune**	**Pop.**	**Comune**	**Pop.**
Allai	333	Albagiara	219	Abbasanta	2.539
Baratili San Pietro	1.194	Ales	1.229	Aidomaggiore	374
Bauladu	613	Arborea	3.701	Ardauli	738
Cabras	8.726	Assolo	321	Bidonì	112
Milis	1.394	Asuni	295	Bonarcado	1.521
Narbolia	1.620	Baradili	80	Boroneddu	135
Nurachi	1.660	Baressa	528	Bosa	7.292
Ollastra	1.067	Curcuris	289	Busachi	1.099
Oristano	29.888	Genoni	716	Cuglieri	2.411
Palmas Arborea	1.494	Gonnoscodina	421	Flussio	386
Riola Sardo	1.955	Gonnosnò	673	Fordongianus	797
Samugheo	2.636	Gonnostramatza	777	Ghilarza	4.038
San Vero Milis	2.414	Laconi	1.589	Magomadas	594
Santa Giusta	4.558	Marrubiu	4.499	Modolo	170
Siamaggiore	848	Masullas	979	Montresta	434
Siamanna	735	Mogorella	388	Neoneli	589
Siapiccia	334	Mogoro	3.784	Norbello	1.125
Simaxis	2.120	Morgongiori	597	Nughedu Santa Vittoria	422
Solarussa	2.191	Nureci	282	Paulilatino	2.038
Tramatza	887	Pau	271	Sagama	186
Villanova Truschedu	283	Pompu	217	Santu Lussurgiu	2.150
Villaurbana	1.439	Ruinas	569	Scano di Montiferro	1.360
Zeddiani	1.107	San Nicolò d'Arcidano	2.396	Sedilo	1.919
Zerfaliu	979	Senis	369	Seneghe	1.577
		Simala	281	Sennariolo	153
		Sini	520	Soddì	115
		Siris	227	Sorradile	333
		Terralba	9.550	Suni	968
		Uras	2.598	Tadasuni	125
		Usellus	664	Tinnura	242
		Villa Sant'Antonio	313	Tresnuraghes	1.037
		Villa Verde	258	Ulà Tirso	447
TOTALE	**70.475**	**TOTALE**	**39.600**	**TOTALE**	**37.426**

Tab1.Fonte dati: Demo ISTAT popolazione all'01.01.2026 (dati aggiornati al mese di settembre 2026)

La distribuzione della popolazione nel territorio provinciale è la seguente:

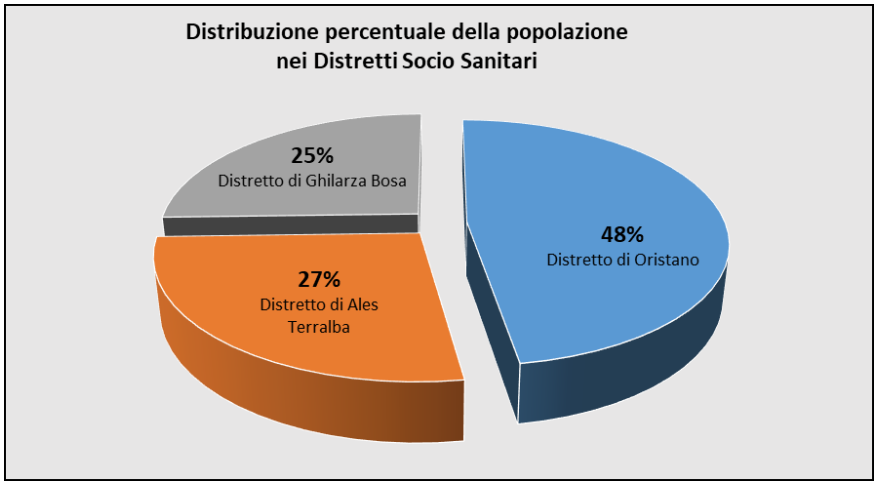


Fig1.Distribuzione della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2026

Negli ultimi due anni (2025-2026), la popolazione residente ha subito una contrazione di 1.123 unità.

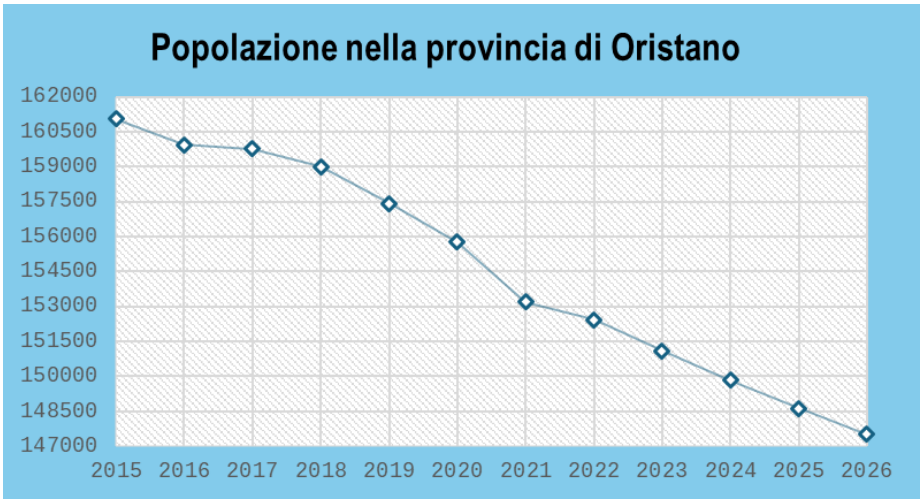


Fig2.Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2015-2026

Indicatore	Oristano	Sardegna	Italia
Totale popolazione	147.501	**1.554.490**	58.942.828
Popolazione 0-14 anni	12.841	**145.699**	6.852.025
Popolazione 15-64 anni	89.319	**972.194**	37.270.303
Popolazione 65 anni e più	45.341	**436.597**	14.820.500
Età media	50,4	**49,6**	47,1
Indice di invecchiamento	30,74%	**28,09%**	25,14%
Indice di vecchiaia	353,1%	**299,7%**	216,3%

Tab2.Elaborazioni su Indicatori strutturali Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2026 (dati del mese di settembre 2026)

Indicatore	Oristano	Distretto ORISTANO	Distretto GHILARZA-BOSA	Distretto ALES-TERRALBA
Totale popolazione	147.501	70.475	37.426	39.600
Popolazione 0-14 anni	12.841	6.089	3.426	3.326
Popolazione 15-64 anni	89.319	43.307	22.205	23.807
Popolazione 65 anni e più	45.341	21.079	11.795	12.467
Indice di invecchiamento	**30,74%**	**29,91%**	**31,52%**	**31,48%**
Indice di vecchiaia	**353,10%**	**346,18%**	**344,28%**	**374,83%**

Tab3.Fonte dati: Demo ISTAT popolazione all'01.01.2026 (dati del mese di settembre 2026)

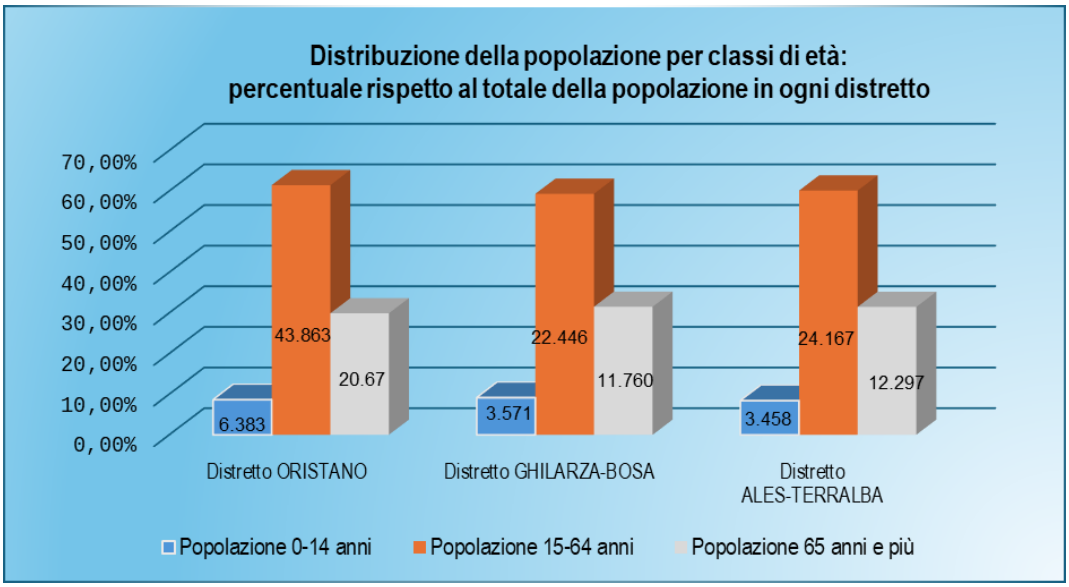


Fig 3.Fonte dati: Demo ISTAT popolazione all'01.01.2026 (dati del mese di settembre 2026)

Tra i tanti fenomeni collegati al processo di trasformazione demografica, si distingue il costante invecchiamento della popolazione, indicatore non solo del crescente fenomeno dell'allungamento della vita e quindi della riduzione della mortalità in età avanzata, ma anche dello scarso rinnovamento generazionale. Tale fenomeno è evidenziato dalla lettura congiunta dei seguenti indicatori.

L'indice di invecchiamento[1] risulta al di sopra del valore regionale e nazionale denotando una maggiore incidenza degli ultra-sessantacinquenni rispetto alla popolazione residente. La popolazione anziana totale risulta pari a 45.315 unità (30,74% sul totale). Il distretto di Ghilarza Bosa presenta l'indice di invecchiamento maggiore all'interno della provincia (31,52%).

L'indice di vecchiaia[2] risulta molto alto sia rispetto al dato regionale ma soprattutto rispetto al dato nazionale; si registrano 353 anziani ogni 100 giovani. Il distretto di Ales Terralba presenta il rapporto tra giovani e anziani più alto della provincia (374,83%).

[1] (Rapporto percentuale tra la popolazione anziana (≥ 65 anni) e il totale della popolazione, moltiplicato per 100)
[2] (Rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100)

Lo Studio di Sorveglianza Passi, (dati nazionali anni 2023-2024), sul tema delle patologie croniche ha rivelato che la condizione di cronicità è più frequente al crescere dell'età (coinvolge il 7% degli adulti con meno di 34 anni, il 12% fra i 35-49enni e il 29% delle persone fra 50 e 69 anni). Inoltre, la cronicità coinvolge di più le persone con status socioeconomico più svantaggiato, con molte difficoltà economiche (29%) o bassa istruzione (33% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare). La condizione di policronicità, ovvero la compresenza di due o più patologie croniche (fra quelle indagate) riguarda, in media, il 4% dei 18-69enni: è più frequente all'aumentare dell'età (viene riferita dall'8% delle persone fra 50 e 69 anni) e tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato, per molte difficoltà economiche (11%) o bassa istruzione (13% tra chi ha nessun titolo o la licenza elementare).

I dati epidemiologici, unitamente a quelli demografici, fanno prevedere per il prossimo futuro un aumento della domanda sanitaria dovuto sia all'invecchiamento della popolazione sia all'alta prevalenza di alcune patologie come quelle cardiovascolari, tumorali o della malattia diabetica con le relative complicanze.
Purtroppo a tale scenario si aggiunge la criticità del sempre crescente numero di sedi carenti di assistenza primaria a livello regionale e nazionale che ha lasciato una parte della popolazione priva di medico di medicina generale e di pediatri di libera scelta, fenomeno che ha riguardato pesantemente la provincia di Oristano.

Nell'osservare gli altri determinanti di salute sulla popolazione della provincia, oltre agli indici strutturali, si può constatare che gli andamenti sul versante dell'occupazione e dell'istruzione non sono sempre positivi.

Il tasso di occupazione della popolazione tra i 20 e i 64 anni registrano nella provincia di Oristano, nell'anno 2025, valori più bassi rispetto alla media nazionale e regionale.

Anno	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Media Nazionale	63	63,5	61,9	62,7	64,8	66,3	67,1	67,6
Sardegna	56,1	57,3	55,2	57	58,6	59,9	61,7	62,3
Oristano	56,6	54,2	56	54	54,2	59,7	62,1	58,8

Tab 4.tasso di occupazione 20-64 anni. Periodo 2018-2025

Rapporto BES edizione 2025: il BES dei Territori

Il dato relativo alla percentuale di persone tra i 15 e i 29 anni che non lavorano né sono inseriti in un percorso di istruzione o formazione della provincia di Oristano, presenta valori alti rispetto alla media nazionale; nel 2024 si registra un trend in riduzione con valori prossimi alla media regionale.

Anno	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Media Nazionale	23,2	22,1	23,7	23,1	19	16,1	15,2
Sardegna	27,6	27,9	26,2	23,6	21,4	19,6	17,8
Oristano	21,6	30,1	28,8	25,8	22,7	17,8	18,1

Tab 5.% di giovani di 15-29 anni che non lavorano né studiano (NEET)

Rapporto BES: il BES dei Territori

La percentuale di 25-64 enni che hanno completato la scuola secondaria di II grado a livello provinciale si dimostra bassa sia rispetto al dato nazionale che regionale ma in incremento nell'ultimo quinquiennio.

Anno	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Media Nazionale	61,8	62,2	62,6	62,7	63	65,5	66,7
Sardegna	51,6	54,2	54,1	54,2	54,6	55	56,8
Oristano	48,9	50,2	46,1	47,2	48,2	48,5	51,7

Tab 6.% di persone di 25-64 anni che hanno completato la scuola secondaria di II grado
Rapporto BES: il BES dei Territori

All'interno del territorio provinciale è presente inoltre un certo grado di disomogeneità sia riguardo alla distribuzione della popolazione nel territorio sia riguardo alla sua struttura: si rileva, infatti, una discreta densità abitativa e di popolazione giovane nonché un maggiore livello occupazionale nei comuni della fascia costiera, soprattutto in quelli dell'hinterland Oristanese, cui si contrappongono una bassa densità, una popolazione prevalentemente anziana e un livello di occupazione più basso nei comuni dell'interno dei Distretti di Ales-Terralba e di Ghilarza-Bosa. Le caratteristiche della popolazione assistita e/o presente presso il territorio aziendale oltre alle peculiarità sui vari distretti essenzialmente legate ai fenomeni di invecchiamento, sono influenzate anche dalla non marginale presenza di popolazione proveniente da Paesi Extracomunitari e dalle variazioni temporanee nel periodo estivo soprattutto per le località balneari dei litorali di Oristano e Bosa.

Una popolazione con indicatori di struttura particolarmente elevati per la parte anziana e la presenza di un quadro socio-economico non favorevole si associa a fenomeni di natura sia sociale sia sanitaria, quali:

- una diminuzione della natalità;
- un aumento della disabilità;
- un aumento dell'isolamento sociale degli anziani;
- un aumento della prevalenza delle patologie cronico-degenerative.

in conseguenza di ciò un aumento della domanda e della spesa sanitaria.

C.1 Il contesto epidemiologico

Le statistiche di mortalità, pur se in maniera indiretta, rappresentano la distribuzione delle patologie più frequenti nella popolazione e permettono di focalizzare l'attenzione sulla domanda delle prestazioni.

«Le statistiche sulle cause di morte costituiscono la principale fonte statistica per definire lo stato di salute di una popolazione e per rispondere alle esigenze di programmazione sanitaria di un paese.» [istat.it]

Nella provincia di Oristano i dati non si discostano in maniera significativa da quelli nazionali e regionali, i gruppi di patologie che maggiormente incidono nella salute delle persone sono infatti le malattie del sistema circolatorio, che rappresntano il 27,45% dei casi rispetto al totale delle cause di morte ed i tumori con il 25,14%. Insieme i due gruppi di patologie sono responsabili di circa il 52,59% di tutti i decessi.

La nuova causa di morte che riguarda il Covid-19 è stata introdotta nel 2020; questa per il 2023 ha una percentuale di mortalità pari al 2,82% nella provincia, in discesa rispetto all'anno precedente.

Percentuali rispetto al totale	2022			2023		
Descrizione	**Oristano**	**Sardegna**	**Italia**	**Oristano**	**Sardegna**	**Italia**
Malattie del sistema circolatorio	24,96%	25,92%	30,85%	27,45%	25,96%	30,94%
Tumori	24,49%	25,45%	24,18%	25,14%	27,49%	26,33%
Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	7,51%	5,26%	4,19%	7,74%	5,53%	4,59%
Malattie del sistema respiratorio	6,73%	6,36%	7,02%	7,39%	7,20%	7,96%
Disturbi psichici e comportamentali	5,78%	5,67%	3,88%	5,18%	5,60%	4,03%
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	5,47%	4,40%	4,68%	4,93%	4,74%	4,76%
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,10%	4,83%	3,82%	4,83%	4,93%	3,85%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	4,20%	4,84%	4,58%	3,82%	5,01%	4,67%
Malattie dell'apparato digerente	3,99%	3,58%	3,35%	3,82%	4,25%	3,60%
Covid-19	6,62%	7,71%	7,15%	2,82%	2,77%	2,39%
Malattie dell'apparato genitourinario	2,10%	1,91%	2,31%	2,31%	2,19%	2,45%
Malattie infettive e parassitarie	2,05%	2,16%	2,34%	2,26%	2,48%	2,66%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,79%	0,69%	0,56%	1,16%	0,78%	0,61,%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,63%	0,73%	0,57%	0,65%	0,60%	0,58%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0,21%	0,20%	0,23%	0,35%	0,24%	0,27%
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	0,37%	0,21%	0,18%	0,15%	0,18%	0,21%
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	n.d.	0,09%	0,09%	n.d.	0,05%	0,09%
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	n.d.	0,00%	0,00%	n.d.	n.d.	0,00%

Tab 7.Cause di morte: Istat 2022-2023

I dati dei decessi per le malattie del sistema circolatorio della provincia di Oristano si attestano su valori inferiori al dato nazionale ma sono più alti rispetto al dato regionale (27,45% Oristano e 25,96% Regione Sardegna).

Nel 2023 il 29% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema circolatorio sono da attribuire alle malattie cerebrovascolari, il 27% ad altre malattie del cuore, il 25% ad altre malattie del sistema circolatorio e il 19% alle malattie ischemiche del cuore (di queste ultime il 53% è da attribuire all'infarto del miocardio acuto).

I dati dei decessi per tumore nella provincia di Oristano (25,14%) sono inferiori nel 2023 rispetto al dato nazionale (26,33%) e inferiori rispetto al dato regionale (27,49%). Il 20% delle cause di morte appartenenti al gruppo dei tumori maligni sono da attribuire ai tumori maligni di trachea, dei bronchi e dei polmoni, il 12,0% ai tumori maligni del colon, del retto e dell'ano, l'11% agli altri tumori maligni, il 10% ai tumori maligni del seno, il 9% ai tumori maligni del pancreas.

Per quanto riguarda la mortalità delle malattie del sistema respiratorio, questa nel 2023 nella provincia di Oristano si attesta su valori pari a 7,39% inferiore rispetto al dato nazionale (7,96%) e sovrapponibile al dato regionale (7,20%). Nel 2023 il 41% delle cause di morte appartenenti al macro gruppo delle malattie del sistema respiratorio sono da attribuire alle malattie croniche delle basse vie respiratorie, seguito da altre malattie del sistema respiratorio (31%) e polmonite (25%).

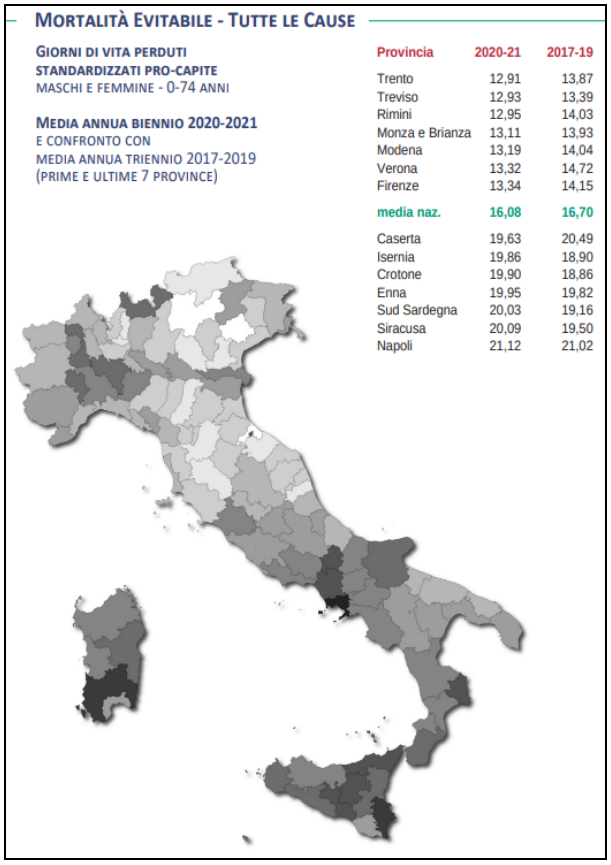


Fig4.MEV(i) ed. 2024

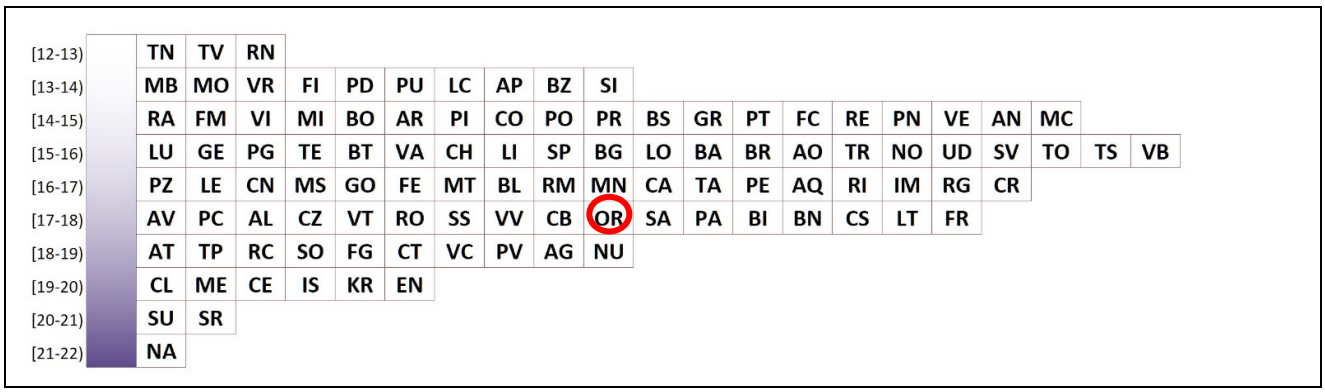
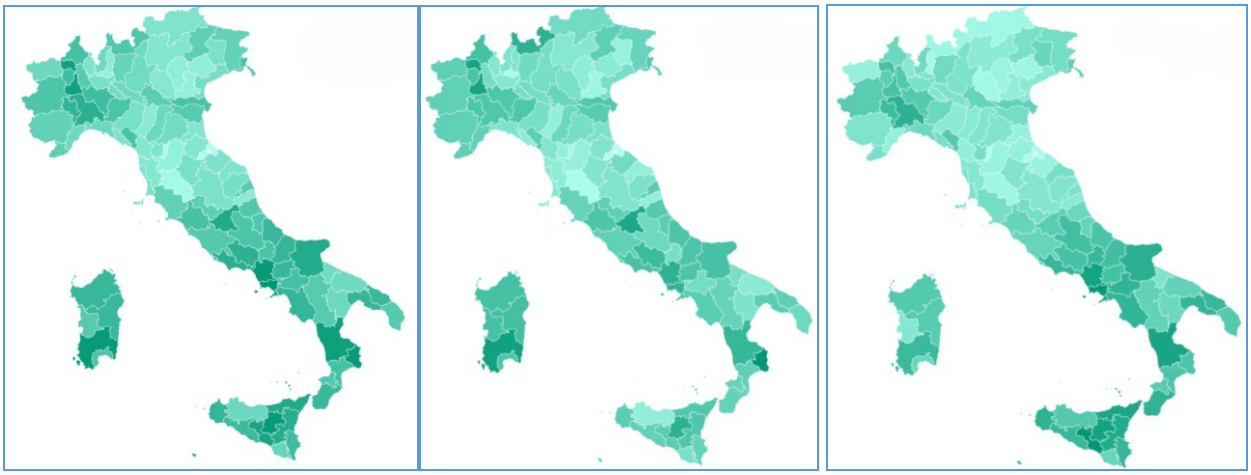


Fig.5.Giorni perduti std pro-capite per mortalità evitabile per provincia - biennio 2020-2021
MEV(i) ed. 2024

L'indicatore sopra rappresentato mostra i giorni perduti standard pro capite per mortalità evitabile per singola provincia italiana nel biennio 2020-2021. In quasi tre quarti delle province si rileva un valore che varia tra i 14 e i 18 giorni, ove si colloca anche la Provincia di Oristano, a fronte di una media nazionale di 16 giorni; la consueta classifica MEV(i) stilata per il complesso dei generi, vede Trento, Treviso, Rimini su valori inferiori ai 13 giorni perduti per mortalità evitabile contro gli oltre 20 registrati nei territori del Sud Sardegna e del Siracusano fino agli oltre 21 rilevati nella provincia di Napoli.

Mortalità 0-74 anni - Giorni di vita perduti x100.000 ab - Anno 2023



Totale delle cause evitabili | Cause prevenibili | Cause trattabili

Fig.6.MEV(i) ed. 2026

Provincia	*Totale delle cause evitabili*	*Cause prevenibili*	*Cause trattabili*
Regione Sardegna	**17,7**	**11,1**	**6,6**
Oristano	16,1	10,7	5,3
Cagliari	16,6	10,5	6,1
Sassari	17,6	10,8	6,8
Nuoro	17,5	10,8	6,7
Sud Sardegna	20,2	12,6	7,5

Tab.8.MEV(i) ed. 2026

L'analisi della mortalità evitabile aiuta a contrastare i decessi prematuri dovuti a cause di morte prevenibili e trattabili. La mortalità prevenibile è evitabile tramite interventi di prevenzione primaria (stili di vita, alimentazione, ecc.) cioè prima dell'insorgenza di malattie o infortuni, per ridurne l'incidenza. La mortalità trattabile è evitabile tramite diagnosi tempestive e cure efficaci, cioè dopo l'insorgenza di malattie, per ridurne la mortalità.

Per quanto riguarda le patologie prevalenti nella Provincia di Oristano il quadro epidemiologico è caratterizzato dall'alta incidenza di patologie autoimmuni, in modo particolare dal diabete tipo 1, sclerosi multipla, artrite reumatoide; primato che è condiviso anche dalle altre province della regione Sardegna.

Le patologie per cui abbiamo questi tristi primati, sono malattie croniche, invalidanti che durano tutta la vita con, alcune, alterne fasi di riacutizzazione e remissione e che hanno una notevole incidenza sulla qualità della vita dei pazienti. Per questi motivi richiedono un follow-up attento, continuo e di buon livello specialistico. Le fasi di riacutizzazione richiedono sovente l'ospedalizzazione per praticare le terapie idonee o monitorare l'andamento della malattia almeno in day hospital.

L'aumento di incidenza del diabete mellito che si configura oramai come una vera e propria epidemia, l'alta prevalenza delle malattie cardiovascolari e l'invecchiamento della popolazione stanno determinando inoltre un forte aumento dell'incidenza di insufficienza renale cronica con necessità di trattamento dialitico.

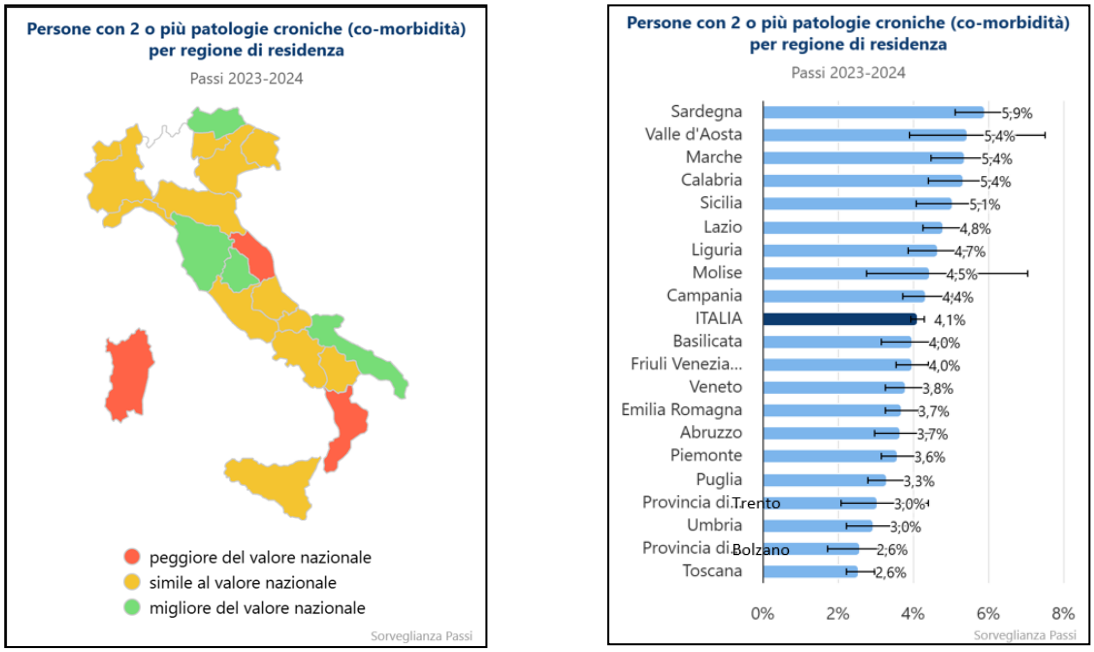


Fig7.Sudio di Sorveglianza PASSI 2023-2024. Dati Standardizzati

Lo studio di sorveglianza PASSI rileva che il 18% delle persone fra 18 e 69 anni intervistate per la sorveglianza PASSI tra il 2023 e il 2024 ha riferito che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi. La stessa percentuale del 18% si osservava nello studio PASSI del biennio 2022-2023.

La variabilità regionale della cronicità negli adulti non descrive un chiaro gradiente geografico, perché si registrano prevalenze più elevate della media nazionale in alcune Regioni del Sud e Isole come in Sardegna (26%), ma anche del Nord come nel Friuli-Venezia Giulia (22%) o del Centro, come nelle Marche (23%) e nel Lazio (20%). Analogamente accade per la policronicità.

La prevalenza di persone con diagnosi di patologia cronica (almeno una fra quelle indagate) sembra immutata dal 2008, ma questo è il risultato di un lento ma significativo aumento nel Nord e una riduzione nel Mezzogiorno, mentre resta

stabile nel Centro, tanto che ad oggi il gradiente geografico si è ribaltato ed è maggiore fra le Regioni del Nord e minore in quelle del Sud. Inoltre, si osserva una sostanziale stabilità sotto i 34 anni e una riduzione nelle classi più mature (50-69enni).

La policronicità che riguarda un numero contenuto di persone mostra una tendenza all'aumento nel tempo, che negli ultimi anni si arresta e annulla le differenze geografiche. La stratificazione per classi di età mostra, come atteso, valori più elevati fra i 50-69enni rispetto ai più giovani ma analoghi trend temporali.

Una migliore comprensione della cronicità e della policronità, nelle sue differenze geografiche, per genere ed età, andrebbe cercata nella lettura integrata di questi dati con i dati di mortalità, complessiva e prematura, per queste stesse cause, e con i dati che esprimono la capacità dei territori di fare prevenzione o prendersi cura dei pazienti dopo una diagnosi di patologia cronica, come quelli desumibili dalle prestazioni ambulatoriali e dalla farmaceutica, o dalle schede di dimissione ospedaliera.

Indicatori - PASSI 2023-2024

	Persone libere da patologie croniche *	Persone con almeno 1 patologie cronica *	Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità) *
Abruzzo	84.7	15.3	3.8
Basilicata	83.6	16.4	4.5
Calabria	85.5	14.5	5.3
Campania	81.6	18.4	4.3
Emilia Romagna	82.9	17.1	3.8
Friuli Venezia Giulia	78.2	21.8	4.2
Lazio	79.7	20.3	4.9
Liguria	80.8	19.2	5.1
Lombardia			
Marche	76.8	23.2	5.5
Molise	83.4	16.6	4.4
Piemonte	82.0	18.0	3.6
Provincia di Bolzano	82.7	17.4	2.4
Provincia di Trento	81.7	18.4	2.9
Puglia	86.2	13.8	3.3
Sardegna	73.7	26.3	6.2
Sicilia	83.6	16.4	4.8
Toscana	83.9	16.2	2.7
Umbria	83.8	16.2	3.1
Valle d'Aosta	80.6	19.4	5.1
Veneto	80.1	19.9	3.9
Italia	**81.9**	**18.1**	**4.2**

peggiore del valore nazionale simile al valore nazionale migliore del valore nazionale

** PASSI indaga la diagnosi riferita delle seguinti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi*

Fig 8.Sudio di Sorveglianza PASSI 2023-2024. Dati Grezzi

L'invecchiamento della popolazione, l'alta prevalenza di alcune patologie come quelle cardiovascolari, tumorali o della malattia diabetica con le relative complicanze fanno prevedere per il prossimo futuro un aumento della domanda sanitaria.

E' pertanto indispensabile agire sul fronte della prevenzione primaria delle malattie, del governo e del riorientamento della domanda e della razionalizzazione dell'offerta di servizi in termini di appropriatezza. Si dovrà quindi qualificare la domanda in rapporto a bisogni reali e documentati da evidenza di efficacia e di sostenibilità sul piano economico, con importanti azioni di sensibilizzazione e promozione dell'appropriatezza prescrittiva, non solo per ciò che concerne l'uso dei farmaci, ma anche per limitare il ricorso, quando non opportunamente giustificato, alle prestazioni specialistiche soprattutto diagnostico-strumentali.

C.2 Il territorio e la distribuzione delle strutture

La ASL di Oristano assicura nel proprio territorio i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

Le Attività di Prevenzione Collettiva della ASL di Oristano sono assicurate dal Dipartimento di Prevenzione, preposto all'organizzazione ed alla promozione, nel territorio, delle attività di prevenzione collettiva e tutela della salute della popolazione mediante la modifica degli stili di vita, il miglioramento dell'ambiente e la prevenzione dei fattori di malattia anche emergenti quali quelli sociali e quelli direttamente legati al concetto di equità.

L'Assistenza Sanitaria Territoriale Distrettuale comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale. In particolare, vengono svolte attività legate alla Medicina di Base, Pediatria e Continuità Assistenziale, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Assistenza specialistica ambulatoriale, Servizi per la prevenzione e cura della salute mentale e delle dipendenze, Servizi Consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, l'assistenza sanitaria essenziale agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio, Assistenza Farmaceutica Territoriale.

L'ASL è divisa in tre distretti che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti:

- Distretto socio-sanitario Ghilarza - Bosa;
- Distretto socio-sanitario Oristano;
- Distretto socio-sanitario Ales – Terralba.

L'Assistenza Ospedaliera assicura la diagnosi e la cura di malattie acute e post acute o che necessitano di interventi d'urgenza e che richiedono il supporto dei reparti specialistici e di base. Sono presenti tre Presidi Ospedalieri Pubblici

(P.O. San Martino di Oristano, P.O. Mastino di Bosa e P.O.Delogu di Ghilarza) e una Casa di Cura Privata Accreditata (Casa di Cura Madonna delRImedio di Oristano). Le diverse strutture operative sono aggregate in una organizzazione di tipo Dipartimentale.

I tre Distretti sono fortemente differenziati quanto a tipologia dell'offerta di servizi sanitari e a presenza di strutture sanitarie pubbliche a diretta gestione aziendale o private accreditate.

Le caratteristiche della struttura orografica e viaria rappresentano elemento di forte limitazione nella possibilità di fruizione da parte della popolazione residente dei servizi offerti; le strade principali sono infatti posizionate in senso longitudinale rispetto all'estensione della Provincia, su un asse che collega i due centri sanitari principali di Cagliari e Sassari che costituiscono, in modo rilevante, poli di attrazione anche per prestazioni a non elevato tasso di specializzazione. I percorsi viari trasversali sono poco sviluppati e spesso tortuosi, non funzionali alle esigenze di rapido e comodo collegamento anche in rapporto alla relativa inadeguatezza dei servizi di trasporto pubblico.

Tale situazione comporta una forte migrazione dei cittadini verso le ASL limitrofe soprattutto per i residenti nei territori di confine provinciale.

Le strutture sanitarie, pubbliche e private, attraverso le quali si provvede all'offerta dei servizi sul territorio aziendale sono distribuite, presso i tre distretti, nella maniera seguente.

Distretto di Oristano

Servizi sanitari 2026 | Dati al 30 settembre 2026

37 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2026) • 3 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2026)

Comune	Strutture pubbliche	Strutture private
Oristano	Ospedale San Martino con Centro Dialisi Centro di Salute Mentale Casa della comunità HUB con Centrale Operativa Territoriale (COT) e con Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Igiene Pubblica Servizi Veterinari Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPRESAL) Servizio Salute e Ambiente Medicina Legale Postazione di Soccorso Avanzato - attivo H24 (MSA con medico a bordo) Postazione di Soccorso di Base (MSB) SER.D Consultorio Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA) Centro FKT Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza Hospice Residenziale e Ambulatoriale Rete Locale Cure Palliative Servizio di Farmacia territoriale Centrale Operativa Territoriale Centro Dialisi Ambulatorio per i disturbi cognitivi e demenze Territorio Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	Casa di Cura Madonna del Rimedio (attività di degenza e specialistica ambulatoriale) Centro polispecialistico 3 Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 2 Laboratori analisi Studio di Radiologia Studio di Cardiologia Centro Diurno Integrato (Assistenza Psichiatrica semiresidenziale) RSA Struttura Residenziale – Assistenza agli Anziani

Comune	Strutture pubbliche	Strutture private
Samugheo	Casa della comunità SPOKE con Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie Ambulatorio Igiene Pubblica Postazione di Soccorso di Base (MSB) Servizi Veterinari	Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
Cabras	Ambulatorio Igiene Pubblica Servizi Veterinari Postazione di Soccorso di Base (MSB) Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Simaxis	Ambulatorio Igiene Pubblica Postazione di Soccorso di Base (MSB) Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Nurachi	Ambulatorio Igiene Pubblica Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Narbolia	Postazione di Soccorso di Base (MSB) Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Palmas Arborea	Servizi Veterinari Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Milis	Servizi Veterinari Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	RSA Struttura Residenziale – Assistenza agli Anziani
Riola Sardo	Postazione di Soccorso di Base (MSB) Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Tramatza	Ambulatorio Igiene Pubblica Casa della comunità SPOKE con ambulatori di specialistica Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Siamanna	Servizi Veterinari Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
San Vero Milis	Postazione di Soccorso di Base (MSB) Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Santa Giusta	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
Solarussa	Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Villaurbana	Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Bauladu	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Zeddiani	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Baratili San Pietro	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Allai	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Ollastra	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Siamaggiore	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Siapiccia	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Villanova Truschedu	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Zerfaliu	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	



Distretto di Ales Terralba

Servizi sanitari 2026 | Dati al 30 settembre 2026

18 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2026) • 3 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2026)

Comune	Strutture pubbliche	Strutture private
Ales	Poliambulatorio Ambulatorio Igiene Pubblica Servizi Veterinari Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) Postazione di Soccorso Avanzato - attivo H24 (MSA con medico a bordo) Centro di Salute Mentale Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA) Consultorio Servizio di Farmacia territoriale Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 per l'infanzia e l'adolescenza Ambulatorio per i disturbi cognitivi e demenze Territorio Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78

Comune	Strutture pubbliche	Strutture private
Terralba	Ambulatorio Igiene Pubblica Poliambulatorio Centro di Salute Mentale Centro FKT Postazione di Soccorso Avanzato - (India con Infermiere a bordo) Postazione di Soccorso di Base (MSB) Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA) Consultorio Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 Ambulatorio per i disturbi cognitivi e demenze Territorio Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	Centro FKT Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 Laboratori analisi
Mogoro	Poliambulatorio Servizi Veterinari Postazione di Soccorso di Base (MSB) Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Morgongiori	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	Struttura Residenziale – Assistenza Tossicodipendenti/Alacoldipendenti
Marrubiu	Postazione di Soccorso di Base (MSB) Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Villa Sant'Antonio	Poliambulatorio Servizi Veterinari Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Laconi	Casa della comunità SPOKE di Laconi con Punto di Continuità Assistenziale Postazione di Soccorso di Base (MSB) Servizi Veterinari Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Siris	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	Struttura Residenziale Alta Intensità - Assistenza Psichiatrica +NPIA Struttura Residenziale Media Intensità – Assistenza NPIA
S. N. d'Arcidano	Postazione di Soccorso di Base (MSB) Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Ruinas	Postazione di Soccorso di Base (MSB) Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Arborea	Punto di Continuità Assistenziale Servizi Veterinari Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Baressa	Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Uras	Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Usellus	Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Albagiara	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Assolo	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Asuni	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Curcuris	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Genoni	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Mogorella	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Nureci	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Pau	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	

Comune	Strutture pubbliche	Strutture private
Senis	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Villaverde	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Baradili	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Gonnoscodina	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Gonnosnò	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Gonnostramatza	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Masullas	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Pompu	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Simala	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Sini	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	



Distretto di Ghilarza-Bosa

Servizi sanitari 2026 | Dati al 30 settembre 2026

16 Medici di Medicina Generale (fonte FLS12/2026) • 1 Pediatri di Libera Scelta (fonte FLS12/2026)

Comune	Strutture pubbliche	Strutture private
Ghilarza	Ospedale Delogu Casa della comunità HUB con Centrale Operativa Territoriale (COT) e Punto di Continuità Assistenziale Ospedale di Comunità Ghilarza Ambulatorio Igiene Pubblica Servizi Veterinari Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPRESAL) Centro FKT Postazione di Soccorso Avanzato - attivo H24 (MSA con medico a bordo) Centri di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 Centro di Salute Mentale Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA) Consultorio Servizio di Farmacia territoriale Centrale Operativa Territoriale Ambulatorio per i disturbi cognitivi e demenze Aziendale Centro Dialisi ad attività limitata Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica Ambulatorio e Laboratorio- Attività Clinica + Assistenza NPIA
Cuglieri	Postazione di Soccorso di Base (MSB) Punto di Continuità Assistenziale Servizi Veterinari Poliambulatorio Centro FKT Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Santu Lussurgiu	Casa della Comunità SPOKE Postazione di Soccorso di Base (MSB) Servizi Veterinari Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Busachi	Servizi Veterinari Poliambulatorio Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	Struttura Residenziale - Assistenza Psichiatrica
Abbasanta	Postazione di Soccorso di Base (MSB) Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	Laboratori analisi Struttura Semiresidenziale - Assistenza Psichiatrica
Fordongianus	Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	Centro Termale
Suni	Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78
Bonarcado	Servizi Veterinari Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Sedilo	Punto di Continuità Assistenziale Servizi Veterinari Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Seneghe	Postazione di Soccorso di Base (MSB) Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Paulilatino	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie Servizi Veterinari	

Comune	Strutture pubbliche	Strutture private
Bosa	Ospedale Mastino Casa della comunità SPOKE con Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Igiene Pubblica Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPRESAL) Ospedale di Comunità Bosa Postazione di Soccorso Avanzato - attivo H24 (MSA con medico a bordo) Postazione di Soccorso di Base (MSB) Ambulatorio per i disturbi cognitivi e demenze Territorio Servizi Veterinari Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA) Centro FKT Centro di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 Centro di Salute Mentale Servizio di Farmacia territoriale Centro Dialisi ad attività limitata Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Ardauli	Punto di Continuità Assistenziale Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Aidomaggiore	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Bidonì	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Boroneddu	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Neoneli	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Norbello	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Nughedu S. Vittoria	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Soddì	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Sorradile	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Tadasuni	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Ulà Tirso	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Flussio	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Magomadas	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Modolo	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Sagama	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Scano di Montiferro	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Sennariolo	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Tinnura	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Tresnuraghes	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	
Montresta	Ambulatorio Straordinario Cure Primarie	

Distretto di Ghilarza-Bosa



*icone: https://www.flaticon.com/authors/magnific
*mappe: https://www.istat.it/storage/cartografia/confini_amministrativi/non_generalizzati/2026/Limiti01012026.zip

- Ospedale Delogu
- Ospedale Mastino
- Punto di soccorso avanzato 118
- Punto di soccorso base 118
- Centro di Salute Mentale
- Casa della comunità HUB
- Casa della comunità SPOKE
- Ambulatorio Igiene Pubblica
- Ambulatorio Straordinario Cure Primarie
- Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA)
- Struttura Residenziale Assistenza Psichiatrica
- Servizio di Farmacia Territoriale
- Centrale Operativa Territoriale
- Centro Dialisi ad attività limitata
- Ambulatorio per i disturbi cognitivi e demenze
- Centro Termale
- Laboratori analisi
- Consultorio
- Poliambulatorio
- Punto di Continuità Assistenziale
- Centro FKT
- Servizi Veterinari
- Centro di Riabilitazione
- Ospedale di Comunità Ghilarza
- Ospedale di Comunità Bosa

*icone: https://www.flaticon.com/authors/magnific

D. Struttura organizzativa dell'azienda sanitaria

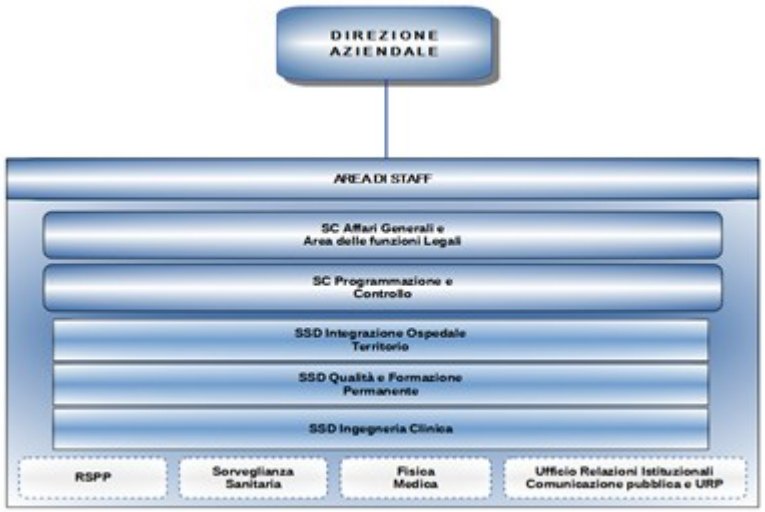
L'attuale struttura organizzativa della ASL n. 5 di Oristano, nelle more dell'adozione del nuovo atto aziendale, è definita dall'Atto Aziendale, adottato dal Direttore Generale con deliberazione n. 26 del 24/01/2023 e dichiarato conforme alle linee guida regionali con DGR n. 3/41 del 27/01/2023, così come previsto dall'art. 16, comma 2, della legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 e ss.mm.ii.

Le tre macro – aree organizzative

L'Atto aziendale della ASL 5 prevede un assetto organizzato strutturato in tre Macro-Aree: lo staff della Direzione aziendale, la tecnostruttura amministrativa e l'area della produzione sanitaria.

Area di Staff

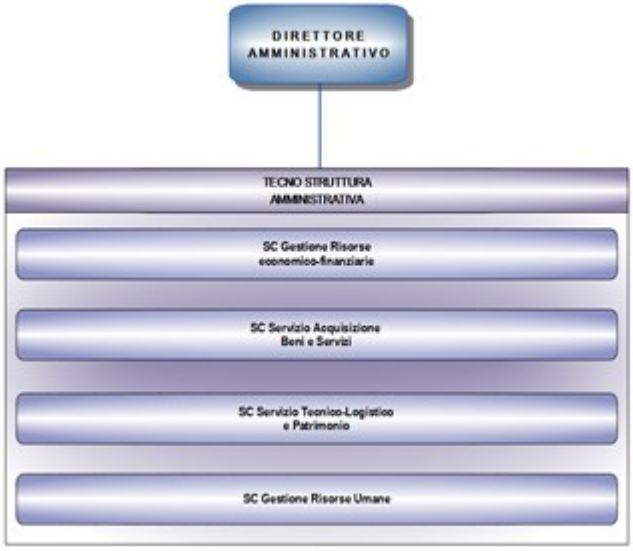
L'Area di Staff supporta la Direzione Aziendale nell'attività di governo, pianificazione strategica, programmazione e controllo, attraverso lo svolgimento delle funzioni inerenti gli affari generali e legali, le relazioni istituzionali, il presidio dei processi di integrazione, qualità, programmazione, controllo, secondo il seguente schema organizzativo.



La Tecnostruttura Amministrativa

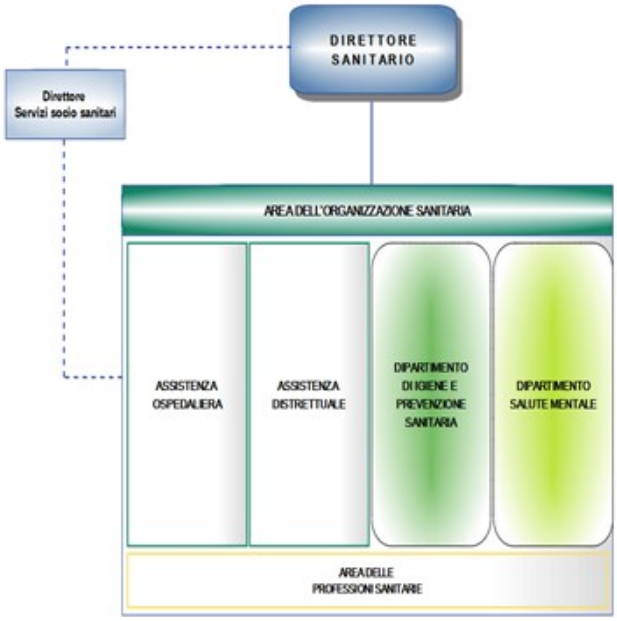
Traduce sul piano operativo i programmi della Direzione strategica attraverso lo svolgimento delle funzioni amministrative in coerenza con il modello organizzativo del SSR di cui alla L.R. 24/2020 e ss.mm.ii.

Tali funzioni sono espletate in maniera da garantire unitarietà e omogeneità delle stesse e massima integrazione dell'azione e dell'informazione; a tal fine l'Area è articolata in un'organizzazione dipartimentale, secondo il seguente modello



Area dell'organizzazione sanitaria

E' costituita dal complesso delle attività sanitarie di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie ospedaliere e territoriali e delle attività di supporto che concorrono direttamente alla suddetta produzione. L'organizzazione sanitaria dei servizi è articolata nei Distretti, nel Presidio Ospedaliero e nei Dipartimenti ospedalieri e territoriali.



Il modello Dipartimentale

Il modello di organizzazione adottato è quello dipartimentale, attraverso il quale viene si intende perseguire, per quanto più possibile, l'aggregazione di compiti, processi e percorsi al fine di razionalizzare le risorse, di realizzare economie di apprendimento o di esperienza, di scala e di gestione e di migliorare la qualità delle prestazioni in coesione multi-professionale.

Il Piano triennale dei Fabbisogni di personale

Modalità operative di predisposizione del documento e finalità della programmazione

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale costituisce l'atto di programmazione che le Pubbliche Amministrazioni sono tenute ad adottare a norma degli artt. 6 e 6 ter del D. lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. nonché il documento propedeutico all'ottimizzazione dell'impiego delle risorse pubbliche e della *performance* secondo i principi-obiettivi dell'economicità, efficienza e qualità dei servizi, inserendosi nei documenti di programmazione previsti dalla normativa vigente, di cui è necessario completamento.

Nell'elaborazione del Piano l'Azienda ha tenuto conto delle direttive fornite dalla RAS con nota prot. 31934 del 15/10/2026 che, a sua volta, ha richiamato le indicazioni operative di cui alla precedente nota 15929 del 21/05/2026.

Nello specifico sono stati utilizzati i seguenti criteri:

- il personale assunto a tempo determinato per attività ordinarie in servizio al 1° gennaio è stato valorizzato tra i posti coperti;
- nell'ambito delle assunzioni previste per il triennio di riferimento sono state valorizzate quelle necessarie a garantire il turnover nonché a garantire la copertura, a tempo indeterminato, dei posti ricoperti in via provvisoria a tempo determinato e sono state incluse le trasformazioni dei rapporti di lavoro che comportano l'inserimento di personale precedentemente esterno alla dotazione organica stabile dell'Azienda (ad esempio, stabilizzazioni di personale con contratti flessibili).

Nel prospetto 2 del PTFP – Quadratura Modello CE Personale Dipendente, sono stati valorizzati, unitamente al costo del personale a tempo indeterminato e determinato individuato nel Prospetto n. 1, a carico del Bilancio dell'Ente e ai valori dei Fondi Contrattuali, i costi del personale a carico di Progetti Finanziati inerenti:

- "Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027", finanziato dal Ministero della Salute e cofinanziato dall'Unione Europea, per il potenziamento dei servizi territoriali nelle aree a maggiore vulnerabilità sanitaria;
- "Piano Nazionale degli Investimenti Complementari – Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima", per l'assunzione di figure dedicate alla gestione integrata delle azioni ambientali e sanitarie;
- Rafforzamento del personale con professionalità sociale dei PUA (DPCM 3 ottobre 2022 – Piano nazionale per la non autosufficienza) - rt.5). DGR n. 7/11 del 28.02.2023 e DGR 06.04.2023, n. 13/64);
- Potenziamento delle Cure palliative domiciliari - D.G.R. 21/12 del 28/12/2012;
- Piani di riassetto organizzativo e di riqualificazione degli SpreSAL;
- Fondo per il Gioco d'Azzardo Patologico (D.M. del 10 luglio 2025);
- Fondo per le dipendenze patologiche (D.M. del 10 luglio 2025 e D.M. del 1 agosto 2025);
- Fondo per le dipendenze patologiche (D.M. del 10 luglio 2025 e D.M. del 1 agosto 2025);
- Fondo per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DM del 15 luglio 2022 e DM del 8 ottobre 2024;
- Piano di vaccinazione per il contenimento della Lumpy Skin Disease;
- Progetto sterilizzazione dei cani delle aziende zootecniche.

La proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni 2027/2029 è parte integrante della delibera di approvazione del Bilancio Preventivo ed è sottoposta, all'esito dell'adozione, all'approvazione Regionale in ottemperanza alle vigenti indicazioni.
L'elaborazione del PTFP 2027/2029 è stata definita, oltre che per soddisfare gli obiettivi di programmazione delineati nel presente documento, anche a partire dall'analisi di contesto delle diverse unità operative e delle relative criticità, effettuata con il concorso dei dirigenti responsabili delle stesse e della dirigenza delle professioni sanitarie e finalizzata ad una prioritaria e necessaria verifica circa l'attuabilità di strategie interne di soddisfacimento del fabbisogno, quali la riallocazione di risorse presso le differenti unità operative, la verifica di possibili cambi di profilo, nel rispetto di quanto previsto dal CCNL del Comparto Sanità, la programmazione, secondo il percorso previsto dal citato CCNL, delle procedure di progressione verticale.
Le principali linee strategiche di reclutamento dall'esterno del personale – da attuarsi nel rispetto della compatibilità economico-finanziaria e alla luce delle indicazioni programmatiche declinate nel Piano della Performance - possono essere ricondotte a:

- copertura del *turn over*, finalizzata ad assumere un numero di unità coerenti con le cessazioni verificatesi;
- superamento delle carenze di alcune tipologie di specialisti medici e di personale del Comparto;
- implementazione degli assetti organizzativi della ASL n. 5 nell'ambito del quale l'Azienda ha inteso privilegiare assetti organizzativi improntati alla multidisciplinarietà e all'integrazione dei processi assistenziali, che consentano, attraverso l'ottimizzazione dei processi di presa in carico e gestione globale del paziente, di razionalizzazione delle risorse e di limitare i livelli di inappropriatezza nell'erogazione delle prestazioni;
- consolidamento del modello organizzativo della sanità territoriale di cui al D.M. 77 del 23/05/2022, che ha previsto l'attivazione, nell'ambito della ASL 5 di Oristano, nel corso del 2026, degli Ospedali di Comunità di Bosa e di Ghilarza e delle Case di Comunità Hub e Spoke, come da Programmazione Regionale;
- valorizzazione e qualificazione del personale del Sistema Sanitario Regionale, nei diversi ruoli e nei vari setting operativi (assistenziali, clinici, amministrativi, gestionali e di supporto);
- superamento del precariato e valorizzazione delle professionalità acquisite dal personale con rapporto di lavoro flessibile attraverso il ricorso alle procedure di stabilizzazione disciplinate dalla normativa vigente - D.L. n. 34/2020, come convertito nella l. 77/2020 e s.m.i., dalla L. n. 234/2021 e s.m.i., L.R. RAS n. 17/2021 e s.m.i.- mediante la trasformazione in rapporti di lavoro a tempo indeterminato delle posizioni lavorative stabili ed istituzionali ricoperte con contratti di lavoro a tempo determinato;
- progressiva riduzione di tipologie di lavoro atipico - in particolare il lavoro interinale – di cui l'Azienda si è avvalsa negli anni appena trascorsi quale strumento immediato e tempestivo per rispondere alle esigenze assistenziali derivanti dall'emergenza Covid19 ed in particolare per sostenere l'avvio e l'implementazione della campagna vaccinale, in correlazione alle difficoltà di arruolamento con gli ordinari strumenti di reclutamento;
- progressiva riduzione del ricorso all'istituto delle prestazioni aggiuntive.

La programmazione del fabbisogno di personale è quindi determinata sulla base di una complessiva analisi dei compiti istituzionali dell'Azienda, in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente, professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, compatibilmente con gli obiettivi previsti dalla

normativa vigente e quelli declinati nella presente programmazione aziendale, nel rispetto della compatibilità economico-finanziaria e dell'obiettivo economico assegnato dalla Regione.

Nell'attuale contesto, la definizione dei fabbisogni ed il correlato reclutamento del personale risultano fortemente condizionati dalle difficoltà di reclutamento per alcune discipline dell'Area della dirigenza sanitaria (Medicina Interna, Medicina Fisica e della Riabilitazione, Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, Radiodiagnostica e Ortopedia) e di alcune professionalità dell'Area del Comparto (in particolare tecnici di Radiologia Medica), che non ha consentito, nel 2026 di soddisfare l'intero fabbisogno programmato nonostante le diverse procedure espletate, con conseguente necessità del ricorso, nel rispetto della normativa vigente, di strumenti alternativi, quali il conferimento di incarichi a tempo determinato, libero professionali o di collaborazione, la stipula di Convenzioni con le altre Aziende del SSR per lo svolgimento di attività di consulenza , nonché l'utilizzo dell'istituto delle prestazioni aggiuntive.

Tale situazione, come rappresentato anche dalla Giunta Regionale nell'ambito della DGR 36/33 del 15/07/2026, di cui si dirà meglio più avanti, "deriva da fattori strutturali che interessano l'intero Servizio sanitario nazionale, tra cui la limitata capacità formativa del sistema universitario e post-universitario, il progressivo pensionamento del personale, la crescente domanda di assistenza correlata all'invecchiamento della popolazione, specie in una Regione, come la Sardegna, con il minor numero di nascite su scala nazionale, e la ridotta attrattività di alcune discipline specialistiche, specie in contesti territoriali "disagiati".

Strategie di reclutamento dall'esterno. Procedure ordinarie e contingenti esteri

La programmazione delle procedure di reclutamento "dall'esterno" è condizionata da un elemento peculiare dell'attuale contesto giuridico-normativo del nostro SSR, ossia la competenza che la legge regionale di riforma n. 24/2020, assegna all'Azienda Regionale della Salute - ARES, in materia.

Infatti, ai sensi dell'art. 3, comma 3, lett. b) della citata normativa, l'ARES è deputata alla gestione centralizzata, per le altre Aziende del SSR, delle procedure di concorso del personale, sulla base delle esigenze rappresentate dalle singole aziende, ferma restando la possibilità di delegare alle aziende sanitarie, sole o aggregate, le procedure concorsuali per l'assunzione di personale dotato di elevata specificità.

In ragione di quanto sopra, sono stati avviati, nell'ambito del Tavolo di Coordinamento dei Direttori Generali delle Aziende del SSR, dei tavoli di confronto finalizzati alla corretta implementazione dei processi sinergici di collaborazione tra le ASL/AO e ARES che consenta, sulla base dei fabbisogni elaborati dalle Aziende, la virtuosa e razionale programmazione delle strategie assunzionali cui ARES dovrà dar corso, sia in termini di priorità temporale, che in termini di scelta della procedura da seguire (mobilità, concorso pubblico, processo di stabilizzazione etc…..).

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 36/33 del 15/07/2026, la Regione ha dettato nuove linee di indirizzo per l'acquisizione di personale sanitario da destinare alle strutture territoriali di cui al D.M. n. 77/2022 e alle strutture ospedaliere del SSR prevedendo l'avvio di nuove procedure di reclutamento sia tramite le ordinarie procedure a tempo indeterminato da parte di ARES che tramite alternative, finalizzate ad iniziative di cooperazione internazionale e mobilità di professionisti sanitari provenienti da paesi extra UE.

Il provvedimento parte dall'assunto che i fabbisogni espressi dalle aziende sanitarie regionali nell'ambito della propria programmazione risultano superiori alla disponibilità di professionisti reperibili attraverso le ordinarie procedure

concorsuali e di mobilità, le quali, pur ripetutamente esperite, non hanno consentito, nelle annualità pregresse, di assicurare una copertura adeguata di tutti i posti vacanti.

Alla luce di quanto sopra, pertanto, la Regione Sardegna ha valutato opportuno procedere all'individuazione di un operatore economico specializzato nell'attività di supporto tecnico-istituzionale, organizzativo, formativo e linguistico, finalizzato a favorire iniziative di cooperazione internazionale e mobilità di professionisti sanitari, anche provenienti da paesi extra Unione Europea, per far fronte all'esigenza strategica di garantire la continuità e la qualità dei servizi sanitari regionali, in un contesto caratterizzato da una persistente insufficienza dell'offerta di professionisti sanitari provenienti dal mercato del lavoro nazionale.

Contestualmente al mandato ad ARES Sardegna per l'avvio di ordinarie procedure di reclutamento a tempo indeterminato (concorsi e mobilità a carattere extraregionale) per l'assunzione di n. 500 medici e n. 1.000 infermieri, è stato dato mandato alla Direzione generale della Centrale Regionale di Committenza, per l'espletamento, di una procedura di gara finalizzata all'individuazione di un operatore economico per attività di supporto tecnico-istituzionale, organizzativo, formativo e linguistico finalizzato ad iniziative di cooperazione internazionale e mobilità di professionisti sanitari provenienti da paesi extra UE, quantificati in n. 200 medici, n. 200 infermieri e n. 50 tecnici di radiologia, da destinare alle strutture territoriali disagiate, di cui al decreto ministeriale n. 77 del 2022, e ai pronto soccorso con meno di 15.000 accessi.
L'espletamento di tale mandato consentirà l'allocazione del personale "estero" reclutato presso la ASL 5 di Oristano, previo adeguamento del Piano triennale del fabbisogno sulla base della programmazione condivisa in ambito regionale.
Un ulteriore strumento di reclutamento che la ASL 5 di Oristano attiverà, tramite ARES Sardegna, per implementare la programmazione del fabbisogno è il ricorso alle procedure previste originariamente dall'artt. 2 ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 (i cui termini sono stati più volte prorogati, da ultimo fino al 31/12/2026) ai sensi del quale, le Aziende e gli Enti del SSN possono procedere al reclutamento, per un periodo di sei mesi, prorogabili, dei medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione.

I processi di sviluppo professionale delle risorse interne.

Sotto altro profilo e, in particolare, con riferimento alla valorizzazione delle competenze professionali acquisite dal personale a tempo indeterminato, si rappresenta che nel corso del 2025 e con programmazione anche per il triennio successivo, la ASL 5 di Oristano ha dato corso alle previsioni della normativa vigente in materia di progressione tra le Aree Contrattuali.

Nello specifico, ai sensi dell'art. 52, comma 1-bis, del D. Lgs. 165/2001, così come modificato dal D.L. 80/2021, convertito con L. 113/2021, è facoltà delle pubbliche amministrazioni prevedere, in sede di programmazione triennale dei fabbisogni di personale, l'attivazione di procedure selettive interne per consentire le progressioni tra le aree funzionali, fatta salva una riserva di almeno il cinquanta per cento delle posizioni disponibili destinata all'accesso dall'esterno.

Il sistema di classificazione del personale di cui all'art. 22 del CCNL comparto Sanità del 02/11/2022, confermato con integrazioni dal recente CCNL del 27/10/2025, relativo al triennio 2022/2024, è articolato nelle seguenti cinque aree, corrispondenti ad altrettanti differenti livelli di conoscenze, abilità e competenze professionali:

- area del personale di supporto;
- area degli operatori;
- area degli assistenti;
- area dei professionisti della salute e dei funzionari;
- area del personale di elevata qualificazione.

Il personale dipendente del comparto è inquadrato nelle aree di cui sopra e ripartito nei diversi profili professionali del ruolo sanitario, sociosanitario, amministrativo, tecnico e professionale, secondo quanto previsto dall'allegato A del CCNL citato.

Lo stesso CCNL triennio 2019/2021 aveva disciplinato, agli artt. 20 e 21 le progressioni verticali, rispettivamente nella loro forma "ordinaria" e "in deroga"; con Deliberazione del Direttore Generale n. 204 del 27/03/2024 la ASL di Oristano ha adottato, a seguito di confronto con le OO.SS., il Regolamento aziendale finalizzato a definirei requisiti di partecipazione e le modalità di svolgimento delle procedure selettive interne per le progressioni tra le aree di cui all'art. 20 del suddetto CCNL, nonché delle procedure valutative derogatorie di cui al successivo art. 21 dello stesso CCNL, in attuazione del citato art. 52, comma 1-bis, del D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii.

Il nuovo CCNL ha sancito, all'art. 19 la possibilità per le Aziende del SSN di attivare le progressioni "in deroga" fino alla data del 31/12/2026.

Scopo dell'Azienda è, nell'ambito di riferimento, quello di definire un sistema di mobilità verticale in grado di valorizzare le professionalità interne maturate, l'esperienza e le conoscenze già acquisite dal personale, nonché le competenze e le capacità atte a svolgere le attività di una diversa e superiore area funzionale, mediante la programmazione di opportunità di carriera in grado di coniugare la crescita professionale del personale con le esigenze di una più ampia funzionalità dei servizi.

Le progressioni verticali si svolgono con modalità che garantiscono il rispetto dei principi di pari opportunità, di imparzialità, trasparenza, efficacia ed efficienza, il rispetto dei principi generali stabiliti dall'art. 35, comma 3, del D.Lgs. 165/2001 e delle disposizioni normative e contrattuali vigenti in materia, nonché il rispetto dei vincoli di bilancio.

Nel corso del 2025 e del 2026 la ASL n. 5 di Oristano ha attivato selezioni interne finalizzate alla progressione verticale tra le Aree. Nello specifico, con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 62 del 27/06/2025 è stata indetta la selezione per la progressione verticale ai profili di Collaboratore Amministrativo – Area dei professionisti della salute e dei funzionari (n. 4 posti) che ha trovato definizione nel corso del 2026.

Il Piano del fabbisogno 2027/2029 prevede l'assunzione di 2 Collaboratori Amministrativi dell'area dell'Elevata Qualificazione; il 50% degli stessi potrà essere assunto all'esito di una procedura di selezione interna per progressione verticale, mentre il restante 50% attraverso il reclutamento dall'esterno.

Il trattenimento in servizio (art. 1, comma 165 della legge 30 dicembre 2024, n. 207).

L'articolo 1, comma 165, della legge di bilancio per il 2025, ha introdotto la possibilità, per tutte le pubbliche amministrazioni di trattenere in servizio, non oltre il compimento del settantesimo anno di età e nel limite massimo del 10 per cento delle facoltà assunzionali disponibili a legislazione vigente, il personale, dirigenziale e non dirigenziale, di cui, ad esclusiva valutazione dell'amministrazione, si renda necessario continuare ad avvalersi anche per far fronte ad attività di tutoraggio e di affiancamento ai nuovi assunti e per esigenze funzionali non diversamente assolvibili.

Il Ministero della Pubblica Amministrazione ha emanato apposite direttive in ordine all'applicazione della suddetta norma, in particolare evidenziando quanto segue:

- ai fini del ricorso all'istituto in oggetto, la base di calcolo da considerare per l'individuazione del limite massimo del 10% è quella relativa alle facoltà assunzionali "ordinarie" derivanti dal turn over e da eventuali autorizzazioni ad assumere previste da specifiche misure normative;
- la disposizione non attribuisce al lavoratore alcun diritto o automatismo al trattenimento in servizio e non ipotizza, in alcun modo, la presentazione, da parte sua, di richieste/istanze in tal senso;
- non è previsto un interpello da parte dell'Amministrazione;
- è attribuita esclusivamente alla parte "datoriale" il potere di individuare il personale di cui ritiene necessario il trattenimento in servizio;
- le esigenze organizzative possono essere quelle di attività di tutoraggio e di affiancamento ai neoassunti e quelle riconducibili ad esigenze funzionali non diversamente assolvibili, da intendersi come espletabili solamente dal personale individuato;
- il trattenimento in servizio è condizionato dalla valutazione del merito; in ragione di ciò non potranno essere trattenuti in servizio dipendenti che non abbiano conseguito una valutazione della performance ottima o eccellente (o giudizio corrispondente secondo il rispettivo ordinamento);
- il trattenimento è subordinato al consenso dell'interessato.

In coerenza con quanto previsto dalla normativa citata e dalle indicazioni fornite dal Ministero, l'Amministrazione previa valutazione della sussistenza e della "dimensione" delle esigenze funzionali sopra indicate, ha provveduto, nel corso del 2025, a dare applicazione alla norma in parola, con riferimento alla posizione di due Dirigenti rispettivamente di Area Amministrativa e di Area Sanitaria; nel corso del 2026 la misura de qua ha interessato un'ulteriore risorsa del Comparto Amministrativo.

Per il triennnio 2027/2029 sarà valutata, sulla base del contesto di riferimento e nel rispetto dei limiti previsti, l'eventualità di un ulteriore utilizzo dell'istituto.

Di seguito la sintesi del Prospetto 1 del Piano del Fabbisogno 2027/2029:

Annualità 2027		Posti coperti al 1/01/2027	Cessazioni 2027	Assunzioni 2027	Posti coperti al 31/12/2027
Comparto	Ruolo Amministrativo	161	2	6	165
	Ruolo Professionale	3	1	2	4
	Ruolo socio-sanitario	290	9	14	295
	Ruolo tecnico	104	6	20	118
	Ruolo sanitario	960	18	33	975
	Totale Comparto	**1518**	**36**	**75**	**1557**
Dirigenza	Ruolo Amministrativo	7	0	2	9
	Ruolo Professionale	3	0	0	3
	Ruolo socio-sanitario	0	0	0	0
	Ruolo tecnico	1	0	0	1
	Ruolo sanitario	396	41	113	468
	Totale Dirigenza	**407**	**41**	**115**	**481**
Totale complessivo		**1925**	**77**	**190**	**2038**

Annualità 2028		Posti coperti al 1/01/2028	Cessazioni 2028	Assunzioni 2028	Posti coperti al 31/12/2028
Comparto	Ruolo Amministrativo	165	0	0	165
	Ruolo Professionale	4	0	0	4
	Ruolo socio-sanitario	295	0	0	295
	Ruolo tecnico	118	0	0	118
	Ruolo sanitario	975	1	1	975
	Totale Comparto	**1557**	**1**	**1**	**1557**
Dirigenza	**Ruolo Amministrativo**	**9**	**1**	**1**	**9**
	Ruolo Professionale	3	0	0	3
	Ruolo socio-sanitario	0	0	0	0
	Ruolo tecnico	1	0	0	1
	Ruolo sanitario	468	3	3	468
	Totale Dirigenza	**481**	**4**	**4**	**481**
Totale complessivo		**2038**	**5**	**5**	**2038**

Annualità 2029		Posti coperti al 1/01/2029	Cessazioni 2029	Assunzioni 2029	Posti coperti al 31/12/2029
Comparto	Ruolo Amministrativo	165	0	0	165
	Ruolo Professionale	4	0	0	4
	Ruolo socio-sanitario	295	0	0	295
	Ruolo tecnico	118	0	0	118
	Ruolo sanitario	975	0	0	975
	Totale Comparto	**1557**	**0**	**0**	**1557**
Dirigenza	**Ruolo Amministrativo**	**9**	**0**	**0**	**9**
	Ruolo Professionale	3	0	0	3
	Ruolo socio-sanitario	0	0	0	0
	Ruolo tecnico	1	0	0	1
	Ruolo sanitario	468	6	6	468
	Totale Dirigenza	**481**	**6**	**6**	**481**
Totale complessivo		**2038**	**6**	**6**	**2038**

Tab 9. Sintesi Piano del Fabbisogno Personale 2027-2029

Parte II - La Programmazione sanitaria triennale

A. Indirizzi strategici aziendali

Gli obiettivi strategici dell'Azienda sono indirizzati a garantire l'assistenza migliore ai cittadini secondo criteri di appropriatezza, qualità e sicurezza, coerentemente con quanto emerge dall'analisi dei bisogni e dei determinanti di salute della popolazione di riferimento e tenuto conto degli obiettivi di mandato assegnati dall'Assessorato Regionale alla Sanità.

Il Piano Regionale di Sviluppo (PRS) 2024 – 2029, (adottato con DGR 4/13 del 22.01.2025), per l'ambito della Sanità e Salute e il suo sviluppo sono individuati 5 pilastri fondamentali su cui intervenire:

1-Efficientamento dell'organizzazione del sistema sanitario regionale;

2-Incremento dell'utilizzo della medicina territoriale e telemedicina,

3-Presidio della sanità ospedaliera;

4-Attenzione verso le lavoratrici e i lavoratori della sanità;

5-Sviluppo dell'integrazione tra sociale e sanitario.

E' indispensabile programmare, progettare e agire sempre più in modo integrato tra le diverse strutture presenti nel Territorio e negli Ospedali che, isolati, non possono rappresentare l'unica risposta ai bisogni di salute.

Tra gli obiettivi aziendali prioritari vi sono la prosecuzione delle azioni rivolte alla riorganizzazione delle attività territoriali anche a seguito della conclusione dei lavori finanziati dai fondi PNRR, lo sviluppo delle attività ospedaliere con l'offerta di nuove specialità attivate nell'ultimo triennio e il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi.

Per perseguire tali obiettivi, a livello organizzativo si prevede il consolidamento delle funzioni proprie dei Distretti Socio Sanitari riferibili all'individuazione e al governo della domanda della comunità locale e di presa in carico del paziente, garantendo una risposta nel livello più appropriato. Il ruolo che il Direttore del Distretto assume, nel governo della domanda e della risposta più appropriata nell'erogazione dei servizi a livello locale, è strategico e contribuisce al progetto di individuazione e implementazione di forme organizzative più funzionali ai bisogni di cura della comunità. Una corretta presa in carico del paziente, soprattutto "fragile", deve seguire anche logiche di integrazione sociosanitarie e spesso di supporto alla famiglia. Questo nuovo modo di intendere l'assistenza necessita sicuramente di sforzi e cambiamenti culturali e organizzativi da costruire nel tempo.

Gli obiettivi più impegnativi in ambito ospedaliero, portati avanti in questo ultimo triennio, hanno riguardato l'attivazione di nuove strutture e la nascita di nuovi reparti e ambulatori quali quelli di neurologia, oculistica, otorinolaringoiatria, dermatologia. Reparti e servizi, prima assenti, che permettono ai pazienti della provincia di Oristano di essere curati nel proprio territorio. La loro attivazione si è resa oltretutto necessaria per soddisfare i requisiti che un DEA di I livello, quale quello di Oristano, deve possedere.

L’adozione del nuovo atto aziendale, di prossima adozione, sarà determinante per la riorganizzazione delle attività territoriali e ospedaliere.

La programmazione illustrata è legata all’attuale contesto territoriale e alle risposte fornite dalla attuale organizzazione, ma sarà anche frutto delle modifiche anche sostanziali che si realizzeranno a seguito della completa attuazione della riorganizzazione prevista nella LR 8 del 2025 e della riformulazione dell’organizzazione a seguito dell’adozione del nuovo atto aziendale.

In sintesi, i risultati che l’Azienda si prefigge si riferiscono ad una riqualificazione dell’offerta assistenziale unitamente al perseguimento di una migliore efficienza nella gestione delle risorse, garantendo la piena assicurazione dei LEA, un miglioramento continuo della qualità dei servizi e migliori standard assistenziali.

B.1 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica. Offerta di prestazioni e servizi

Il ruolo del Dipartimento di Prevenzione è quello di intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione per fornire risposte adeguate, sviluppare strategie di intervento e promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona.

Il Dipartimento svolge la propria attività di promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro, della sicurezza alimentare e della sanità e benessere animale secondo piani pluriennali di intervento nazionali e regionali contenenti obiettivi e target di riferimento già definiti. Il Dipartimento di Prevenzione garantisce attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita, nell'ambito delle risorse umane disponibili, le seguenti funzioni: sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; salute animale e igiene urbana veterinaria; sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori; sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale; attività medico legali per finalità pubbliche.

Le attività svolte sono sempre più intersettoriali e in raccordo con tutti i nodi della rete sociosanitaria per un utilizzo coordinato delle risorse interne ed esterne e un approccio secondo il quale la salute deve essere considerata come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente promuovendo l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti.

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ha svolto i propri compiti istituzionali programmando attività di promozione della salute e dei corretti stili di vita, sviluppando le attività di prevenzione delle malattie infettive e cronico degenerative, attraverso l'erogazione di diverse tipologie di prestazioni sanitarie. Tra i consueti compiti istituzionali del servizio, l'attività dell'ambulatorio vaccinale è da sempre uno strumento di primaria importanza per la prevenzione della diffusione delle malattie infettive. La vaccinazione infatti rimane uno degli interventi più efficaci e sicuri di sanità pubblica per la prevenzione delle malattie infettive, ed è strumento di promozione e conservazione della salute individuale e collettiva.
L'attività vaccinale erogata in modo capillare sul territorio garantisce alla popolazione, indipendentemente dal luogo di residenza, dal reddito e dalle condizioni socio-economiche e culturali, l'equità nell'accesso al servizio e, quindi, i pieni benefici in termini di protezione individuale e di prevenzione collettiva.
Inoltre, l'approccio diretto e bidirezionale con l'utente, offre la possibilità di ampliare le attività di counselling vaccinale e la promozione di stili di vita salutari. Si riportano di seguito i dati relativi all'attività vaccinale erogata negli anni 2022-2025.

ATTIVITA' VACCINALE

Copertura vaccinale inerente le vaccinazioni pediatriche obbligatorie anni 2022-2025

Numerosità della coorte 2020,2021,2022,2023*	682		673		754		746	
	(coorte 2023)		(coorte 2022)		(coorte 2021)		(coorte 2020)	
Vaccinazioni pediatriche obbligatorie	**Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2025**	**% netta** rispetto alla coorte**	**Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2024**	**% netta** rispetto alla coorte**	**Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2023**	**% netta** rispetto alla coorte**	**Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2022**	**% netta** rispetto alla coorte**
Polio[(a)]	651	95,45%	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Difterite [(a)]	651	95,45%	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Tetano [(a)]	651	95,45%	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Pertosse [(a)]	651	95,45%	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Epatite B[(a)]	652	95,60%	650	96,58%	722	95,76%	697	93,43%
Haemophilus influenzae tipo b[(b)]	651	95,45%	651	96,73%	722	95,76%	697	93,43%
Morbillo[c]	649	95,30%	643	95,68%	720	95,49%	693	93,03%
Parotite [(c)]	649	95,30%	643	95,68%	720	95,49%	693	93,03%
Rosolia (c)	649	95,30%	643	95,68%	720	95,49%	693	93,03%
Varicella (c)	646	95,15%	643	95,68%	715	95,09%	688	92,05%

Tab10.Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna

* Popolazione residente o domiciliata presso la provincia di Oristano

** In considerazione della quota di utenti esonerati dalla vaccinazione. (a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi (b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età (c) 1ª dose entro 24 mesi

Copertura vaccinale delle vaccinazioni fortemente raccomandate raggiunta negli anni 2022-2025

Numerosità della coorte 2020,2021,2022,2023*	682		673		754		746	
	(coorte 2023)		(coorte 2022)		(coorte 2021)		(coorte 2020)	
Vaccinazioni pediatriche fortemente raccomandate	**Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2025**	**% netta** rispetto alla coorte**	**Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2024**	**% netta** rispetto alla coorte**	**Numero cicli vaccinali completati, secondo calendario, a 24 mesi al 31/12/2023**	**% netta** rispetto alla coorte**	**Numero cicli vaccinali completati secondo calendario a 24 mesi al 31/12/2022**	**% netta** rispetto alla coorte**
Pneumococco coniugato [(b)]	631	92,52%	631	93,76%	707	93,77%	678	90,89%
Rotavirus	553	81.09%	520	83,58%	598	81,91%	591	79,89%
Meningococco tetravalente ACYW-135 coniugato	622	91,20%	610	90,64%	686	90,98%	655	87,80%
Meningococco B	582	85,34%	559	83,06%	688	91,25%	578	77,78%

Tab11.Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna

* Popolazione residente o domiciliata presso la provincia di Oristano ** In considerazione del numero di assistiti esonerati dalla vaccinazione.

L'obiettivo del Servizio è quello di contrastare il calo delle coperture vaccinali obbligatorie, per i minori di 16 anni, in particolare sulle dieci vaccinazioni incluse nel calendario vaccinale nazionale tra quelle raccomandate per questa fascia di età, al fine di raggiungere **la soglia del 95% raccomandata** dal **Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025 e dal Nuovo Sistema di Garanzia;** soglia che dal 2013 è in calo anche a livello nazionale. Dal 2023 per le vaccinazioni pediatriche obbligatorie lo standard del 95% è annulmente confermato, rimane invece costante la percentuale di vaccinazioni raccomandate. Al fine di incrementare la percentuale di adesione si ritiene necessario non solo incrementare l'offerta vaccinale prevedendo azioni attive di richiamata dei genitori dei bimbi che risultano non aver avviato o aver sospeso il ciclo vaccinale, ma anche inserire gli ambulatori vaccinali stabilmente nelle Case della Comunità.

Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano

campagna vaccinazione antinfluenzale: anni	2025-2026	2024-2025	2023-2024	2022-2023	2021-2022
Coorte (anziani >=65 anni)	43.947	41.693	39.403	37.274	35.070
Numero Vaccinazioni antinfluenzali anziani >=65 anni	16.778	15.231	14.470	12.481	12.952
% rispetto alla coorte	38,18%	36,53%	36,72%	33,48%	36,93%

Tab12. Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna (pazienti residenti e domiciliati nella provincia di Oristano)

Nel corso della campagna antinfluenzale 2025-2026 gli operatori sanitari del servizio, in collaborazione con i MMG, hanno lavorato con notevole impegno per garantire la vaccinazione antinfluenzale alla popolazione, in particolar modo alla fascia di età ultra 65enne e fragile e agli assistiti degli Istituti di Cura e Comunità integrate/alloggio del territorio. Purtroppo sembra lontana la percentuale di copertura del **75% raccomandata (PNPV) 2023-2025 e dal Nuovo Sistema di Garanzia.** Al fine di incrementare l'adesione alla vaccinazione, anche in questo caso, oltre ad un incremento delle attività di pormozione della vaccinazione tramite i media si prevede di strutturare un incremento della offerta vaccinale in termini di sedi e di tempi con la previsione dell'offerta non solo da parte dei medici di medicina generale, ma anche negli ambulatori di cure primarie delle Case della Comunità e negli ambulatori straordinari di cure primarie.

Il Servizio si è inoltre dedicato nel tempo all'estensione dell'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro l'HPV, il papilloma virus umano, per aumentare le coperture vaccinali contro tale agente infettivo che può causare l'insorgenza di tumori. **Lo standard raccomandato dal PNPV del 95%,** molto vicino negli anni 2009-2013, sono notevolmente calati nel periodo pandemico ma mostrano ora una tendenza in incremento. Per sviluppare ulteriormente l'offerta vaccinale si prevede di strutturare una offerta vaccinale attiva contemporanea alla effettuazione dello screening per il tumore della cervice uterina con un incremento delle sedi e dei tempi di offerta, prevedendo sedute in ambito ospedaleiro e nelle Case della Comunità nonché una intensificazione delle campagne di promozione della vaccinazione anti-HPV.

Vaccinazione anti-HPV Femmine

Coorte dell'anno	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV = solo Femmine)	**471**	**476**	**531**	611	534	571	591	529	621	593	601	628	652	645	647	633	662
Vaccino	**2025**	**2024**	**2023**	**2022**	**2021**	**2020**	**2019**	**2018**	**2017**	**2016**	**2015**	**2014**	**2013**	**2012**	**2011**	**2010**	**2009**
HPV (prima dose)	354	305	**364**	390	338	487	476	410	457	480	481	510	552	540	571	545	594
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica, (al 31/12/2025)	299	242	**268**	275	215	316	385	362	416	437	432	480	534	508	529	514	557
% rispetto alla coorte (bambine)	**63,5%**	**50,8%**	**50,5%**	45%	40%	55%	65%	68%	67%	74%	72%	76%	82%	79%	82%	81%	84%

Tab13. Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna (pazienti residenti e domiciliati nella provincia di Oristano)

Vaccinazione anti-HPV Maschi

Coorte dell'anno	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
Numerosità della rispettiva coorte (denominatore per HPV = solo Maschi)	**510**	**516**	**589**	604	632	644	567	635	631	578	602	632	630	660	685	679	506
Vaccino	**2025**	**2024**	**2023**	**2022**	**2021**	**2020**	**2019**	**2018**	**2017**	**2016**	**2015**	**2014**	**2013**	**2012**	**2011**	**2010**	**2009**
HPV (prima dose)	359	307	**353**	338	337	424	353	362	86	18	19	7	3	3	3	1	2
HPV (ciclo completo, come da scheda tecnica, al 31/12/2025)	301	248	**259**	223	227	289	271	298	56	14	13	6	3	3	3	0	1

Tab14. Fonte: Anagrafe Vaccinale Regione Sardegna (pazienti residenti e domiciliati nella provincia di Oristano)

I programmi organizzati di Screening Oncologico sono interventi complessi di sanità pubblica, rivolti a gruppi di popolazione che non mostrano sintomi specifici di malattia ma che, per età o per altre condizioni, presentano un aumentato rischio; a tali categorie di popolazione è offerto attivamente un percorso sanitario finalizzato all'individuazione precoce dei tumori, quando questi sono più facilmente curabili.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, approvato con l'intesa stato regioni (rep. atti n 127/CSR del 6 agosto 2020) ricomprende tra gli obiettivi strategici da perseguire, il miglioramento dei livelli di copertura dei programmi di screening dei tumori della mammella, della cervice uterina, e del colon retto e la riduzione del forte gradiente nord - sud che genera disuguaglianze territoriali in termini di opportunità di accesso alla diagnosi precoce, di carico di malattia e mortalità legata a questi tumori. Lo stesso valore strategico è stato dato agli screening oncologici organizzati anche nel Piano Nazionale di Prevenzione 2026-2031 approvato con l'intesa stato regioni del 21 maggio 2026 (rep. atti n 68/CSR), a cui dovrà dar seguito l'adozione del Piano Regionale di Prevenzione.

Il PRP 2020-2025, adottato con Deliberazione della Giunta Regionale n 50/46 del 28.12.2021, declina gli obiettivi strategici del Piano Nazionale di Prevenzione per l'area della prevenzione oncologica nel Programma Libero PL 13

denominato “Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico”, il quale persegue i seguenti obiettivi generali:

- Migliorare i livelli di copertura della popolazione target per ciascun screening;
- Sostenere il miglioramento della qualità nella erogazione dei percorsi di screening;
- Promuovere l’aumento delle competenze tra gli operatori del sistema;
- Favorire l’accesso a questi percorsi dei gruppi di popolazione vulnerabili;

Questa importante attività, che ha visto una flessione della copertura nel primo semestre 2026, prosegue con diversi interventi sia di promozione che di incremento dell’offerta anche in sinergia con i territori e i distretti socio sanitari.

Gli Screening Oncologici

Periodo / Screening	popolazione target	Inviti	% estensione (inviti sul target)	aderenti agli inviti	% adesioni (presenze sugli inviti)	% copertura (presenze sul target)
Mammografico anno 2023	12.539	14.438	115,14%	6.102	42,26%	48,66%
Mammografico anno 2024	12.587	12.678	100,72%	6.483	51,14%	51,50%
Mammografico anno 2025	12.627	12.920	102,32%	5.988	46,35%	47,42%
Mammografico I semestre 2026	12.617	13.960	110,64%	4.739	33,95%	37,56%
Cervice Uterina anno 2023	13.737	14.926	108,64%	6.734	45,12%	49,02%
Cervice Uterina anno 2024	13.565	13.827	101,93%	5.373	38,86%	39,61%
Cervice Uterina anno 2025	13.361	13.437	100,57%	5.514	41,04%	41,27%
Cervice Uterina I semestre 2026	13.131	14.988	114,14%	4.031	26,89%	30,70%
Colon Retto anno 2023	24.616	27.129	110,21%	11.525	42,48%	46,82%
Colon Retto anno 2024	24.794	25.328	102,15%	11.239	44,37%	45,33%
Colon Retto anno 2025	24.905	25.014	100,44%	11.307	45,20%	45,40%
Colon Retto I semestre 2026	24.949	21.146	84,76%	7.280	34,43%	29,18%

Tab15.Fonte: Centro Screening Aziendale – Dati al mese di maggio 2026

Nell'anno 2023 c'è stata l'attività di recupero rispetto alle non adesioni del periodo COVID

La realizzazione di interventi efficaci di prevenzione dei tumori offerti alla popolazione saranno in grado di incidere sulle diseguaglianze di salute quanto più elevato sarà il tasso di copertura degli screening, pertanto rimane l’impegno di raggiungere il **traguardo previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (60% di copertura per lo screening mammografico e 50% di copertura per lo screening della cervice uterina e del colon retto**). Gli interventi per tale ambito sono quelli ricompresi nel Piano oncologico nazionale 2023-2027, in cui si raccomanda di utilizzare un approccio globale e intersettoriale, con una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico, compreso il miglioramento delle cure e la prevenzione delle recidive. Grande attenzione è posta agli interventi per migliorare l’accessibilità e la fruibilità delle prestazioni diagnostico terapeutiche che devono avvenire in maniera puntuale, appropriata e trasparente, riducendo i tempi di attesa e, soprattutto, garantendo equità nell'accesso alle cure oncologiche a tutti i cittadini. A tal fine, si prevede di strutturare un incremento dell’offerta, come sedi e tempi, con la

incremento delle sedute di screenin g mammografi con offerta di prenotazioni anche nei pomeriggi feriali e nei sabato e la previsione di sedute di screening della cervice uterina, aggiuntive alle attuali, nelle Case della Comunità.

Attività di Medicina Legale e altre attività di Igiene e Sanità Pubblica

Attività	anno 2022		anno 2023		anno 2024		anno 2025	
	numero	tempo di attesa	numero	tempo di attesa	numero	tempo di attesa	numero	tempo di attesa
Utenti beneficiari vitalizio Legge 210/92	5	0	6	0	7	0	7	0
Patenti Co.Me.Lo.	1.981	0	1.910	0	2.027	0	2.052	0
Certificazioni per rilascio/rinnovo patenti auto e nautiche	1.233	30 giorni	147	30 giorni	1.720	15 giorni	1.850	10 giorni
Certificazioni necroscopiche	1298	0	1312	0	1323	0	1335	0
Visite collegiali	4	30 giorni	4	0	1	0	1	0
Visite di idoneità rilascio/rinnovo porto d'armi/ detenzione armi	212	30 giorni	57	30 giorni	755	15 giorni	554	10 giorni
Visite per l'accertamento dello stato di invalidità, Legge104/92 etc.	5.724	16 mesi	3.751	12 mesi	8.804	8 mesi	10.710	2 mesi
Altre certificazioni (certif. Elettorali, adozioni, deambulaz. ridotta)	83	30 giorni	31	30 giorni	264	15 giorni	347	10 giorni
Accertamenti Medico Legali richiesti dal giudice di sorveglianza o dal tribunale	9	0	8	0	5	0	9	0

Tab16.Fonte: Servizio Medicina Legale

Tra le criticità più importanti che si è dovuto affrontare a livello regionale si rammentano gli elevati tempi di attesa per l'accertamento dello stato di invalidità che durante il periodo Covid ha raggiunto i 16 mesi di attesi. Si è lavorato per recuperare progressivamente le pratiche non ancora evase e conseguentemente a ridurre i ritardi accumulati registrando una graduale riduzione dei tempi di attesa che nell'anno 2025 si sono ridotti ulteriormente fino ad arrivare ad una media di 2 mesi, tranne che per le sedute riguardanti i minori (tempo di attesa 1 mese) e i malati oncologici (tempo di attesa 15 gg).

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Numero di lavoratori controllati o comunque esaminati per accertamenti o certificazioni sanitarie:	99	41	29	64	69	48	76
di cui apprendisti o minori:	0	0	12	0	0	0	0
Numero indagini effettuate per infortuni sul lavoro:	3	7	0	7	16	10	9
Numero indagini effettuate per malattie professionali:	0	4	1.726	0	2	0	0
Numero di aziende interessate da atti autorizzativi, esame progetti, piani di lavoro e notifiche:	1.497	605	755	890	328	292	384
Numero di aziende in cui sono stati effettuati interventi di vigilanza e di polizia giudiziaria:	2.250	2.406	1.438	1.161	1.051	1.025	1.013
Indagini epidemiologiche effettuate (in seguito a riscontro di malattie infettive):	103	2.975	0	63	70	93	110
Numero di studi epidemiologici su malattie cronico degenerative e studi di mortalità:	95	0	0	0	0	1	0

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Numero di campagne di screening effettuate per la prevenzione di patologie tumorali:	3	3	3	1	0	3	3
Residenti che hanno compiuto 24 mesi di età e sono stati regolarmente vaccinati:	837	788	703	670	724	648	649
Numero di pareri richiesti per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile:	501	0	602	518	363	370	235
Numero di pareri espressi per autorizzazioni nel campo dell'edilizia civile:	419	105	64	518	363	319	235

Tab.17 Fonte dati: NSIS Mod. FLS 18 quadro F

Tabella riepilogo numero aziende ispezionate nell'ambito delle attività di vigilanza coordinata, integrata e congiunta anno 2025

S.Pre.S.A.L. ASL Oristano	Numero Aziende da ispezionare anno 2025
Edilizia	130
Agricoltura di cui 2 ispezioni integrate SPreSAL + ITL (+ eventuali altri Enti) in aziende agricole con presenza di attività di lavoro subordinato	40
Comparto portuale, marittimo e della pesca	6
Attività manifatturiere	50
Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione dei rifiuti e risanamento	1
Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di autoveicoli e motocicli	10
Trasporto e magazzinaggio	30
Alloggio e ristorazione	5
Sanità e assistenza sociale	2
Luoghi di lavoro di cui all'art.16 del D.Lgs. 101/2020 e s.m.i. da ispezionare per il PMP rischio radon	15
TOTALE (previste ed espletate)	**289**

Tab18. Ispezioni Spresal anno 2025

Il Servizio di Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (S.Pre.S.A.L.), ha attuato ed attuerà, attraverso la promozione di buone pratiche aziendali e con l'attività di assistenza e vigilanza, i Piani Mirati di Prevenzione (PMP) che verranno sviluppati con l'obiettivo di prevenire infortuni e malattie professionali in diversi settori lavorativi.

I PMP costituiscono lo strumento in grado di organizzare in modo sinergico le attività di assistenza e di vigilanza alle imprese. Il percorso del Piano Mirato di Prevenzione prevede tre fasi (assistenza, vigilanza e valutazione efficacia). I piani mirati di prevenzione si svolgeranno in tutti gli ambiti mediante azioni di formazione degli operatori del Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro della ASL. Saranno quindi realizzate attività di formazione e assistenza alle imprese e operatori economici locali dei vari comparti. Seguiranno attività di vigilanza mediante sistemi di autovalutazione e solo in ultima battuta si procederà con attività ispettive a campione. Rispetto alle azioni di prevenzione svolte, si procederà alla valutazione dell'efficacia dell'applicazione delle buone pratiche da parte delle imprese.

La scelta dei PMP è stata effettuata a livello regionale sulla base delle specificità territoriali, delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche, dal contesto socio-occupazionale, con particolare riferimento agli eventi infortunistici e tecnopatici più frequenti e più gravi nella popolazione lavorativa sarda, nonché per intervenuti nuovi disposti normativi. In linea con quanto indicato dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 lo Spresal si è occupato dei seguenti Piani:
PP06:

- PMP per il rischio da esposizione ad amianto nell'ambito della rimozione delle tubazioni interrate in cemento amianto
- PMP dei rischi di malattie professionali nel comparto pesca
- PMP del rischio da esposizione al radon nei luoghi di lavoro sotterranei, nei luoghi di lavoro semi sotterranei o al piano terra in aree a rischio/aree prioritarie, negli stabilimenti termali (D.Lgs. 101/2020)

PP07:

- PMP del rischio cadute dall'alto nel comparto edilizia
- PMP dei rischi legati all'utilizzo di attrezzature agricole nel settore agricoltura

PP08:

- PMP del rischio stress lavoro correlato nel comparto sanità
- PMP del rischio da sovraccarico biomeccanico - prevenzione patologie professionali muscoloscheletriche nel comparto trasporti e logistica
- PMP del rischio cancerogeno per esposizione professionale a polveri di legno duro.

Nel 2025 per ognuno dei Piani si sono tenuti dei corsi per le figure della prevenzione e sicurezza delle imprese.
Nelle more dell'adozione del nuovo Piano Regionale della Prevenzione, l'attività prosegue secondo le indicazioni del precedente.

La prevenzione e il controllo delle malattie animali trasmissibili, in particolare delle zoonosi (malattie trasmissibili tra gli animali e l'uomo) e la sicurezza alimentare costituiscono il terreno di incontro tra la sanità pubblica veterinaria, la medicina umana, l'ambiente e l'agricoltura.

Il territorio di riferimento per la ***Sanità Animale*** comprende 88 Comuni corrispondenti a quelli della Provincia di Oristano (87 Comuni) più un Comune appartenente alla Provincia del Sud Sardegna (Genoni) sino alla adozione dei nuovi Atti aziendali. La superficie territoriale complessiva è pari a 3.034,24 Kmq. Nel territorio di riferimento della ASL risultano essere presenti **4.272 stabilimenti zootecnici** con all'interno di essi **7.466 attività** esercitate da **4.804 operatori** responsabili di animali.

Del vastissimo patrimonio zootecnico del territorio il più significativo è rappresentato dal settore degli allevamenti di ovini e caprini e dal settore degli allevamenti bovini (https://www.vetinfo.it/j6_statistiche/#/ - Dati al 30/06/2026)

IMPRESE SOGGETTE A "CONTROLLI UFFICIALI" ED "ALTRE ATTIVITÀ UFFICIALI"			
Settore	**Numero di stabilimenti (aziende)**	**Numero attività (allevamenti)**	**Numero operatori**
Ovino e Caprino	1880	2078	2057
Bovino	1155	1228	1194
Suinicolo	1611	1697	1691
Equino	1424	1635	1484
Molluschi Corstacei e Pesci	13	17	9
Apicoltura	353	889	353
Avicolo	88	91	86
Lagomorfi	22	22	22
Altre Specie Animali (camelidi – elicicoltura)	8	9	8

Tab.19 https://www.vetinfo.it/j6_statistiche/#/

La finalità principale della S.C. ***SIAOA (Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale)*** è la tutela della salute collettiva, attraverso il controllo della filiera alimentare dei prodotti di origine animale. Le sue aree di intervento sono molteplici tra le quali sono comprese:

- Valutazione e parere tecnico nell'ambito della progettazione e Controlli Ufficiali su imprese o industrie alimentari che svolgono attività di produzione, preparazione, trasformazione, commercializzazione, deposito, trasporto, vendita di alimenti di origine animale
- Attività di controllo presso gli Stabilimenti di Macellazione;
- Attività di controllo sugli alimenti di origine animale oggetto di scambi comunitari ed extracomunitari (Import- Export) e rilascio dei relativi certificati;
- Attività di Sorveglianza Territoriale delle manifestazioni locali temporanee (es. sagre paesane) nel corso delle quali avviene la vendita e/o la somministrazione di alimenti di OA;
- Attuazione dei Piani regionali di controllo (AMR, Fitosanitari, Radiazioni ionizzanti, Additivi e Aromi, Contaminanti e tossine, Controlli microbiologici, OGM, Residui e istologico;

I Dirigenti Veterinari operano in sinergia con i Tecnici della Prevenzione, sia nella gestione dell'attività programmata sulla base dei Piani Nazionali e Regionali dei Controlli Ufficiali, che per i campionamenti di matrici alimentari per la ricerca di sostanze vietate o nocive. Intervengono nei casi urgenti, con provvedimenti a tutela della salute pubblica (es. attivazione e gestione del Sistema Rapido di Allerta, blocco / sequestro di prodotti alimentari o altri provvedimenti) e nei casi di tossinfezioni alimentari o focolai di Malattie Trasmesse da Alimenti di Origine Animale in supporto ai Servizi medici (SIP e SIAN) anche mediante il servizio di pronta disponibilità.

Di seguito le principali attività garantite dai servizi aziendali del Dipartimento di Prevenzione che rispettano i volumi richiesti dalla programmazione regionale; le ulteriori attività sono svolte solo a seguito dell'attivazione di sistemi di allerta o legate a esigenze epidemiologiche e eventi straordinari.

Ispezioni e Verifiche	**2022**	**Attività programmata 2022**	**2023**	**Attività programmata 2023**	**2024**	**Attività programmata 2024**	**2025**	**Attività programmata 2025**
Alimenti e Nutrizione								
Alimenti (come definito dall'art 2 Reg. CE 178/2022)	285	209	156	156	173	156	180	120
Acque destinate al consumo umano*	460	400	416	400	600	400	400	400
Sanità Animale								
Test Tubercolosi	15.981	15.981	9.719	9.719	10.482	8.500	11.468	10.482
Campioni sanitari per accertamento malattie animali	53.268	53.268	31.108	31.108	24.131	20.000	24.673	24.131
Vaccinazioni per malattie animali	236.984	236.984	49.972	49.972	194.297	186.578	531.988	194.297
Allev. Prod. Zootecniche								
Latte e formaggi	53	50	54	54	50	40	40	40
Ricerca residui prodotti lattiero caseari	28	28	20	20	30	30	30	30
Alimentazione animale	66	66	80	100	80	100	80	100
Alimenti di Origine Animale								
Controllo malattie al macello	3.778	755	1.215	1.301	2.186	1.301	2.236	547
Alimenti di origine animale	82	82	52	52	36	32	157	157
Ricerca residui alimenti di origine animale	31	31	61	61	37	37	32	31

Tab.20 Ispezioni e Verifiche. Fonte: Diaprtimento di Prevenzione

Campionamenti e Controlli	**2022**	**Attività program. 2022**	**2023**	**Attività program. 2023**	**2024**	**Attività program. 2024**	**2025**	**Attività program. 2025**
Alimenti e Nutrizione								
Alimenti (come definito dall'art 2 Reg. CE 178/2022)	285	209	156	156	173	156	180	120
Acque destinate al consumo umano*	460	400	416	400	600	400	400	400
Sanità Animale								
Test Tubercolosi	15.981	15.981	9.719	9.719	10.482	8.500	11.468	10.482
Campioni sanitari per accertamento malattie animali	53.268	53.268	31.108	31.108	24.131	20.000	24.673	24.131
Vaccinazioni per malattie animali	236.984	236.984	49.972	49.972	194.297	186.578	531.988	194.297
Allev. Prod. Zootecniche								
Latte e formaggi	53	50	54	54	50	40	40	40
Ricerca residui prodotti lattiero caseari	28	28	20	20	30	30	30	30
Alimentazione animale	66	66	80	100	80	100	80	100
Alimenti di Origine Animale								
Controllo malattie al macello	3.778	755	1.215	1.301	2.186	1.301	2.236	547
Alimenti di origine animale	82	82	52	52	36	32	157	157
Ricerca residui alimenti di origine animale	31	31	61	61	37	37	32	31

Tab.21 Campionamenti e Controlli. Fonte: Diaprtimento di Prevenzione

Sia per le Ispezioni e Verifiche che per i Campionamenti i volumi sono richiesti dalla programmazione regionale; le ulteriori attività sono svolte solo a seguito dell'attivazione di sistemi di allerta o legate a esigenze epidemiologiche e eventi straordinari.

B.2 Area della prevenzione collettiva e sanità pubblica - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa

Il Dipartimento di Prevenzione nell'anno 2027 sarà interessato da profonde novità di tipo organizzativo dettate dall'art 12 della *LR n. 8/2025 di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del sistema sanitario regionale*, il quale prevede l'istituzione del Dipartimento regionale di prevenzione (DRP), composto dai dipartimenti di prevenzione delle aziende socio-sanitarie locali e diretto dal direttore del Centro regionale per la prevenzione e la promozione della salute CRPPS, quest'ultimo con funzioni di supporto tecnico-scientifico della Regione e del sistema sanitario regionale in materia di sorveglianza della diffusione delle malattie e di governo del sistema di controllo delle stesse, di valutazione epidemiologica e di coordinamento nella realizzazione dei programmi di promozione della salute.

Contestualmente porterà avanti la propria attività attraverso le funzioni svolte dalle articolazioni organizzative presenti nel Dipartimento che non operano come un'entità isolata o puramente amministrativa, ma rivolgono la propria azione al territorio di riferimento sulla base delle esigenze locali.

Saranno pertanto sviluppati progetti di prevenzione e promozione della salute finalizzati a evitare l'insorgere delle malattie e a migliorare il benessere dei cittadini. In questa cornice, il Dipartimento di Prevenzione d'intesa con i Distretti Sociosanitari costruiranno interventi strutturati di prevenzione e di modifica dei comportamenti a rischio, trovando nella Casa della Comunità il luogo ideale in cui i professionisti possono cooperare secondo le logiche della medicina d'iniziativa.

Saranno garantiti i volumi richiesti dai Piani di risanamento delle malattie animali e le verifiche in regime di emergenza urgenza, nonché i controlli sugli alimenti, le acque destinate al consumo umano e i prodotti sanitari. In questo senso l'azione del Dipartimento di Prevenzione e dei suoi operatori sarà rivolta non solo all'esecuzione di attività ispettive e di controllo ma piuttosto allo sviluppo di percorsi di informazione, formazione, e sensibilizzazione ai concetti di sicurezza e qualità rivolti agli operatori economici del territorio.
L'anno 2027 sarà inoltre interessato dalla realizzazione degli interventi presenti nel nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031 (PNP), approvato il 21 maggio 2026, che dovrà essere recepito dalla Regione Sardegna, redigendo e adottando il Piano Regionale di Prevenzione 2026-2031.

1) Promuovere gli interventi vaccinali in maniera capillare nel territorio, nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente e promuovendo una equità di accesso del servizio alla popolazione

Con il proposito di trasferire l'offerta dei servizi nei territori di prossimità del paziente, l'attività vaccinale (antinfluenzale dell'anziano, vaccinazioni pediatriche, vaccinazioni HPV) sarà svolta anche presso le Case delle Comunità e gli ambulatori di prossimità, al fine di massimizzare l'adesione da parte dei cittadini alle campagne vaccinali.
Oltre che nei centri vaccinali e nelle Case della Comunità, dove sono state organizzate giornate ad hoc dedicate alla somministrazione del vaccino antinfluenzale, altra importante novità della campagna antinfluenzale 2026/27 sarà il progetto "Ospedale che vaccina", che permetterà di vaccinare direttamente nei tre stabilimenti ospedalieri San Martino, Delogu e Mastino non solo il personale, ma anche i pazienti ricoverati, quelli in dimissione o che si recano abitualmente negli ambulatori e day hospital ed i loro caregiver, le persone che se ne prendono cura.
Con riferimento alle vaccinazioni pediatriche è stato attivato il servizio di chiamata diretta alle famiglie, affiancata da una campagna di comunicazione, per rafforzare il messaggio sull'importanza di questa scelta e allontanare una crescente diffidenza nei confronti dei vaccini, che ha fatto ridurre negli ultimi anni l'adesione nei confronti di questa importante arma di prevenzione. Grazie a queste fondamentali vaccinazioni infatti, nei paesi occidentali si è riusciti ad azzerare la circolazione di patologie estremamente pericolose, come ad esempio la poliomielite, per le quali il rischio che vengano reintrodotte è comunque presente attraverso i viaggiatori.
Gli obiettivi per il triennio sono orientati pertanto a migliorare la copertura vaccinale nei diversi ambiti rispetto al dato storico con il coinvolgimento e la sensibilizzazione degli operatori del territorio e dell'ospedale e con campagne informative mirate. La vaccinazione rimane infatti uno degli interventi più efficaci e sicuri di sanità pubblica per la prevenzione delle malattie infettive, ed è strumento di promozione e conservazione della salute individuale e collettiva.
L'attività vaccinale garantita in modo capillare sul territorio garantisce alla popolazione, indipendentemente dal luogo di residenza, dal reddito e dalle condizioni socio-economiche e culturali, l'equità nell'accesso al servizio e, quindi, i pieni benefici in termini di protezione individuale e di prevenzione collettiva.

2) Realizzare interventi efficaci di prevenzione dei tumori offerti alla popolazione in maniera integrata e strutturata

I programmi organizzati di Screening Oncologico offrono un percorso sanitario finalizzato all'individuazione precoce dei tumori, quando questi sono più facilmente curabili. Gli interventi delineati da questa Azienda per tale ambito sono quelli ricompresi nel Piano oncologico nazionale 2023-2027, in cui si raccomanda di utilizzare un approccio globale e intersettoriale, con una maggiore integrazione tra prevenzione, diagnosi precoce e presa in carico, compreso il miglioramento delle cure e la prevenzione delle recidive.

Il Centro Screening Oncologico aziendale, che offre servizi attivi e gratuiti per intercettare precocemente e prevenire il tumore della mammella , della cervice uterina e del colon retto, nel prossimo triennio si propone di raggiungere il target di adesione e copertura dettati dal Nuovo Sistema di Garanzia (60% di copertura per lo screening mammografico e 50% di copertura per lo screening della cervice uterina e del colon retto). Per questo sono state poste in essere già dal 2026 importanti azioni di sensibilizzazione e di ampliamanto dell'offerta di prestazioni rivolte alla popolazione. Di forte rilievo la collaborazione con i Direttori dei Distretti Socio Sanitari e l'estensione dell'offerta presso le Case della Comunità. Altra importante collaborazione su questo fronte è quella che si è creata tra l'unità operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale San Martino e il dipartimento di Prevenzione della Asl di Oristano; nel reparto è stato possibile nel corso del 2026 non solo sottoporsi al pap test, ma anche vaccinarsi contro l'Hpv, il papilloma virus. Un'iniziativa voluta per offrire alla popolazione delle ulteriori opportunità di fare prevenzione in maniera semplice, gratuita e immediata. L'esigenza è quella di ampliare l'offerta degli screening oncologici, anche attraverso apposite giornate dedicate alla prevenzione con la realizzazione di open day che saranno replicati nelle Case della Comunità, offrendo un'opportunità in più per prendersi cura di se stessi e della propria salute allargando l'offerta in tema di prevenzione e di diagnosi precoce. Al fine di incrementare la copertura agli screening oltre ad aumentare il volume degli inviti attivi sarà affiancata anche un'attività di efficientamento del sistema di sollecito strutturato per intercettare la quota di popolazione non rispondente alla prima convocazione.

Tuttavia la qualità e la fluidità del percorso restano subordinate a un modello di governance fortemente integrato. Si renderà pertanto prioritario il consolidamento della collaborazione interprofessionale tra tutte le articolazioni specialistiche e territoriali interessate (Endoscopia digestiva, Laboratori, Medici di Medicina Generale, Consultori familiari, Ginecologia e Ostetricia, Radiologia, Senologia), attraverso la definizione di percorsi organizzativi condivisi anche per gli approfondimenti diagnostici di secondo livello.

Si è agito inoltre sull'efficacia della prevenzione secondaria che risiede nella capacità del sistema di offrire risposte rapide ai soggetti risultati positivi ai test di primo livello. A questo fine, sono state potenziate le agende dedicate agli approfondimenti diagnostici di secondo livello, adeguando la capacità erogativa e rimodulando l'offerta per contenere i tempi di attesa e assicurare una tempestiva presa in carico anche attraverso l'attivazione di specifiche convenzioni con l'Asl 8 di Cagliari per lo screening ginecologico e con l'AOU di Cagliari per le prestazioni radiologiche, a garanzia delle attività diagnostiche per la mammella e la cervice uterina.

Infine, a garanzia dell'efficacia delle azioni intraprese e del mantenimento degli standard di qualità ministeriali e regionali, l'intera rete di screening sarà sottoposta a un costante monitoraggio dei principali indicatori di performance. Nello specifico, saranno oggetto di monitoraggio periodico i tassi di adesione, l'indice di positività, il rispetto dei tempi di attesa e l'effettivo completamento dell'iter diagnostico, abilitando così la possibilità di tempestivi interventi correttivi in corso d'opera.

3) Sviluppare progetti integrati con la rete territoriale per la prevenzione e promozione della salute a livello di comunità e di salvaguardia dell'ambiente. Sensibilizzare la comunità sui concetti di sicurezza e qualità, quale contributo per incentivare uno sviluppo sociale ed economico nel rispetto della sicurezza del prodotto, del processo di lavorazione e dei luoghi di lavoro.

Il Dipartimento di Prevenzione opera secondo la logica della "One health" (una sola salute) che prevede un approccio integrato per la tutela della salute degli animali e degli esseri umani tenuto conto, oltretutto, del nesso tra ambiente e salute.

Con il convincimento che salute, tutela ambientale e sviluppo socio-economico sono pilastri interdipendenti e inscindibili e muovendo da questo presupposto, la ASL di Oristano promuoverà la salute pubblica anche attraverso la valorizzazione e il controllo qualitativo delle produzioni locali. La crescita delle filiere di qualità e la tutela delle tipicità locali generano valore e opportunità per il tessuto imprenditoriale (agricolo, agroalimentare e dei servizi), salvaguardando al contempo l'ecosistema e i cittadini. In questo contesto, la qualità coincide necessariamente con la sicurezza del prodotto, dei processi di lavorazione e degli ambienti di lavoro. Le competenze professionali degli operatori della ASL rappresentano una risorsa strategica per supportare e guidare le imprese in questo percorso di miglioramento.

Pertanto, attraverso il Dipartimento di Prevenzione, la ASL di Oristano promuove un modello di governance in cui tutti gli attori coinvolti, in manieria sinergica, (istituzioni, associazioni di categoria e portatori di interesse) condividono la responsabilità della salute pubblica, partecipando ai percorsi di informazione, formazione, sensibilizzazione ai concetti di sicurezza e qualità, rivolti ai produttori e ai consumatori, prevedendo anche il coinvolgimento delle giovani generazioni.

A tal proposito durante il corso del secondo semestre 2026, tenutasi presso l'Assessorato Regionale all'Igiene e Sanità, sono state poste le basi per la redazione del Piano Regionale di Prevenzione, in attuazione del Piano Nazionale dei Prevenzione 2026-2031, entro il 31.12.2026. In tale contesto è stato proposto di elaborare il Piano PP3, sulla salute in ambito lavorativo, coinvolgendo i Servizi che si occupano di promozione della salute e gli Spresal. Viene confermato il ruolo centrale delle ispezioni in materia di Agricoltura ed Edilizia con il PP7 e saranno previsti inoltre i Piani PP6 (rischio da sovraccarico biomeccanico, rischio cancerogeno e rischio psicosociale) e PP5 sul monitoraggio della qualità ed efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro alla luce del recente accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2025. Nella scelta dei Piani Mirati di Prevenzione (PMP), che hanno l'obiettivo di prevenire infortuni e malattie professionali in diversi settori lavorativi, si prevede di introdurre il PMP per il rischio di esposizione alla silice cristallina nella lavorazione lapidea e delle pietre.
Le attività di formazione, informazione e di controllo dei Servizi Dipartimentali sono volte alla categorizzazione del rischio connesso alle diverse filiere produttive al fine di garantire l'efficacia, l'appropriatezza, la qualità e la coerenza dei controlli ufficiali. L'attività del SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione), SIAOA (Servizio Igiene Alimenti di Origine Animale), SIAPZ (Servizio Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche), e SSA (Sanità Animale) vengono attuate in maniera integrata al fine di perseguire l'obiettivo di trasparenza e lealtà commerciali.

Tutte le aree di intervento e i processi del ***Servizio Sanità Animale,*** compresi quelli previsti per la programmazione attuativa anni 2027-2029, sono riconducibili ai "Livelli Essenziali di Assistenza" dell'"Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro" di cui al DPCM 12 gennaio 2017 e successive modifiche, al dettagliato quadro giuridico dell'UE (tra cui il reg. UE 2016/429 e reg. UE 2017/625), nazionale (tra cui il D.lgs 27/2021) e regionale in materia di sicurezza alimentare e salute animale nonché ad atti di programmazione di diverso livello istituzionale tra i quali, in particolare, il Piano Nazionale Integrato di controllo pluriennale (PNI) e il correlato "Piano Regionale Integrato dei Controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare" (PRIC).

In particolare, si sottolineano le attività facenti capo ai seguenti piani attuativi dettati dalle sopra citate fonti normative e atti di programmazione: Tubercolosi bovina, Leucosi Bovina, Brucellosi bovina e ovi-caprina, Scrapie, BSE, Peste Suina Africana e Peste Suina Classica, Blue tongue e malattia emorragica epizootica, Anemia Infettiva degli Equidi, Salmonellosi aviaria, Influenza aviaria, malattie delle api (varroa ed Aethina), Arbovirosi (West nile ed altri virus), controlli nel settore acquacoltura, macellazioni uso famiglia, controlli della campagna venatoria cinghiali, manifestazioni popolari equestri, Controlli sul sistema di identificazione e registrazione degli operatori, degli stabilimenti e degli animali (cosiddetto sistema I&R di cui al D.lgs 134/2022 e DM 07.03.2023), gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche.

Le attività programmate per le annualità 2027/2028 saranno incentrate, al pari del precedente biennio, sulla prevenzione e controllo delle malattie animali trasmissibili (piani di eradicazione e di sorveglianza delle cosiddette "malattie elencate") e sui "controlli ufficiali" ed "altre attività ufficiali" per garantire l'applicazione delle norme sulla salute degli animali con particolare riferimento al sistema di identificazione e registrazione degli operatori, degli stabilimenti e degli animali (controlli I&R), al controllo delle movimentazioni animali, agli accertamenti e alle certificazioni sanitarie, alla gestione dei sistemi di risposta alle emergenze sanitarie veterinarie, alle attività di informazione e di comunicazione ai cittadini sulle tematiche di sanità pubblica veterinaria

Il Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale (S.I.A.O.A) prosegue l'attuazione delle attività programmate negli anni passati, volta a dare applicazione alle "Procedure per la programmazione del Controllo Ufficiale" in riscontro ai compiti di pianificazione, programmazione ed esecuzione dei C.U. esplicitati nel Piano di controllo regionale pluriennale (PCRP) 2025-2027 approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 9/19 DEL 12.02.2025 relativo ai controlli ufficiali, e alle altre attività ufficiali come strumento di recepimento e di attuazione delle politiche dell'Unione europea, nazionali e regionali in materia di programmazione, realizzazione, rendicontazione e valutazione sia delle attività di controllo ufficiale, ma anche di altre attività ufficiali in materia di sicurezza alimentare.
Dall'anagrafe informatizzata del Servizio, nel territorio della ASL di Oristano risultano essere presenti le seguenti realtà produttive così ripartite:

CODICE MASTER LIST	ATTIVITA' PRODUTTIVE	NUMERO
MS.B00.100	0 Deposito frigorifero autonomo - CS	***15***
MS.B00.200	0 Impianto autonomo di riconfezionamento - RW	***3***
MS.B10.100	I Carni di ungulati domestici: Macelli - SH	***4***
MS.B10.200	I Carni di ungulati domestici: Laboratorio di sezionamento - CP	***3***
MS.B20.100	II Carni di pollame e di lagomorfi: Macello - SH	***4***
MS.B20.200	II Carni di pollame e di lagomorfi: Laboratorio di sezionamento - CP	***5***
MS.B30.100	III Carni di selvaggina allevata: Lab. Sezionamento - CP	***1***
MS..B50.100	V Carni macinate, preparazioni di carni e carni separate meccanicamente: Carni macinate - MM	***4***
MS.B50.200	V Carni macinate, preparazioni di carni e carni separate mec.: Preparazioni di carni - MP	***5***
MS.B60.100	VI Prodotti a base di carne: Impianto di lavorazione – PP (Salumifici)	***3***
MS.B70.100	VII Molluschi bivalvi vivi: Centro di depurazione - PC	***3***
MS.B70.200	VII Molluschi bivalvi vivi: Centro di spedizione – DC (compresi echinodermi)	***8***
MS.B80.200	VIII Prodotti della Pesca: Nave Deposito Frigorifero - ZV	***1***
MS.B80.300	VII Prodotti della pesca: Impianti prodotti della pesca freschi – locale di cernita e sezionamento - FFPP	***15***
MS.B80.500	VII Prodotti della pesca: Impianto di trasformazione - PP	***11***
MS.BA0.100	X Uova ed Ovoprodotti: Centro di imballaggio - EPC	***5***
MS.000.400	Vendita diretta di miele da parte di produttore agricolo	***10***
MS.040.500	Prodotti dell'apiario - Raccolta e lavorazione	***31***
MS.040.300	Lavorazione e trasformazione di carne, prodotti a base di carne e preparazioni di carne in impianti non riconosciuti funzionalmente annessi a esercizio di vendita, contigui o meno ad essi	***198***
MS.040.400	Lavorazione e trasformazione di prodotti della pesca in impianti non riconosciuti funzionalmente annessi a esercizio di vendita, contigui o meno ad essi	***63***
MS.060.300	Autonegozi – Commercio ambulante	***18***
MS.090.100	Trasporti carni/ pesci	***77***
MS.050.200	Agriturismo	***89***
MS.000.200	Imbarcazioni	***272***
	Punti di Sbarco	***17***

Tab.22 Attività produttive Provincia Oristano. Fonte: Diaprtimento di Prevenzione

I controlli sulle realtà produttive vengono effettuati avendo cura di porre in atto gli indirizzi del documento regionale e di raccogliere indicazioni utili al suo miglioramento.

Il documento Regionale, prende in considerazione l'attività di controllo ufficiale presso le imprese Registrate e Riconosciute che intervengono nella catena di produzione e distribuzione di alimenti. Per gli impianti Riconosciuti si prevede la definizione di uno specifico livello di controllo per ogni attività riconosciuta (Unità Aziendale) basata, in termine di frequenza e di metodiche del controllo ufficiale da attuare, sostanzialmente sulla Categorizzazione del Profilo di Rischio attribuita nel corso dei C.U. dell'anno precedente.

Già da alcuni anni presso il S.I.A.O.A viene effettuata la registrazione delle attività di controllo ufficiale sul Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISARVET). È quindi possibile applicare i criteri per la modulazione del livello di Controllo Ufficiale riportati nel documento Regionale di Categorizzazione del Profilo di Rischio delle strutture produttive e, in particolare, la riduzione della frequenza dei controlli ufficiali presso gli impianti che negli ultimi due anni hanno evidenziato un ridotto livello di non conformità. In questo modo, il piano di lavoro del Servizio si incentrerà soprattutto sugli impianti classificati con profilo di rischio "medio od alto", con l'intensificazione dei controlli.

Nel 2026 sono stati programmati n. 11 AUDIT con 8 diversi gruppi, su Stabilimenti con Riconoscimento Comunitario, rispettando la cadenza triennale per le strutture con livello di rischio "BASSO". Sarà lo stesso gruppo di AUDIT ad attribuire, in base alle risultanze del controllo, il livello di rischio sugli stabilimenti auditati. Sugli stabilimenti che non

rientrano nella programmazione annuale AUDIT sarà invece il veterinario assegnato ad effettuare la suddetta attribuzione con il controllo ispettivo annuale previsto per tutti gli stabilimenti.

Anche nel 2026, al fine di garantire la più ampia semplificazione dei procedimenti concernenti il riconoscimento degli stabilimenti, e in perfetta coerenza con le vigenti disposizioni in materia di procedimento amministrativo, si è proceduto all'attività di concessione, aggiornamento, sospensione e alla revoca del riconoscimento comunitario degli stabilimenti ai sensi della normativa comunitaria con riferimento al settore alimentare secondo la procedura adottata con Determinazione del Servizio Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare n. 1521 del 14 novembre 2024. Lo stesso sarà fatto per le annualità successive.

Nel corso dell'anno, oltre alla registrazione di nuove imbarcazioni da pesca, è stato pianificato il controllo di circa un quinto di quelle registrate per rispettare la cadenza del controllo quinquennale sulle unità di pesca con livello di rischio basso. Nel mese di giugno 2026 è stato organizzato un corso di formazione su "Autorità Competenti e Organismi di Controllo: ruoli, competenze, responsabilità e collaborazione". E' stata l'occasione per intraprendere un percorso che preveda delle collaborazioni e sinergie, oltre che quelle già consolidate con la Capitaneria di Porto, anche con ICQRF, NAS e Procura della Repubblica.

B.3 Area dell'assistenza distrettuale. Offerta di prestazioni e servizi

Tra gli obiettivi strategici principali di questa azienda un'attenzione rilevante è stata dedicata al completamento del processo di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, finalizzato alla realizzazione di un modello di presa in carico maggiormente integrato, multidisciplinare e orientato alla prossimità delle cure. Grazie alle nuove strutture territoriali (COT, Case della Comunità, Ospedali di Comunità) finanziate dal PNRR, prende forma il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale definito dal DM 77/2022.

La riforma dell'assistenza territoriale darà sempre di più una risposta ai bisogni di salute del nostro territorio in virtù dei cambiamenti sociodemografici: incremento di persone con almeno una patologia cronica o di condizioni di co-morbidità in particolare in soggetti over settantacinquenni, progressiva semplificazione della dimensione e composizione delle famiglie con una sempre più crescente fetta della popolazione over sessantacinquenni che vivono sole.

L'assistenza sanitaria territoriale diventa il luogo elettivo per l'attività di prevenzione e promozione della salute e di percorsi di presa in carico delle persone affette da cronicità e per rispondere alle esigenze dettate dal Piano Nazionale della Cronicità e dal Piano Nazionale della Prevenzione. Il nuovo modello organizzativo delineato dal DM 77/2022 garantisce una risposta capillare ed immediata ai bisogni sanitari di prossimità dei cittadini, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.), perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. Al centro della trasformazione delle cure territoriali infatti, vi è l'introduzione di un modello assistenziale centrato su équipe multidisciplinari, composte da specialisti con competenze diverse e complementari, delineando altresì un nuovo modello di Distretto Socio Sanitario.

I professionisti che compongono tali èquipe lavorano in sinergia all'interno delle nuove configurazioni organizzative previste dal DM 77; le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali, gli Ospedali di Comunità**,** rappresentano i tre principali cardini dell'organizzazione sanitaria territoriale.



Modello concettuale del Distretto ed articolazioni previste per l'assistenza territoriale nel DM 77/2022 (fonte AGENAS).

All'interno del nuovo modello organizzativo è tutelata la salute non solo dei pazienti affetti da una patologia ma dell'intera comunità, sulla base della valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento in un processo di stratificazione del rischio che permette di valutarne le priorità di intervento.

La stratificazione della popolazione per profili di rischio permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione sulla base del livello di rischio e quindi del bisogno di salute.

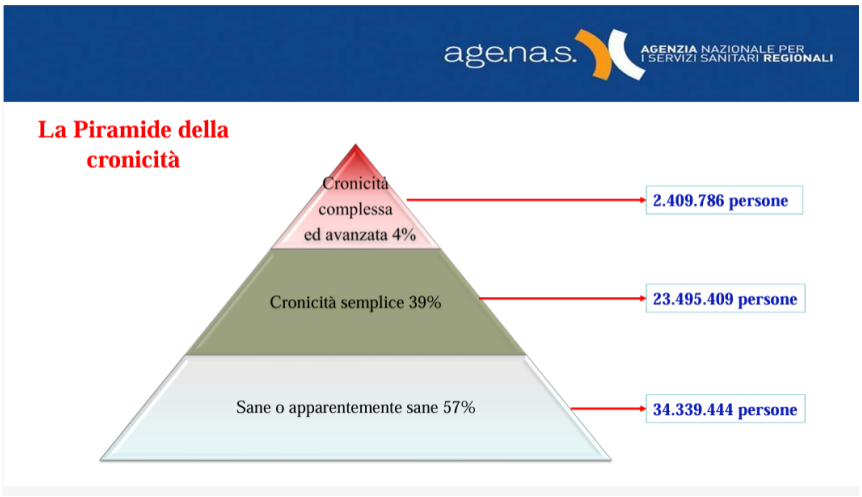


Fig 9. Piramide della cronicità (elaborazione AGENAS su dati nazionali ISTAT 2019)

Per quella fetta della popolazione per la quale si ha un'assenza di condizioni patologiche o di necessità assistenziali (la base della piramide della cronicità), le azioni da mettere in campo saranno quelle di promozione della salute e di prevenzione primaria. Il luogo deputato per sviluppare questi progetti è la Casa della Comunità attraverso anche il ruolo proattivo dell'Infermiere della Comunità. Questa fascia di popolazione infatti potrebbe essere soggetta a rischi comportamentali (fumo, eccesso ponderale, sedentarietà) che possono essere intercettati dal medico di medicina generale al fine di scongiurare l'insorgere di una patologia. Questa sede è inoltre importante per assicurare una larga aderenza della popolazione ai progetti di screening per la prevenzione dei tumori e una adeguata adesione alle campagne vaccinali.

Su tale ambito il Dipartimento di Prevenzione insieme ai direttori dei Distretto Socio Sanitario stanno collaborando per sviluppare interventi congiunti di prevenzione.

La seconda fascia della piramide della cronicità è quella dei pazienti con una complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo e dei pazienti con una sola patologia cronica grave o una fragilità o disabilità iniziale. Per questa parte della popolazione, a supporto dei cittadini, sono disponibili i servizi all'interno delle Case della Comunità o gli Ospedali di Comunità. In questa fascia di popilazione le azioni da mettere in atto da parte degli operatori che hanno preso in carico il paziente, sono di tipo proattivo per prevenire l'insorgenza di comorbidità o permetterne la diagnosi precoce. Il ruolo dell'Infermiere di famiglia o di Comunità è fondamentale per la presa in carico del singolo paziente che lo supporterà nell'intero percorso di cura, sulla base del piano assistenziale personalizzato.

Proprio con riferimento a questa fascia di popolazione questa Azienda ha sviluppato in questo anno 2026 un modello di presa incarico del paziente affetto da patologie croniche, iniziando dal paziente con diabete. Sono stati utilizzati diversi flussi informativi sanitari aziendali per definire dei gruppi di popolazione con specifiche necessità di cura e assistenza - patologie croniche semplici e pazienti con una cronicità complessa e avanzata – per l'arruolamento mirato del paziente diabetico da parte dei nostri professionisti. Nel corso dell'ultimo semestre 2026 è stata completata la stratificazione per complessità della patologia e identificato il luogo di residenza del paziente; si sta proseguendo ora con la definizione del piano assitenziale individuale (PAI) per la gestione del paziente nell'intero percorso di cura del diabete. A breve si proseguirà con la presa in carico dei pazienti cronici affetti da cardiopatie e insufficienze respiratorie, che insieme al diabete rappresentano le patologie croniche più diffuse.

Alla sommità della piramide sono rappresentati i soggetti complessi e fragili spesso multicronici ove la necessità maggiore è quella di una gestione integrata delle patologie tra medicina generale e specialisti e operatori sociosanitari e sociali, con un supporto attivo alla persona e al caregiver. I setting assistenziali a cui fare riferimento sono quelli delle Cure Domiciliari di II e III Livello, le Cure Palliative Domiciliari, le Strutture di tipo residenziale e, in alcuni casi, anche il ricovero ospedaliero o l'Hospice per le patologie evolutive in fase avanzata senza possibilità di guarigione.

	LA RETE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE IN RAPPORTO AI BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE						
	Infermiere di Famiglia o Comunità IFoC	**Casa della Comunità**	**116117**	**COT**	**Ospedale di Comunità**	**ADI**	**Strutture territoriali residenziali, semiresidenziali o diurne (RSA, Riabiltazione Globale, Hospice, Centri diurni ecc)**
popolazione sana	sanità di iniziativa (es. monitoraggio dei parametri vitali, educazione alimentare, promozione screening, promozione vaccinazioni, ecc)	MMG, PLS, Guardia Medica e IFoC, prevenzione (es. screening, vaccinazioni ecc), promozione della salute (consultori...), sanità di iniziativa, specialistica ambulatoriale, eventuali interventi di prevenzione di comportamenti a rischio per le patologie di salute mentale e dipendenze	filtro o orientamento al paziente e rimando alla rete dei servizi				
paziente cronico stabile	sanità di iniziativa, formazione all'autocura, erogazione a domicilio (cure prestazionali), controllo di aderenza alle terapie farmacologiche, prevenzione secondaria su sani stili di vita	MMG, PLS, Guardia Medica e IFoC, sanità di iniziativa, prevenzione secondaria sani stili di vita, prevenzione secondaria farmacologica, specialistica ambulatoriale, ambulatori specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (es. ambulatorio dello scompenso) e diagnostica di base, presa in carico PDTA	filtro o orientamento al paziente e rimando alla rete dei servizi	transito tra diversi setting	stabilizzazione clinica, recupero funzionale e dell'autonomia	intervento programmato clinico assistenziale ADI I Livello	
cronicità ad alta complessità		MMG, PLS, Guardia Medica e IFoC, integrazione di interventi sanitari, socio sanitari e sociali, erogazione di prestazioni specialistiche (terapeutiche e di follw up)	filtro o orientamento al paziente e rimando alla rete dei servizi	transito tra diversi setting	stabilizzazione clinica, recupero funzionale e dell'autonomia	intervento programmato clinico assistenziale ADI II e III Livello	intervento programmato clinico assistenziale
paziente in dimissione da setting per acuto				transito tra diversi setting	stabilizzazione clinica, recupero funzionale e dell'autonomia	intervento programmato clinico assistenaziale	intervento programmato clinico assistenziale

Fig.10 Rete dell'assistenza e Bisogni di salute

Diversi strumenti supportano la trasformazione della sanità territoriale, agevolando il cambiamento di visione e ottimizzando l'attuazione pratica del progetto.

Tra questi i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), sono importanti e funzionali alla presa in carico del paziente; i PDTA sono intesi come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale o domiciliare, altre in condizione di degenza, finalizzate alla gestione programmata e appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso. I PDTA aziendali ad oggi redatti e in corso di revisione si riferiscono al trattamento dei Tumori alla Mammella, allo Scompenso Cardiaco, al trattamento dei Tumori del Colon e del Retto, al paziente affetto da lesioni da Piede Diabetico e al passaggio del giovane dalla Diabetologia pediatrica alla Diabetologia dell'adulto. I PDTA riflettono il percoso aziendale e coinvolgono sia le strutture territoriali che ospedaliere e interessano tutte le fasi dalla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione. Attualmente sono in fase di ultimazione i PDTA per il paziente con diabete e con BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva).

Tali trasformazioni in atto richiedono un'assistenza sempre più diffusa, flessibile e digitale, capace di raggiungere il cittadino ovunque si trovi nelle periferie più remote, anche attraverso strumenti di telemedicina, in linea con la logica della medicina di prossimità. Lo sviluppo di strumenti di televisita e teleconsulto tra paziente e/o MMG che ha in carico il paziente, e gli specialisti in presenza remota permette di effettuare visite, follow-up e monitoraggio dei pazienti che non possono avvicinarsi ad uno dei nodi della rete assistenziale. Gli attuali invenstimenti regionali e quindi aziendali in tale direzione, con interventi indirizzati alla definizione uniforme di criteri per l'accesso, garantendo qualità, sicurezza, privacy e tracciabilità, consentono uno svluppo dell'utilizzo approppriato di tali tecnologie.
Un ulteriore strumento che permette di dare un impulso al miglioramento della qualità delle prestazioni nel territorio è quello del Fascicolo Sanitario Elettronico, dove vengono raccolti tutti gli eventi sanitari dei cittadini, per impostare le basi di un modello di cura integrato dove le informazioni tra medici sono maggiormente condivise con un sistema in rete che mette in comunicazione non solo i vari attori protagonisti della presa in carico del paziente nel territorio, ma anche l'ospedale.

Tali obiettivi aziendali di potenziamento e qualificazione della sanità territoriale e di sviluppo della medicina di prossimità con l'ausilio della telemedicina, ridurrà la frammentazione degli interventi sanitari e assistenziali che producono inefficienze e inefficaci interventi di cura con incremento dell'equità e dell'uguaglianza nell'accesso alle cure.

L'assistenza sanitaria di base e la continuità assistenziale

Il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, grazie alla loro diffusione capillare sul territorio, svolgono un'azione di cura e prevenzione. Il Medico di Medicina Generale assume un ruolo importante nel nuovo modello organizzativo territoriale e, all'interno delle Case della Comunità, diventa parte di una équipe multiprofessionale per la presa in carico del paziente insieme con Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC), medici specialisti, assistenti sociali, e gli altri operatori presenti.
Per fa fronte all'emergenza delle sedi carenti dell'assistenza di base, che si è prefigurata dal 2022 a livello provinciale, ma anche a livello regionale e nazionale, nella Asl di Oristano nell'anno 2023 sono nati gli ambulatori straordinari di comunità territoriali" (Ascot), ora denominati Ambulatori Straordinari di Cure Primarie.

Nati come ambulatori straordinari ad oggi, di fatto, consentono di vicariare funzioni dei medici di base, laddove sono presenti sedi carenti di cure primarie, potendo garantire: prescrizioni, visite urgenti e non urgenti, rinnovo di piani terapeutici, attività domiciliari, certificati di malattia e ogni altra prestazione riconosciuta dagli Accordi collettivi nazionali. In alcuni ambiti inoltre è stato possibile attivare la richiesta di prescrizioni ripetibili via mail e si sta lavorando per permettere di prenotare sempre on line l'accesso degli utenti agli ambulatori straordinari.

Al mese di ottobre 2026 i pazienti senza medico di medicina generale, ma assistiti dai medici degli Ambulatori Straordinari di Cure Primarie, rappresentano il 25% della popolazione contro il 27% dell'anno 2025. Il servizio offerto ad oggi garantisce un numero maggiore di ore a fronte di un numero minore di pazienti da assistere: 744 ore di assistenza con 148 turni, rispetto all'anno 2025 durante il quale si sono potute erogare 380 ore di assistenza con 76 turni. È stato quindi possibile adeguare maggiormente l'offerta al bisogno di assistenza

Di seguito il quadro della copertura degli ambulatori straordinari di cure primarie per distretto negli anni 2025-2026.

Report al mese di ottobre 2026	numero pazienti senza assistenza di cure primarie	ore di assistenza erogata negli ambulatori straordinari di cure primarie	Turni* per ambulatorio straordinario di cure primarie
Distretto di Oristano	15.182	293	58,5
Distretto di Ghilarza Bosa	10.521	253	50,5
Distretto di Ales Terralba	11.715	198	39,5
Totale Provincia Oristano	**37.418**	**744**	**148,5**

Tab23. Ambulatori straordinari di cure primarie
** copertura di 5 ore per turno e 6 ore per turno nelle Case della Comunità*

Report al mese di settembre 2025	numero pazienti senza assistenza di cure primarie	ore di assistenza erogata negli ambulatori straordinari di cure primarie	Turni* per ambulatorio straordinario di cure primarie
Distretto di Oristano	12.016	147,5	29,5
Distretto di Ghilarza Bosa	13.663	102,5	20,5
Distretto di Ales Terralba	14.816	130	26
Totale Provincia Oristano	**40.495**	**380**	**76**

Tab23.bis Ambulatori straordinari di cure primarie
** copertura di 5 ore per turno e 6 ore per turno nelle Case della Comunità*

Il NEA (Numero Europeo Armonizzato) 116117

Il Numero Europeo Armonizzato 116117 è un servizio telefonico unificato a livello europeo che garantisce la possibilità di ricevere risposte, 24 ore 24 e 7 giorni su 7, a tutte le chiamate di cure mediche non urgenti e informazioni sui servizi sanitari presenti sul territorio. Il numero unico europeo funziona anche da raccordo con quello di emergenza urgenza 118, prendendo in carico il paziente secondo la gravità del caso, e con i punti di continuità assistenziale (guardia medica), a cui viene trasferita la chiamata se necessario.

Nel mese di settembre 2025 la ASL di Oristano, in collaborazione con l'Azienda Regionale di Emergenza-Urgenza della Sardegna (AREUS), ha avviato l'utilizzo del NEA (Numero Europeo Armonizzato) 116117 per la gestione dell'assistenza

sanitaria non urgente. Sono stati avviati i primi step organizzativi e la formazione per la conoscenza della piattaforma NEA116117 e delle opportunità fornite dall'introduzione dei nuovi strumenti.
Il NEA 116117 rientrano a pieno titolo nel progetto di sviluppo della rete territoriale e di raccordo con le COT, le Case della Comunità e gli Ospedali della Comunità.

Il Servizio di Emergenza-Urgenza Sanitaria Territoriale

Il servizio di emergenza-urgenza 118 nella provincia di Oristano è coordinato dall'AREUS (Azienda Regionale Emergenza Urgenza Sardegna) tramite la Centrale Operativa di riferimento, e si avvale di postazioni di soccorso di base (MSB, ambulanze con soccorritori) e di soccorso avanzato/medicalizzato (MSA, con medico o infermiere a bordo), oltre a postazioni territoriali aggiuntive attivate nei periodi estivi o di maggior afflusso turistico.

Organizzazione del Soccorso 118

1) Mezzi MSA (Mezzo di Soccorso Avanzato / India / Mike): Ambulanze medicalizzate con personale medico/infermieristico a bordo per la stabilizzazione e i codici di maggiore gravità.

2) Mezzi MSB (Mezzo di Soccorso di Base): Ambulanze con equipaggio di soccorritori qualificati, presenti capillarmente in vari comuni e sedi di volontariato convenzionate.

Postazioni di Soccorso Avanzato (MSA / India)

Le postazioni con equipaggio sanitario a bordo (medico e/o infermiere) sono posizionate strategicamente nei nodi urbani e ospedalieri principali dell'oristanese per coprire le emergenze a codice rosso:

- Oristano (Ospedale San Martino): Presidio principale con mezzo di soccorso avanzato con medico a bordo (MSA) attivo H24.
- Ghilarza (Ospedale Delogu): Postazione MSA H24 e punto di riferimento per il Centro Sardegna e l'Alto Campidano.
- Bosa (Ospedale Mastino): Postazione MSA attiva H24 per garantire l'assistenza nell'area della Planargia, geograficamente più distante dai grandi ospedali.
- Terralba: Postazione avanzata con infermiere a bordo (India), cruciale per la copertura rapida del distretto del Terralbese.
- Ales (Poliambulatorio di Ales) Postazione MSA attiva H24

Postazioni di Soccorso di Base (MSB) nei Comuni

I mezzi di soccorso di base (ambulanze con soccorritori certificati) sono gestiti dalle associazioni di volontariato (come la Croce Rossa, associazioni L.I.V.A.S., L.A.V.O.S. o le Pubbliche Assistenze locali) e Cooperative Sociali convenzionate con l'AREUS. Coprono in modo capillare i distretti dell'oristanese:

Distretto / Zona	Comuni Sede di Postazione MSB Principale
Oristano e Hinterland	Oristano (Oristano Soccorso, LAVOS, Coop. Soc. SEA, Croce Rossa Italiana), Cabras (Caritas Cabrarese), San Vero Milis (Associazione Volontaria Sanverese), Simaxis (Cooperativa Sociale Sarda Emergenza) , Narbolia (Croce Rossa Italiana) Riola Sardo (Croce Rossa Italiana)
Terralbese e Ales	Terralba (LIVAS), Marrubiu (Croce Rossa Italiana), San Nicolò d'Arcidano (Coop.Soc. Flema Soccorso) Mogoro (Volontari Marmilla ODV)
Guilcier e Barigadu	Abbasanta (Soc. Coop. Shardana Soccorso) , Samugheo (Libera Associazione del Soccorso),
Montiferru e Planargia	Bosa (Croce Rossa Italiana Comitato di Bosa) , Cuglieri (Soc. Coop. Shardana Soccorso, Santu Lussurgiu (postazione di base h12 in fase di attivazione) , Seneghe (postazione di base h12 in fase di attivazione).
Alta Marmilla e interne	Ruinas (postazione h12 integrata per i comuni interni), Laconi (postazione di base h24 Gruppo Volontari Laconi e Soc.Coop. Mike Soccorso) .

Potenziamenti e Servizio Estivo

Durante la stagione estiva, l'AREUS attiva regolarmente il Piano di potenziamento stagionale, inserendo ambulanze aggiuntive (MSB o MSA) nelle località marine a fortissima attrazione turistica per far fronte all'aumento esponenziale della popolazione residente temporanea.

Le nuove strutture territoriali del DM 77/2022

Le azioni finanziate con la missione 6 del PNRR puntano alla realizzazione di presidi territoriali, in particolare Case e Ospedali di Comunità, sul potenziamento dell'assistenza domiciliare e la scelta del domicilio del paziente come setting privilegiato per l'assistenza territoriale, sullo sviluppo della telemedicina e su una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Alle Case e Ospedali di Comunità è affidato un ruolo significativo per la promozione della salute e la gestione delle cronicità, soprattutto come presidio e punto di riferimento per promuovere un modello integrato e multidisciplinare di presa in carico.

Per la ASL di Oristano gli interventi finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR sono di seguito sintetizzati:

Missione 6 – Componente 1

Case della Comunità

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
CASA DELLA COMUNITA' POLIAMBULATORIO DI ORISTANO	580.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' POLIAMBULATORIO DI SANTULUSSURGIU	535.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' POLIAMBULATORIO DI SAMUGHEO	800.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' OSPEDALE DELOGU DI GHILARZA	1.247.000,00 €
CASA DELLA COMUNITA' PRESSO EX SCUOLA ELEMENTARE COMUNE DI TRAMATZA	1.360.000,00 €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	**4.522.000,00 €**

Centrali operative territoriali COT

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE PRESSO IL POLIAMBULATORIO DI ORISTANO	118.820,00 €
CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE PRESSO OSPEDALE DELOGU DI GHILARZA	143.200,00 €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	**262.020,00 €**

Ospedali di Comunità

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
OSPEDALE DI COMUNITA' PRESSO P.O. DELOGU DI GHILARZA	1.862.000,00 €
OSPEDALE DI COMUNITA' PRESSO P.O. MASTINO DI BOSA	1.783.900,00 €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	**3.645.900,00 €**

I lavori nelle COT sono stati conclusi e le attività sono già state avviate nel 2024, così come è operativo l'Ospedale di Comunità di Ghilarza dal mese di febbraio 2023. Gli interventi sulle Case della Comunià e dell'Ospedale di Comunità di Bosa sono stati tutti realizzati con la conclusione degli stessi nel primo trimestre 2026.

Ad oggi risultano attive oltre alle Case della Comunità sopra elencate anche quelle di Bosa e Laconi come delineato dalla Regione Sardegna con il nuovo perimetro delle Case della Comunità.

Infatti, con la deliberazione regionale n. 21/34 del 29 aprile 2026, approvata in via definitiva dalle delibere regionali n.24/1 e n. 24/02 del 14.05.2026, è stata aggiornata la programmazione regionale delle strutture territoriali, aumentando il numero di Case della comunità (CdC) e degli Ospedali di comunità (OdC) anche per la provincia di Oristano come segue:

Distretto	Casa della Comunità	HUB/SPOKE	Fondo finanziario
Oristano	Oristano Via Michele Pira, 48	HUB	PNRR
	Tramatza Via Trieste, snc	SPOKE	PNRR
	Cabras	SPOKE	Da finanziare
	Samugheo Via della Pace, snc	SPOKE	PNRR
Ghilarza Bosa	Ghilarza Corso Umberto I, 176	HUB	PNRR
	Santulussurgiu Via degli Artigiani, snc	SPOKE	PNRR
	Bosa Via G. Pischedda, snc	SPOKE	PNRR
Ales Terralba	Terralba Località Pauli Piscus	HUB	FSC
	Ales Via IV Novembre, 47	SPOKE	SNAI
	Laconi Via Mazzini, 44	SPOKE	PNRR

Azienda Sanitaria Locale	Ospedale di Comunità	Posti Letto	Fondo finanziario
N. 5 di Oristano	GHILARZA c/o P.O. G.P. Delogu	30	PNRR
	BOSA c/o P.O. A. G. Mastino	30	PNRR
	ALES	20	SNAI

I nuovi interventi saranno funzionali all'apertura anche delle Case della Comunità di Cabras, Terralba e Ales e dell'Ospedale di Comunità di Ales.

Le Case della Comunità

Costituiscono un nodo della rete dei servizi territoriali sotto la Direzione dei Distretti ove sono garantiti interventi integrati e multiprofessionali. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione, concepite quale ambito nel quale il paziente è accolto e orientato nel giusto percorso assistenziale, è il luogo di prevenzione e promozione della salute nonché di risposta ai bisogni di salute e ai bisogni di tipo sociale per la popolazione di riferimento.

Le Case della Comunità sono attive e funzionanti nei comuni di:

Oristano (CdC hub)
Tramatza (Spoke)
Samugheo (Spoke)
Ghilarza (Hub)
Santu Lussurgiu (Spoke)
Bosa (Spoke)
Laconi (Spoke)
Come già accennato è prevista l'apertura anche delle Case della Comunità di Cabras, Terralba e Ales.

Tutte le sette strutture garantiscono un nucleo comune di servizi: in ciascuna Casa della Comunità sono attivi i medici di cure primarie, la continuità assistenziale (ex guardia medica), il servizio di prevenzione e promozione della salute pubblica, il punto prelievi, l'ambulatorio infermieristico con le consulenze infermieristiche, gli ambulatori infermieristici dedicati ai pazienti cronici e l'Assistenza Domiciliare Integrata. L'accesso unitario è assicurato dal Punto Unico d'Accesso (PUA) nelle Hub e dallo Sportello Unico d'Accesso (SUA) nelle Spoke. In tutte le strutture sono in fase di attivazione il servizio di prevenzione delle dipendenze, l'ostetrica di comunità, le attività consultoriali e di salute mentale, gli sportelli delle associazioni di volontariato e del terzo settore. Gli infermieri di famiglia o comunità svolgono attività di contatto e presa in carico dei pazienti cronici.

Nella Casa della Comunità Hub di Oristano, la specialistica ambulatoriale comprende quindici discipline attive: cardiologia, diabetologia, pediatria, otorinolaringoiatria, ginecologia, endocrinologia, oculistica, reumatologia, chirurgia generale, gastroenterologia, urologia, fisiatria, ortopedia, odontoiatria e angiologia, oltre alla pediatria di libera scelta. Sono in fase di attivazione la pneumologia e uno sportello amministrativo di supporto. Nella Casa della Comunità Hub di Ghilarza la specialistica ambulatoriale include nove discipline attualmente attive: cardiologia, diabetologia, ginecologia, oculistica, dermatologia, fisiatria, ortopedia, odontoiatria, otorinolaringoiatria e pneumologia. Nella Casa della Comunità Spoke di Bosa la specialistica ha attivato sei ambulatori: cardiologia, diabetologia, ginecologia, oculistica, dermatologia e

reumatologia, mentre la pneumologia è in fase di attivazione. È inoltre attivo l'Ambulatorio Straordinario di Comunità di area pediatrica (ASCoP). Nella Casa della Comunità Spoke di Santu Lussurgiu sono attivi gli ambulatori di cardiologia, pneumologia e diabetologia. L'ambulatorio di ortopedia è in fase di attivazione. Nella Casa della Comunità Spoke di Tramatza sono attivi gli ambulatori di cardiologia, pneumologia e diabetologia. Nella Casa della Comunità Spoke di Laconi sono attivi gli ambulatori di cardiologia e diabetologia. La pneumologia è in fase di attivazione. Nella Casa della Comunità Spoke di Samugheo sono attivi gli ambulatori di diabetologia e quello di cardiologia; pneumologia è in fase di attivazione.

Nei primi sei mesi di funzionamento le Case della Comunità sono state inserite stabilmente nell'offerta vaccinale aziendale, hanno ospitato iniziative di prevenzione e attività di screening, rappresentando un vero e proprio punto di accoglienza delle persone fragili sui territori.

L'attività di prevenzione e promozione della salute pubblica viene erogata in tutte le sette strutture attraverso l'Ambulatorio di Igiene e sanità pubblica, quello di Igiene degli alimenti e nutrizione e quello per lo Screening della cervice uterina. Il Servizio di Igiene e sanità pubblica ha attivato inoltre ambulatori vaccinali nelle Case della Comunità: a settembre 2026 è stata avviata la campagna dedicata alle vaccinazioni pediatriche. La campagna prevede il contatto diretto, per lettera e per telefono, dei genitori dei bambini nati tra il 2023 e il 2026.

A ottobre 2026 è stata avviata la campagna antinfluenzale che vede coinvolte le Case della Comunità; le somministrazioni inizieranno il prossimo 9 novembre. Sono programmate sedute ad accesso libero e sedute riservate e un percorso agevolato per i pazienti cronici e fragili - tra cui diabetici, cardiopatici e broncopneumopatici - prenotabili online anche dal familiare o dal caregiver.

Al momento questa Azienda sta completando l'organizzazione per la presa in carico dei pazienti diabetici. Per questo ha implementato un modello di stratificazione della popolazione, con l'utilizzo dei diversi flussi informativi sanitari aziendali, definendo gruppi di popolazione con specifiche necessità di cura e assistenza, per l'arruolamento mirato da parte dei nostri professionisti di quei pazienti che presentano patologie croniche semplici e dei pazienti con una cronicità complessa e avanzata. A breve sarà compiuto il primo passo per la presa in carico del singolo paziente diabetico da parte dell'infermiere case manager che lo supporterà nell'intero percorso di cura, sulla base del piano assistenziale personalizzato Si sta lavorando infatti alla definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) che l'infermiere case manager adotta quale punto di riferimento per la presa in carico del paziente. Il passo successivo sarà quello della presa in carico dei pazienti cronici affetti da cardiopatie e insufficienze respiratorie, che insieme al diabete rappresentano le patologie croniche più diffuse.

Con la deliberazione del Direttore Generale n. 223 del 17 giugno 2026 è stato pubblicato l'avviso per la formazione di un elenco di Enti del Terzo Settore, ai quali destinare uno spazio in ciascuna Casa della Comunità.

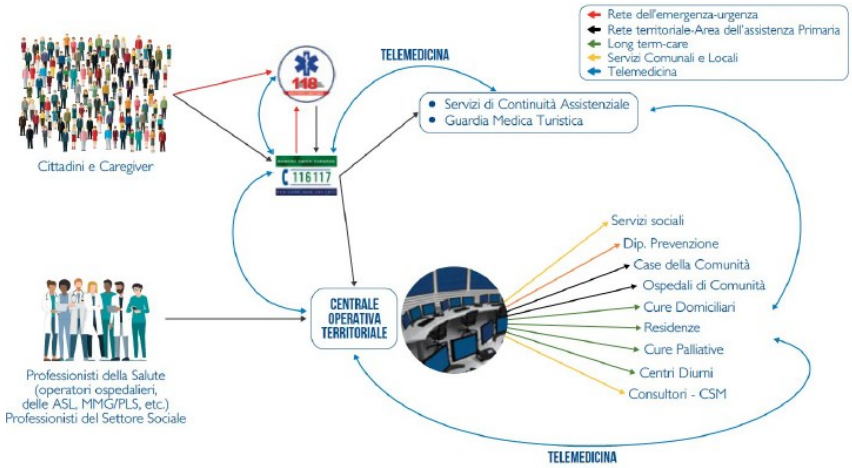
Tra le attività previste figurano l'accoglienza e l'orientamento dei cittadini, la promozione dei corretti stili di vita, l'organizzazione di gruppi di cammino e di attività fisica per anziani e persone con patologie croniche.

Tra le iniziative maggiormente significative realizzate o in corso di realizzazione nelle Case della Comunità è possibile indicare:

- Giornata dell'accoglienza, a cura dell'équipe socio-sanitaria del Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES), in favore delle persone in condizioni di vulnerabilità socio-economica e per il contrasto della povertà sanitaria. Il 20 maggio 2026 la Casa della Comunità di Oristano ha ospitato una giornata dedicata alle persone con difficoltà di accesso alle cure per ragioni economiche o sociali, per informarle e orientarle verso i servizi già attivi, tra cui l'ambulatorio infermieristico gratuito.
- Ottobre rosa. Nei mesi di ottobre e novembre 2026 si svolgono nelle Case della Comunità open day ad accesso diretto per il pap test gratuito, rivolto alle donne tra i 25 e i 64 anni, e per la vaccinazione gratuita contro il papillomavirus, rivolta alle donne tra gli 11 e i 30 anni.

All'interno delle Case della Comunità di Oristano e Ghilarza sono attive 2 ***Centrali Operative Territoriali (***COT), grazie alle risorse nazionali e regionali dedicate (investimento 1.2 del PNRR missione 6 componente 1). E' prevista inoltre la realizzazione di una ulteriore COT nel comune di Ales con l'utilizzo di finanziamenti FESR, nella futura Casa della Comunità di Ales.

Le COT permettono di passare da un approccio prestazionale ad una logica di presa in carico del paziente, costituendo uno snodo fondamentale nelle transizioni tra i diversi setting ospedaliero - territoriale e viceversa, promuovendo l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, con quella ospedaliera, con la rete dell'emergenza-urgenza e NEA116117 (Numero Europeo Armonizzato) per bisogni sanitari non urgenti, e infine con la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta.



Utili alla presa in carico del paziente, le Centrali Operative Territoriali (COT), svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Rappresentano i nodi strategici che permettono di passare da un approccio prestazionale ad una logica di presa in carico del paziente da parte del servizio sanitario.

Infermiere di Comunità

Gli infermieri di Comunità assumono un ruolo centrale per facilitare e monitorare i percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali aziendali.

Le funzioni chiave dell'infermiere di comunità nella Casa della Comunità sono di seguito sinteticamente rappresentate:

- **Accoglienza dell'utente:** è l'interfaccia con il cittadino e decodifica il bisogno di salute espresso (clinico, assistenziale o sociale) orientandolo verso il percorso più appropriato. Per questo all'interno di ogni Casa della Comunità è presente anche un presidio del **PUA (Punto Unico di Accesso).**
- **Gestione del PAI:** Collabora a stretto contatto con i Medici di Medicina Generale (MMG), i pediatri, gli specialsiti e gli assistenti sociali per **costruire il Piano Assistenziale Individualizzato** per i pazienti cronici o fragili del territorio.
- **Sanità d'Iniziativa e Proattività:** A differenza dell'ospedale, dove si risponde a un'acuzie, nella Casa della Comunità l'infermiere agisce prima che la malattia si aggravi. Monitora la popolazione di riferimento, contatta i pazienti fragili per i controlli ed effettua il follow-up dell'aderenza terapeutica.
- **Coordinamento della Continuità Ospedale-Territorio:** Gestisce le "dimissioni protette". Quando un paziente fragile esce dall'ospedale, l'infermiere della Casa della Comunità fa in modo che a casa trovi già i presidi necessari, l'attivazione dell'assistenza domiciliare (**ADI**) e i controlli pianificati.
- **Telemedicina e Sanità Digitale:** Utilizza quando disponibili, piattaforme di telemonitoraggio per controllare a distanza i parametri dei pazienti affetti da patologie croniche (scompenso cardiaco, diabete, BPCO), riducendo gli accessi impropri al Pronto Soccorso.
- **Ambulatorio Infermieristico e Promozione della Salute:** Gestisce la cronicità direttamente in struttura attraverso la somministrazione di terapie, la cura di lesioni vascolari o diabetiche, e organizza incontri di educazione sanitaria rivolti a gruppi di cittadini per promuovere corretti stili di vita.

Come già riferito questa azienda sta completanto l'organizzazione per la presa in carico dei pazienti diabetici e per i pazienti con cardiopatie e insufficienze respiratorie sulla base della stratificazione della popolazione afferente ad ogni Casa della Comunità per livello di complessità della patologia.
Oltre agli infermieri di comunità presenti nelle singole Case della Comunità, in un'ottica di maggiore diffusione delle prestazioni offerte dall'IFoC, altri infermieri opereranno in rete presso gli **ambulatori infermieristici** di altri comuni del territorio.

L'assistenza socio sanitaria rivolta alle persone con disabilità e la presa in carico dell'anziano e dei soggetti non autosufficienti.

I dati relativi agli inserimenti presso le strutture residenziali e semiresidenziali, di seguito rappresentati, denotano un bisogno in crescita, soprattutto per l'assistenza di pazienti ad alta intensità assistenziale, e la necessità quindi di implementare i posti letto di post acuzie nei presidi ospedalieri aziendali che, aggiungendosi ai posti letto dell'Ospedale di Comunità di Ghilarza e di Bosa, saranno in grado di offrire risposte territoriali ai bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale principalmente dei soggetti anziani e/o fragili.

Le residenze sanitarie assistite accreditate presenti nel territorio sono 2: una a Oristano, accreditata provvisoriamente per 61 posti letto di recente istituzione, e una a Milis con 63 posti letto.

RSA - ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE erogata dai centri privati – numero giornate							
	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025	I° Sem. 2026
R3A e R3D - (ex Profili dal 1 al 5)	4.112	3.930	4.723	4.067	3.576	6.166	3.436
R3B - (ex Profili dal 6 al 9)	1.827	1.666	1.311	1.850	1.314	2.207	1.406
R2 - (Terminali e altri ad alta intensità ass.le)	9.695	11.058	10.895	13.382	12.598	15.819	7.786
R1 - (Terminali e altri ad alta intensità ass.le. Ventilati)	1.906	2.218	3.004	2.418	1.468	1.315	1.266
Storno per ricovero	-71	-60	-120	-60	-80	-262	-153
TOT	**17.469**	**18.812**	**19.813**	**21.657**	**18.876**	**25.245**	**13.894**

Tab 24. Fonte: elaborazioni su dati dei Distretti Socio Sanitari

In incremento anche il ricorso all'Hospice per il quale le giornate di ricovero nel periodo 2024-2025 sono aumentate rispetto all'anno 2022. L'incremento di inserimenti rispetto all'anno di apertura dell'Hospice di Oristano (2019), denota come la presenza di questa struttura nel Comune di Oristano costituisca un elemento qualificante per l'offerta in tale ambito, dimostrando quanto avere un'offerta di prossimità incida su una maggiore appropriatezza del ricovero nel livello più consono rispetto al bisogno di salute del paziente. I posti letto sono incrementati da 6 a 8.

Inserimenti presso l'HOSPICE di Oristano – numero giornate							
	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025	I° Sem 2026
Terminali - giornate di degenza	1.795	2.299	1.683	1.757	1.954	2.189	1.033

Tab 25. Fonte: Modello Ministeriale NSIS STS 24
I° Sem 2026 - Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari

Le giornate di ricovero presso le Comunità Integrate sono in forte crescita, come si evince dalla serie storica sotto rappresentata.

Inserimento dei pazienti nelle COMUNITA' INTEGRATE (ex Case Protette) – numero giornate							
	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025	I° Sem 2026
Assistenza socio sanitaria Comunità Integrate	108.117	146.146	161.962	187.382	220.134	243.727	130.153

Tab 26. Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari -

Dopo il periodo emergenziale si registra una forte ripresa anche degli inserimenti presso i Centri Diurni delle attività con profilo assistenziale basso.

CENTRI DIURNI INTEGRATI del privato accreditato - numero giornate							
	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025	I° Sem 2026
Profilo assistenziale basso	1.091	1.169	5.809	6.393	6.008	7.132	3.202
Profilo assistenziale alto	1.373	1.709	1.308	2.037	1.839	889	574
TOT	**2.464**	**2.878**	**7.117**	**8.430**	**7.847**	**8.021**	**3.776**

Tab 27. Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari –

La presa in carico del paziente fragile e le Cure Domiciliari

Nel periodo 2022-2025 in esame il numero dei casi trattati è aumentato (+11% rispetto all'anno 2022). In forte calo il numero di accessi dei MMG e PLS che registra una riduzione del 20% rispetto all'anno precendente. Questi fenomeni sono legati alla presenza di un sempre crescente numero di sedi carenti di assistenza primaria a livello regionale che ha lasciato una parte della popolazione regionale e quindi provinciale senza medico di medicina generale, professionista che gestisce il paziente a domicilio, monitorandone lo stato di salute e coordinando l'azione dei diversi professionisti della salute coinvolti. Per tale motivo è stato previsto di includere i medici degli ambulatori straordinari di cure primarie in tali percorsi. Sono diminuite le ore di assistenza infermieristica prestate nell'anno 2025 (-31% rispetto al 2024).

	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025	VARIAZIONI 2025-2020		I° Sem 2026
					valore assoluto	valore %	
Numero casi trattati	1.576	1.549	1.676	1.757	-60	-3%	1.265
Numero di accessi dei MMG/PLS	14.719	12.277	10.289	8.271	-8.775	-51%	3.931
Numero di ore di Assistenza infermieristica	40.154	49.678	38.992	26.911	-12.799	-32%	21.323

Tab 28. Fonte: Modello Ministeriale NSIS FLS 21
I° Sem 2026 - Fonte *elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari*

L'assistenza socio sanitaria riabilitativa globale

Le prestazioni di riabilitazione globale ex art. 26, legge 833 del 23 dicembre 1978, offerte nel territorio provinciale, sono erogate da strutture proprie e presso centri privati convenzionati che offrono prestazioni residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari.

Tali strutture si inseriscono nella rete riabilitativa locale che si compone altresì dei posti letto per post acuti, con la presenza di 16 posti letto di Medicina Fisica e Riabilitazione codice 56 presso l'ospedale privato Casa di Cura Madonna del Rimedio e dai 10 posti letto di Neuroriabilitazione codice 75 presso l'ospedale San Martino di Oristano. Inoltre la presenza nel territorio della ASL di Oristano del Centro di Cura e riabilitazione Santa Maria Bambina di rilevanza regionale, contribuisce ad assicurare continuità ai percorsi diagnostico-terapeutici specifici.

Le prestazioni erogate dal pubblico registrano volumi molto ridotti rispetto al privato accreditato; quest'ultimo ha incrementato le prestazioni residenziali soprattutto ad elevato livello assistenziale per contro ha ridotto le prestazioni domiciliari e non sono state più erogate prestazioni a ciclo diurno dall'anno 2021.

RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal privato accreditato

	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025	I° Sem 2026
Assistenza residenziale	**n. giornate**	**n. giornate**	**n. giornate**	**n. giornate**	**n. giornate**	**n. giornate**	**n. giornate**
Ciclo continuativo ad elevato livello assistenziale per disabilità fisica, psichica e sensoriale	3.218	2.941	4.569	3.572	4.353	4.655	2.964
Ciclo continuativo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	1.809	1.822	1.385	2.548	2.826	2.638	1.556
Riab. residenziale a valenza socio riabilitativa	4.207	3.700	3.139	2.435	2.266	2.467	537
TOT	**9.234**	**8.463**	**9.093**	**8.555**	**9.445**	**9.760**	**5.067**
Assistenza semi residenziale	**n. giornate**	**n. giornate**	**n. giornate**	**n. giornate**	**n. giornate**	**n. giornate**	**n. giornate**
Ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	0	0	0	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazioni di gravità	39	0	0	0	0	0	0
Diurno a valenza socio riabilitativa per persone con disabilità in situazione di gravità a tempo ridotto	0	0	0	0	0	0	0
TOT	**39**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Assistenza ambulatoriale	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**
Ambulatoriale intensiva	185	1.466	834	844	645	607	143
Ambulatoriale estensiva	11.323	13.784	13.194	11.642	12.281	13.640	5.894
Ambulatoriale mantenimento	618	1.697	367	658	1.726	521	290
TOT	**12.126**	**16.947**	**14.395**	**13.144**	**14.652**	**14.768**	**6.327**
Assistenza domiciliare	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**
Domiciliare estensiva	13.881	16.994	18.901	20.708	20.764	18.169	8.339
Domiciliare di mantenimento	4.369	6.209	4.191	3.859	3.364	3.123	1.192
TOT	**18.250**	**23.203**	**23.092**	**24.567**	**24.128**	**21.292**	**9.531**

RIABILITAZIONE GLOBALE erogata dal pubblico

Trattamenti adulti	**ANNO 2020**	**ANNO 2021**	**ANNO 2022**	**ANNO 2023**	**ANNO 2024**	**ANNO 2025**	**I° Sem 2026**
Assistenza ambulatoriale	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**
Ambulatoriale estensiva	3.016	4.166	4.046	3.905	3.626	4.343	2.442
Ambulatoriale mantenimento	512	812	648	632	261	187	122
TOT	**3.528**	**4.978**	**4.694**	**4.537**	**3.887**	**4.530**	**2.564**
Assistenza domiciliare	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**
Domiciliare estensiva	1.062	1.269	1.709	1.360	1.199	1.473	1.092
Domiciliare di mantenimento	155	546	895	909	696	564	222
TOT	**1.217**	**1.815**	**2.604**	**2.269**	**1.895**	**2.037**	**1.314**
Trattamenti bambini	**ANNO 2020**	**ANNO 2021**	**ANNO 2022**	**ANNO 2023**	**ANNO 2024**	**ANNO 2025**	**I° Sem 2026**
	prestazioni	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**	**prestazioni**
Assistenza ambulatoriale estensiva	1.033	1.172	1.429	1.587	1.695	1.347	737
Domiciliare Estensiva	258	243	298	259	215	193	96
TOT	**1.291**	**1.415**	**1.727**	**1.846**	**1.910**	**1.540**	**833**

Tab29. Fonte: elaborazioni su dati dei Servizi Territoriali dei Distretti Socio Sanitari

L'assistenza specialistica ambulatoriale

Nell'analizzare il dato riferito al triennio 2024-2025 e primo semestre 2026 si rappresenta nel totale un andamento costante dell'attività. Le prestazioni erogate al netto della branca di laboratorio analisi presentano nel biennio 2024-2025 una riduzione del 23% (-121.957 prestazioni) dovuta essenzialmente alla riduzione nella branca di medicina fisica e riabilitazione (in valore assoluto -100.112 prestazioni).

Bisogna tuttavia segnalare che non è possibile produrre un confronto esente da errori tra la produzione del 2025 e quella degli anni precedenti per singola branca, a causa del cambio del nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che, intervenuto nel corso del 2025, ha procurato diversi problemi di collocazione delle singole prestazioni all'interno delle branche. Proviamo comunque a rappresentare le variazioni più consistenti per singola branca e la tendenza nel periodo in esame.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Numero di Prestazioni prodotte dalle Strutture Pubbliche e Private Accreditate della ASL di Oristano anni 2024, 2025 e 1 semestre 2026

Tab. 30 Fonte: file C- ABACO

Branca	Anno 2024	Anno 2025	1semestre 2026	Variazioni % 2025-2024
ANESTESIA	2.313	4.654	2.210	101%
CARDIOLOGIA	46.943	31.141	14.230	-34%
CHIRURGIA GENERALE	2.994	5.557	3.161	86%
CHIRURGIA PLASTICA	1.677	829	532	-51%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	2.371	2.666	1.863	12%
DERMOSIFILOPATIA	2.131	6.566	5.015	208%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	64.812	65.918	37.731	2%
ENDOCRINOLOGIA	2.714	4.378	3.883	61%
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOP. DIGEST.	7.058	7.835	5.280	11%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	1.179.131	1.286.075	724.395	9%
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	209.406	109.294	58.273	-48%
NEFROLOGIA	22.936	21.419	10.848	-7%
NEUROCHIRURGIA	141	1775	733	1159%
NEUROLOGIA	8.568	697	192	-92%
OCULISTICA	13.364	15.804	9.674	18%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	3.492	4.943	2.037	42%
ONCOLOGIA	1048	726	510	-31%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	7.009	14.267	7.102	104%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6.153	7.881	3.486	28%
OTORINOLARINGOIATRIA	4.119	8.824	5.378	114%
PNEUMOLOGIA	1.073	2.937	2.539	174%
PSICHIATRIA	670	666	486	-1%
UROLOGIA	2.327	3.949	3.690	70%
ALTRO	120.367	89.003	40.124	-26%
TOTALE	**1.712.817**	**1.697.804**	**943.372**	**-1%**
TOT al netto della branca di Laboratorio Analisi	**533.686**	**411.729**	**218.977**	**-23%**

Una riduzione importante si registra nella branca di neurologia (-92%).

Si evidenzia invece una tendenza in aumento per le branche di Diagnostica per Immagini, da attribuire al privato accreditato (+19% nel biennio 2024-2025), per la Odontostomatologia (+42%) e per l'Ortopedia (+132% nel biennio 2024-2025 e con una tendenza ad una forte crescita nell'anno 2026), da attribuire al pubblico, e per il Laboratorio Analisi (+12% nel pubblico nel biennio 2024-2025).

Una crescita considerevole in termini di prestazioni erogate che ha riguardato esclusivamente il pubblico, nel biennio 2024-2025, si regista nelle branche di Dermosifilopatia dovuto alla presenza del nuovo servizio ospedaliero (+652% e una tendenza in ulteriore incremento per l'anno 2026), Endocrinologia (+78%), Gastroenterologia (+12% con una tendenza in ulteriore incremento per l'anno 2026), Oculistica dovuto alla presenza del nuovo servizio ospedaliero (+26%), Otorinolaringoiatria dovuto alla presenza del nuovo servizio ospedaliero (+118% con una tendenza in ulteriore incremento per l'anno 2026), Pneumologia (+174% con una tendenza in ulteriore incremento per l'anno 2026), Urologia (+92% con una tendenza in ulteriore incremento per l'anno 2026).

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Numero di Prestazioni prodotte distinte per Strutture Pubbliche e Private Accreditate della ASL di Oristano anni 2024, 2025 e 1 semestre 2026

Tab 31. Fonte: file C- ABACO

	ANNO 2024		ANNO 2025		1 semestre 2026		Variazioni % 2025-2024	
Branca	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato
ANESTESIA	2.313		4.654		2.210	-	101%	
CARDIOLOGIA	37.342	9.601	24.692	6.449	10.791	3.439	-34%	-33%
CHIRURGIA GENERALE	2.599	395	5.098	459	2.810	351	96%	16%
CHIRURGIA PLASTICA	1.677		829		532	-	-51%	
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	1.678	693	1.951	715	827	1.036	16%	3%
DERMOSIFILOPATIA	677	1.454	5.092	1.474	4.213	802	652%	1%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	49.710	15.102	46.390	19.528	23.224	14.507	-7%	29%
ENDOCRINOLOGIA	2.382	332	4.235	143	3.830	53	78%	-57%
GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOP. DIGEST.	6.629	429	7.403	432	4.807	473	12%	1%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	796.212	382.919	889.666	396.409	489.980	234.415	12%	4%
MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	48.456	160.950	38.125	71.169	21.834	36.439	-21%	-56%
NEFROLOGIA	14.215	8.721	14.480	6.939	8.226	2.622	2%	-20%
NEUROCHIRURGIA	141		1.775		733	-	1159%	
NEUROLOGIA	8.568	0	697	-	192	-	-92%	
OCULISTICA	10.201	3.163	12.886	2.918	7.133	2.541	26%	-8%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	3.492		4.943		2.037	-	42%	
ONCOLOGIA	1.048		726		510	-	-31%	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5.676	1.333	13.154	1.113	6.603	499	132%	-17%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6.153		7.881		3.466	20	28%	
OTORINOLARINGOIATRIA	3.980	139	8.672	152	5.297	81	118%	9%

	ANNO 2024		ANNO 2025		1 semestre 2026		Variazioni % 2025-2024	
PNEUMOLOGIA	1.073		2.937		2.539	-	174%	
PSICHIATRIA	465	205	473	193	287	199	2%	-6%
UROLOGIA	1.792	535	3.447	502	3.382	308	92%	-6%
ALTRO	116.862	3.499	88.592	411	39.877	247	-24%	-88%
TOTALE	**1.123.341**	**589.470**	**1.188.798**	**509.006**	**645.340**	**298.032**	**6%**	**-14%**
TOT al netto della branca di Laboratorio Analisi	**327.129**	**206.551**	**299.132**	**112.597**	**155.360**	**63.617**	**-9%**	**-45%**

Di seguito si riportano i dati complessivi di produzione con il dettaglio della mobilità attiva.

Tab32. Produzione Specialistica Ambulatoriale ASL 5 anno 2025 - Numero Prestazioni (CON MOB. ATTIVA)

Branca	ASL Sassari	ASL Gallura	ASL Nuoro	ASL Ogliastra	ASL Medio Campidano	ASL Sulcis	ASL Cagliari	Mob attiva Infra ASL	Mob Extra Regione	ASL Oristano	Produz Totale	% Mob Att sulla prod. Tot
Anestesia	683	265	866	53	77	21	147	2.112	32	2.510	4.654	46%
Cardiologia	451	84	1.988	25	760	35	346	3.689	240	27.212	31.141	13%
Chirurgia Generale	133	14	509	2	178	6	63	905	123	4.529	5.557	18%
Chirurgia Plastica	21	3	66		10	1	10	111	8	710	829	14%
Chirurgia Vascolare - Angiologia	97	19	167	4	142	5	60	494	17	2.155	2.666	19%
Dermosifilopatia	185	21	550	8	272	17	193	1.246	44	5.276	6.566	20%
Diagnostica Immagini - Radiol. Diagnostica	1.499	283	4.790	70	1.322	187	999	9.150	1.198	55.570	65.918	16%
Endocrinologia	194	28	763	2	99	2	61	1.149	22	3.207	4.378	27%
Gastroenterologia - Chir. e Endoscop. Dig	567	51	861	27	222	51	381	2.160	49	5.626	7.835	28%
Lab. Analisi Chimico Cliniche e Microbiol.	5.965	1.486	46.802	422	5.841	1.128	8.006	69.650	16.369	1.200.056	1.286.075	7%
Med. Fisica e Riabilit. - Recupero e Riab.	483	99	1.493	11	352	26	566	3.030	592	105.672	109.294	3%
Nefrologia	34	5	347	1	489		56	932	477	20.010	21.419	7%
Neurochirurgia	12	3	102	3	43	4	19	186	40	1.549	1.775	13%
Neurologia	20	4	48		19	2	13	106	3	588	697	16%
Oculistica	358	86	1.624	31	567	44	285	2.995	89	12.720	15.804	20%
Odontostomatologia - Chir. Maxillo Facciale	27	11	307		119	6	60	530	151	4.262	4.943	14%
Oncologia	1	5	39		5		2	52	1	673	726	7%
Ortopedia eTraumatologia	189	34	930	6	747	37	245	2.188	239	11.840	14.267	17%
Ostetricia e Ginecologia	111	18	351		92	23	83	678	139	7.064	7.881	10%
Otorinolaringoiatria	102	39	892	11	513	42	239	1.838	65	6.921	8.824	22%
Pneumologia	51	14	104	8	132	10	79	398	13	2.526	2.937	14%
Psichiatria	10	8	53	2	9	1	26	109	9	548	666	18%
Urologia	77	18	378	4	142	15	76	710	46	3.193	3.949	19%
Altro	971	248	5.148	51	1.722	160	1.307	9.607	2.297	77.099	89.003	13%
TOTALE	**12.241**	**2.846**	**69.178**	**741**	**13.874**	**1.823**	**13.322**	**114.025**	**22.263**	**1.561.516**	**1.697.804**	**8%**

Le tabelle che seguono riportano la quantità di prestazioni offerte dalle nostre strutture e dalle strutture fuori ambito provinciale rispetto alla domanda dei nostri residenti.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione per i residenti ASL5. Anni 2024-2025 e 1 semestre 2026
Tab.33 Fonte: file C - ABACO

	Anno 2024			Anno 2025			1 semestre 2026		
	Prestazioni	Valore	% prestaz sul totale	Prestazioni	Valore	% prestaz sul totale	Prestazioni	Valore	% prestaz sul totale
Pubblico ASL5	1.023.087	11.051.459	52,74%	1.086.686	12.357.790	56,39%	587.090	6.687.049	56,01%
Privato ASL 5	551.627	7.403.089	28,44%	474.830	7.495.927	24,64%	275.293	4.880.309	26,26%
Produzione TOTALE ASL 5 per residenti	**1.574.714**	**18.454.548**	**81,18%**	**1.561.516**	**19.853.717**	**81,03%**	**862.383**	**11.567.358**	**82,28%**
Produzione ASL 1	9.826	272.702	0,51%	11.649	340.992	0,60%	5.724	187.924	0,55%
Produzione ASL 2	6.976	439.193	0,36%	6.753	373.368	0,35%	2.926	160.425	0,28%
Produzione ASL 3	76.029	2.360.817	3,92%	77.603	2.696.609	4,03%	38.921	1.266.407	3,71%
Produzione ASL 4	1.380	30.333	0,07%	1.280	34.991	0,07%	608	13.611	0,06%
Produzione ASL 6	60.880	1.258.699	3,14%	62.594	1.420.644	3,25%	31.323	666.221	2,99%
Produzione ASL 7	1.272	35.989	0,07%	1.601	52.962	0,08%	783	28.515	0,07%
Produzione ASL 8	77.126	3.490.117	3,98%	69.140	3.440.641	3,59%	34.175	1.703.954	3,26%
Produzione AOU Cagliari	39.690	720.782	2,05%	40.752	796.305	2,11%	6.809	294.326	0,65%
Produzione AOU Sassari	15.875	572.807	0,82%	16.874	611.469	0,88%	20.440	424.343	1,95%
Produzione A.R.N.A.S. Brotzu	76.055	3.270.815	3,92%	77.207	3.226.133	4,01%	44.062	1.925.214	4,20%
Produzione TOTALE da altre ASL e Aziende infra regione	**365.109**	**12.452.253**	**18,82%**	**365.453**	**12.994.114**	**18,97%**	**185.771**	**6.670.939**	**17,72%**
TOTALE PRESTAZIONI PER RESIDENTI ASL 5	**1.939.823**	**30.906.801**	**100%**	**1.926.969**	**32.847.831**	**100%**	**1.048.154**	**18.238.297**	**100%**

L'offerta di prestazioni per i nostri residenti nell'anno 2025 è garantita per l'81% dai presidi pubblici e privati della ASL di Oristano (il 56% viene erogato dal pubblico e il 24% è erogato dal privato accreditato). Il 18,9% viene erogato da altre strutture infra-regione, soprattutto Brotzu (4,1%), ASL di Cagliari (3,59%), ASL di Nuoro (4,%) e ASL Medio Campidano (+3,25%). Nel corso del primo semestre la mobilità passiva è scesa al 17,7%. La stessa analisi fatta sul valore della produzione rivela che il 40% del valore delle prestazioni erogate ai nostri residenti è da riconoscere come mobilità passiva infra regione, tendenza in riduzione nel primo semestre 2026 (37%).

Di seguito si rappresenta il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale, dei nostri residenti, distinto per branca. La tabella riporta la capacità produttiva da parte delle nostre strutture (pubbliche e private convenzionate) rispetto ai fabbisogni dei nostri residenti e indica, per singola branca, quali sono le aziende regionali che erogano prestazioni per i nostri residenti.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Produzione per i residenti ASL5 distinto per Azienda erogante e per branca. Anno 2025

Tab.34 Fonte dati: File C - Abaco

	N° prestazioni												
Branca	ASL1	ASL 2	ASL3	ASL4	ASL6	ASL 7	ASL8	ARNAS Brotzu	AOU Cagliari	AOU Sassari	ASL5	Totale per residenti	% Prest. erogate da ASL5
Anestesia	83	10	217	4	83	5	1.422	245	143	81	2.510	4.803	52%
Cardiologia	394	57	1.696	29	2.470	77	2.735	2.462	644	586	27.212	38.362	71%
Chirurgia Generale	41	42	521	40	141	9	418	369	320	90	4.529	6.520	69%
Chirurgia Plastica		43	188	4	34		88	135	25	143	710	1.370	52%
Chirurgia Vascolare - Angiologia	28	1	387	3	201	1	111	180	161	45	2.155	3.273	66%
Dermosifilopatia	165	10	1.837	15	695	62	515	596	728	234	5.276	10.133	52%
Diagn. per Immagini: Medicina Nucleare		0						921	12	217		1.150	0%
Diagn. per Immagini - Radiol. Diagnostica	1.646	666	8.094	88	12.280	194	12.381	3.376	837	605	55.570	95.737	58%
Endocrinologia	33	14	167	5	512	11	584	33	305	174	3.207	5.045	64%
Gastroenterologia - Chir. ed Endoscop. Digest.	291	62	448	60	1.049	82	1.354	521	535	181	5.626	10.209	55%
Lab. Analisi Chimico Cliniche e Microbiol.	5.241	3.686	39.588	699	29.372	590	29.943	44.458	27.941	10.115	1.200.056	1.391.689	86%
Med. Fisica e Riabilit. - Recupero e Riab.	331	188	1.871	20	5.913	55	4.247	487	209	196	105.672	119.189	89%
Nefrologia	19	10	1.402	4	412	3	1.175	1.544	33	98	20.010	24.710	81%
Neurochirurgia	188	114	775	15	859	45	861	600	264	193	1.549	5.463	28%
Neurologia	13	22	573	51	113	20	476	528	192	87	588	2.663	22%
Oculistica	329	10	1.425	3	1.464	62	1.823	551	1.567	313	12.720	20.267	63%
Odontostomatologia - Chir. Maxillo Facciale	77	2	313	34	512	7	342	158	171	197	4.262	6.075	70%
Oncologia	120	83	1.770	4	1.247	10	597	962	507	249	673	6.222	11%
Ortopedia eTraumatologia	190	118	1.126	43	872	30	659	301	333	254	11.840	15.766	75%
Ostetricia e Ginecologia	113	62	1.106	16	389	13	2.041	198	599	88	7.064	11.689	60%
Otorinolaringoiatria	443	26	944	3	494	34	498	22	1.079	216	6.921	10.680	65%
Pneumologia	422	13	1.363	10	229	40	1.010	28	9	198	2.526	5.848	43%
Psichiatria	25	40	23		12	5	118	354	19	115	548	1.259	44%
Radioterapia		933	4.550					2.779		553		8.815	0%
Urologia	50	40	341	4	343	46	664	262	6	76	3.193	5.025	64%
Altro	1.407	501	6.878	126	2.898	200	5.078	15.137	4.113	1.570	77.099	115.007	67%
TOTALE	**11.649**	**6.753**	**77.603**	**1.280**	**62.594**	**1.601**	**69.140**	**77.207**	**40.752**	**16.874**	**1.561.516**	**1.926.969**	**81%**

Sono erogate dalle strutture extra ASL, per oltre il 40% della domanda, le prestazioni delle branche di:

- Oncologia (89%): erogate dalla ASL 3 di Nuoro per il 28%, dalla ASL 6 del Medio Campidano per il 20% e dal Brotzu per il 15%, con un trend in aumento della produzione aziendale per l'anno 2026,
- Neurologia (78%): erogate in mobilità passiva dalla ASL 3 per il 22%, per il 20% dal Brotzu e dalla ASL 8 per il 18%,
- Pneumologia (57%): erogate dalla ASL 3 di Nuoro per il 23% e dalla ASL 8 di Cagliari per il 17%, comunque in diminuzione rispetto all'anno 2024 e con un trend in aumento della produzione aziendale nell'anno 2026,
- Dermosifilopatia (48%): erogate dalla ASL 3 di Nuoro per il 18% e dalla Azienda Mista di Cagliari per il 7%; mobilità passiva in diminuzione rispetto all'anno 2024 e trend in aumento della produzione aziendale per l'anno 2026,
- Anestesia (48%): con prestazioni fornite dalla ASL 8 per il 30%
- Gastroenterologia (45%): erogate in mobilità passiva dalla ASL 8 per il 13% e dalla AsL del Medio Campidano per il 10%, con un trend in aumento della produzione aziendale per l'anno 2026,
- Diagnostica per Immagini (42%): erogate dalla ASL 3 per l'8%, dalla ASL 8 per il 13% e ASL 6 del Medio Campidano per il 13%, con un trend in aumento della produzione aziendale per l'anno 2026 soprattutto del privato accreditato.

Sono questi i fronti su cui agire prioritariamente per fornire ai nostri residenti la possibilità di ricevere cure nei territori di prossimità, recuperando quella fetta di attività erogata dalle altre ASL o Aziende del territorio regionale, e al contempo ridurre i tempi di attesa per le prestazioni critiche. A tal fine è stato attivato in via sperimentale, con professionista con contratto libero professionale, un ambulatorio per l'offerta attiva di presa in carico rivolto ai pazienti oncologici seguiti per il follw up in altre Aziende sanitarie. Se si conferma l'efficacia di tale azione si intende confermere l'attività. È stato, inoltre, avviato un porcesso di riorganizzazione e monitoraggio dell'attività specialistica ambulatoriale al fine di incrementare la capacità di risposta alla domanda di salute.

Il Dipartimento e i servizi per le patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e comportamentali

Il Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche opera per soddisfare l'esercizio delle funzioni attribuite in materia di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione e integrazione culturale, familiare, sociale e lavorativa dei pazienti con disagio mentale e affetti da dipendenze patologiche.

A tal fine nel Dipartimento è presente un complesso di servizi costituito da équipes multidisciplinari formate da psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri professionali e tutte quelle altre figure necessarie per affrontare la complessità dei problemi connessi alla malattia mentale e alle dipendenze patologiche.

Il ***Centro di Salute Mentale (CSM)*** opera su 5 sedi: Oristano, Ghilarza, Bosa, Ales e Terralba.

Sono presenti inoltre 1 Struttura Residenziale psichiatrica per Adulti a carattere Intensivo ed 1 a carattere estensivo e i seguenti centri privati accreditati:

- 3 Strutture Residenziali - Assistenza Psichiatrica
- 2 Strutture Semiresidenziali - Assistenza Psichiatrica.

La ***Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza (NPIA)*** opera su 5 sedi:
Oristano Terralba, Ales, Ghilarza e Bosa su una popolazione appartenente alla fascia di età 0- 19.
Sono presenti inoltre 2 Strutture Residenziali e 1 Struttura per assistenza ambulatoriale.

Il ***Servizio per le Dipendenze (SerD)*** ha la sua sede su Oristano ed è presente 1 Struttura Residenziale di Assistenza Tossicodipendenti / Alcoldipendenti (privata accreditata).

Il ***Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*** (SPDC) opera con 16 pl nel Presidio Ospedaliero di San Martino di Oristano.

B.4 Area dell'assistenza distrettuale - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa

1) L'assistenza sanitaria di base quale ruolo centrale della sanità territoriale

Il coinvolgimento dei medici delle cure primarie per il prossimo triennio costituisce un requisito essenziale non soltanto per l'efficace operatività delle Case della Comunità e dell'intero sistema di salute territoriale, ma anche per riprendere, d'intesa con le altre componenti aziendali, un'attività concertata di definizione dei modelli di appropriatezza. I principali temi da affrontare insieme riguardano:

- *Gestione della cronicità e della fragilità per una p*resa in carico coordinata del paziente cronico anche tramite i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi tra territorio e ospedale
- *Appropriatezza prescrittiva e condivisione dei percorsi* anche per una riduzione delle liste d'attesa e una uniformità nell'accesso alle prestazioni ambulatoriali e specialistiche.
- *Appropriatezza prescrittiva terapeutica* sulle principali patologie croniche presenti nel nostro territorio (diabete, BPCO, malattie della tiroide, malattie cardiovascolari, ecc..);
- *Digitalizzazione e condivisione dati:* alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e utilizzo degli strumenti di telemedicina per il confronto diretto tra medico di famiglia e specialista.

Per affrontare in maniera struttura alcuni di questi temi sono stati rinnovati nell'anno 2026 alcuni organismi locali quali il tavolo tecnico locale di confronto clinico e le commissioni distrettuali sull'appropriatezza prescrittiva, ponendo le basi per riavviare un confronto tra pari con i diversi interlocutori basato sulla discussione di casi clinici e dati reali di prescrizione.

2) Lo sviluppo delle Reti Assistenziali di Prossimità e degli strumenti per il loro funzionamento per ridurre le disuguaglianze di accesso alle prestazioni sanitarie e socio assistenziali

La Riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, regolata dal decreto n. 77 del 23 maggio del 2022, definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze di accesso.
Il modello di medicina di prossimità proposto dalla riforma dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, che consente a tutti i cittadini l'accesso alle prestazioni sanitarie in maniera diffusa e capillare, permette al contempo lo sviluppo di una medicina virtuosa capace di incrementare la sostenibilità del sistema con la sua azione di filtro sia nella cura delle patologie da primo approccio sia nella selezione degli esami strumentali di primo livello che nell'accesso allo specialista. Senza questo filtro il SSN non reggerebbe per la presenza di richieste spesso inappropriate.

Il vecchio modello assistenziale, orientato alla cura della singola patologia, si è dimostrato inadeguato soprattutto per i pazienti cronici fragili o affetti da multicronicità, determinando una frammentazione delle cure dovuta alla mancata coordinazione tra i diversi operatori sanitari. Tale deficit comunicativo compromette l'efficacia del percorso terapeutico complessivo generando gravi inefficienze, quali la duplicazione delle prestazioni e il rischio di politerapie incongrue o potenzialmente dannose per il paziente.

In linea con i più recenti indirizzi di politica sanitaria e di riorganizzazione territoriale (come le linee guida del DM 77/2022 e gli aggiornamenti del Piano Nazionale della Cronicità), l'obiettivo aziendale è quello di avviare un percorso di **transizione da una medicina d'attesa e frammentata a una medicina d'iniziativa e integrata,** percorso che è anche e soprattutto culturale.

Gli specialisti (cardiologi, diabetologi, pneumologi, ecc.) non prescrivendo più in modo isolato, interverranno come consulenti dell'équipe all'interno dei **Percorsi Assistenziali Diagnostici Terapeutici (PDTA)**; le **Case della Comunità**, quale polo fisico in cui coabitano MMG, specialisti, infermieri e assistenti sociali, facilitano l'eliminazione delle distanze fisiche e burocratiche tra i professionisti e l'interazione tra di essi. **All'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC) come Case Manager,** è affidato un ruolo chiave di coordinamento operativo del percorso, attraverso il contatto diretto con il paziente. **Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e la redazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI)**, anch'esso **Elettronico,** accessibili in tempo reale da tutti i medici coinvolti, saranno strumenti fondamentali per azzerare il rischio di esami duplicati e di interazioni farmacologiche pericolose. Inoltre gli strumenti della **Telemedicina e del Telemonitoraggio,** ridurranno gli accessi impropri in ospedale e garantiranno controlli costanti e capillari nel territorio.

L'avvio della nuova organizzazione e lo sviluppo di tutti gli strumenti ad essa funzionale, è avvenuto con la creazione delle strutture di prossimità finanziate con i fondi del PNRR (COT, Case della Comunità, Ospedali di Comunità).

Nella Provincia di Oristano sono state attivate presso le Case della Comunità **2 COT**, anche grazie alle risorse nazionali e regionali dedicate (investimento 1.2 del PNRR missione 6 componente 1); una nel Comune di Oristano e una nel Comune di Ghilarza. È prevista inoltre una ulteriore COT nel comune di Ales nella futura Casa della Comunità (finanziamenti FESR).

Le Case della Comunità di *Santulussurgiu, Samugheo e Bosa* sono ubicate nelle vecchie sedi dei Poliambulatori e la Casa della Comunità di *Tramatza* è ubicata presso l'ex scuola elementare del Comune. La Casa della Comunità di *Ghilarza* (HUB) è allocata al piano terra del P.O. Delogu e quella di *Laconi* nella sede della ex Casa della Salute. Per quanto riguarda Oristano, il piano di riorganizzazione ha rigiardato la trasformazione del Poliambulatorio *di Oristano* in Casa della Comunità (HUB) e in Centrale Operativa Territoriale.
Nel territorio provinciale di Oristano sono stati attivati **due Ospedali di Comunità** uno a Bosa e uno a Ghilarza. L'ospedale di Comunità di Ghilarza è già attivo dal 18 febbraio 2023 e quello di Bosa è attivo dal maggio 2026.

La presenza continuativa e proattiva **dell'Infermiere di Comunità**, in ogni Casa della Comunità e nelle aree di riferimento, garantisce una risposta capillare ed immediata ai bisogni sanitari di prossimità dei cittadini in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità.
Oltre agli Infermieri di Comunità presenti nelle Case della Comunità, lavoreranno in stretto raccordo con esse anche altri infermieri presso gli ambulatori infermieristici da attivare il alcuni comuni del territorio provinciale.

Il ruolo delle Case della Comunità quali punti di riferimento fondamentali nelle reti di prossimità per garantire assistenza sanitaria e sociosanitaria vicina ai luoghi di vita dei cittadini

Costituite le nuove strutture territoriali e definito il nuovo modello organizzativo con l'individuazione dei servizi garantiti all'interno delle singole Case della Comunità, in relazione al dimensionamento delle stesse, nel prossimo anno si procederà a disciplinare le interfacce con gli altri servizi aziendali e quindi con gli altri Dipartimenti. Si stanno già avviando diverse attività in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione e di Salute Mentale e Dipendenze che per i prossimi anni saranno sempre più strutturate e dettagliate nella loro progettualità.
L'anno 2027 sarà dedicato inoltre al perfezionamento del modello di presa in carico del paziente cronico affetto da diabete, cardiopatie e insufficienze respiratorie che rappresentano le patologie croniche più diffuse. Modello avviato nel secondo semestre del 2026 e che è in corso di definizione. Centrale è il ruolo dell'infermiere case manager che deve occuparsi dell'assistenza del paziente pianificando gli interventi e le modalità dei trattamenti indicati nel piano assitenziale (quali ad esempio la programmazione delle visite specialistiche di follw up, il periodico controllo dei parametri vitali, il controllo dell'aderenza alle terapie, la presa in carico nei diversi setting assistenziali che si dovessero rendere necesari, ecc). La loro funzione quindi, sempre con il consenso del paziente è quella di coordinare l'assistenza lungo il percorso di cura dalla gestione della prevenzione, della fase croncia, della riabilitazione piuttosto che dell'eventuale fase acuta o dimissione e cure a lungo termine, se si presentano nel decorso della malattia.

L'attività iniziata nel 2026 è riferita alla stratificazione della popolazione per livello di complessità (croniche semplici e pazienti con una cronicità complessa e avanzata) per il paziente con diabete, e all'individuazione dei pazienti per singolo comune di residenza afferente alla singola Casa di Comunità. Si sta lavorando ora alla definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) che l'infermiere case manager adotta quale punto di riferimento per la presa in carico del paziente diabetico che accetti tale modalità di gestione della propria patologia. Sempre nel 2026 si sta definendo la stratificazione della popolazione per i pazienti con cardiopatie e insufficienze respiratorie, come già stato fatto per il diabete.

A questi fini, sempre in questi mesi si sta portando avanti una sperimentazione sull'utilità per la stesura del PAI (Piano Assistenziale Individuale), presente, all'interno della Piattaforma Garsia, che potrà essere utilizzato dal case manager per le attività sopra descritte. La piattaforma risponde pienamente alle linee guida del DM 77 e di AGENAS in materia di transizioni di cura e sanità digitale.

Questi modelli, verranno via via estesi ad altre patologie e alla multimorbilità anche con lo scopo di intercettare quella fetta di popolazione non solo che non si cura in maniera appropriata ma che sta rinunciando alle cure o che decide di farsi curare in altre aziende sanitarie regionali o extra regione.

Altro tassello importante posto nel corso del 2026, per costruire una èquipe completa all'interno delle Case della Comunità, è stato quello della individuazione degli enti del terzo settore che collaboreranno in maniera stabile e strutturata, non più marginale o episodica, con la nostra Azienda all'interno delle Case della Comunità, in linea con il principio dettato dal DM 77/2022 di "valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali". La Asl di Oristano con la delibera del 01.10.2026 ha costituito l'albo del terzo settore a cui attingere per attivare le collaborazioni con le associazioni che hanno titolo e competenze e che rappresentano la comunità, la società civile e il mondo del volontariato.

Nel prossimo anno si costruiranno a pieno titolo i progetti di intervento con gli Entri del Terzo settore all'interno di ogni Casa della Comunità.

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) quali strumenti da adottare per la presa in carico dei pazienti nel nuovo modello organizzativo territoriale.

Importanti e funzionali alla presa in carico del paziente sono i progetti di implementazione o aggiornamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). In tal senso, il PDTA deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale o domiciliare, altre in condizione di degenza, finalizzate alla gestione programmata e appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso.
Il PDTA ha un ruolo importante nel nuovo approccio aziendale di presa in carico del paziente cronico così come è importante il passaggio dai PDTA ai PAI (percorsi assistenziali individuali), che personalizzano gli interventi sulle specificità di ogni singolo caso per una presa in carico concreta in particolare in situazioni di polipatologia.
Nel precedente triennio sono stati costituiti dei gruppi di lavoro aziendali multidisciplinari per la redazione dei PDTA per il trattamento dei Tumori alla Mammella, per lo Scompenso Cardiaco, per il trattamento dei Tumori del Colon e del Retto, per il paziente affetto da lesioni da Piede Diabetico e per la transizione dei giovani con Diabete mellito dalla diabetologia pediatria a quella dell'adulto. I progetti, conclusi, hanno coinvolto sia le strutture territoriali che ospedaliere e interessano tutte le fasi del percorso dalla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione. Nel corso del 2026 si è proseguito con lo sviluppo di ulteriori PDTA aziendali soprattutto per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche

(diabete e patologie respiratorie). La scelta dei PDTA è stata fatta in linea con i bisogni di salute presenti nel nostro territorio.

Sempre nel 2026 si completerà la revisione di tutti i PDTA presenti in azienda, per poter provvedere alla loro certificazione rilasciata da enti terzi; in questo senso sono stati formati i referenti aziendali del rischio clinico sulla nuova metodica di redazione ai fini dell'ottenimento della certificazione.

La qualificazione del ruolo dell'Infermiere di Comunità (IFoC) all'interno delle Case della Comunità

L'Infermiere di Comunità (IFoC) è il professionista responsabile dei processi infermieristici, ai sensi del DM 739/94 e delle leggi 42/1999 e 251/2000, in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nel territorio di riferimento, diventa il punto centrale per la popolazione assistita finalizzato ad incrementare la presa in carico e la gestione proattiva dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbidità, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, fa riferimento alla figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità affermando che: "per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, ovvero professionisti che abbiano come setting privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro".

Di seguito i principali compiti dell'IFoC.

- La promozione di stili di vita sani, educazione sanitaria nel singolo (anche sano), nella famiglia e nella comunità.
- La sensibilizzazione all'importanza della diagnosi precoce e arruolamento agli screening proposti sul territorio.
- La presa in carico, approccio proattivo e modelli per la gestione delle cronicità e dei bisogni assistenziali complessi dell'anziano anche con strumenti di telemedicina, teleassistenza e cultura digitale.
- L'insieme delle attività e interventi finalizzati a contenere e controllare gli esiti complessi di una patologia con l'obiettivo di limitare la comparsa di recidive, complicanze o di invalidità. Riprogettare il percorso assistenziale per il paziente cronico.
- L'aiuto, l'educazione terapeutica, il sostegno al caregiver
- La rilevazione dei bisogni nelle cure palliative.
- I bisogni di salute del neonato, lattante e nella prima infanzia nei primi mille giorni di vita. La promozione dell'allattamento materno e di un'adeguata alimentazione.
- La garanzia della continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, grazie alla Centrale Operativa Territoriale (COT), in sinergia con le organizzazioni, i MMG e gli altri professionisti.

Tutto ciò avviene in sinergia e in stretta collaborazione con il MMG, i medici specialisti, le Unità di Valutazione Multidimensionale dei Distretti, i professionisti dei servizi socioassistenziali, le associazioni di volontariato e quanti possono essere coinvolti nel percorso assistenziale del paziente.

Come già riferito, gli infermieri di Comunità stanno lavorando sul nuovo modello di presa in carico del paziente cronico, diabete, cardiopatie e insufficienze respiratorie, come decritto nel precedente paragrafo, con la consapevolezza del ruolo professionale specifico nel sistema integrato di cure territoriali.

Lo strumento di riferimento per la loro attività di presa in carico sarà il Piano Assistenziale Individuale (PAI) che, raccolti e valutati i bisogni clinici, funzionali, sociali e psicologici della persona, definisce gli obiettivi specifici da raggiungere e gli interventi necessari. Si occuperà di mettere in pratica le attività assistenziali programmate, di monitorare periodicamente e valutare i progressi - analizzerà lo stato di salute fisica e psicologica del paziente, valuterà i parametri vitali, rischio di lesioni da pressione, rischio di cadute, dolore e aderenza alla terapia farmacologica - ed eventualmente richiedere un adeguamento del piano. Essendo il professionista più vicino al paziente nella quotidianità clinica, monitora costantemente l'efficacia degli interventi e se le condizioni di salute cambiano, l'infermiere promuove appunto la rimodulazione del PAI segnalando le variazioni al medico e all'équipe.

L'infermiere svolge pertanto un ruolo centrale e di coordinamento clinico. Si posiziona come la figura di raccordo fondamentale tra il medico, il paziente, la famiglia per una presa in carico proattiva.

L'anno 2027 e seguenti pertanto, saranno dedicati a sviluppare questa nuova modalità di presa in carico e a curare e perfezionare le sinergie che dovranno crearsi tra i vari operatori sanitari coinvolti.

La Telemedicina e il Tele-monitoraggio per realizzare l'obiettivo di una medicina più diffusa, flessibile e digitale

Il secondo ambito di intervento citato nel vigente Piano Nazionale della Cronicità è quello della valorizzazione dei modelli innovativi per la gestione della cronicità: *la telemedicina*. Questa permetterà lo sviluppo di modelli di cura in rete e l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza grazie all'uso di tecnologie ICT. Questi strumenti contribuiranno alla costruzione di ambienti di condivisione tra i diversi attori (ospedalieri e territoriali) con lo scopo di migliorare la qualità delle cure.

Tra i progetti avviati nella Asl di Oristano si ricorda quello della telegestione nella diagnosi per immagini in condizioni d'urgenza, definita grazie all'apporto di diversi professionisti. La procedura viene utilizzata per esami d'urgenza che non richiedono la somministrazione del mezzo di contrasto, in condizioni di estrema sicurezza per il paziente, come previsto dalla normativa nazionale. Il tecnico sanitario di radiologia medica, presente nel luogo dell'esame, lo esegue ed invia in tempo reale le immagini, attraverso il sistema RIS-PACS, al radiologo, che a distanza effettua la telediagnosi e rinvia il referto al mittente.

Altro ambito in cui la telemedicina è utilizzata in questa Azienda è quello cardiologico per il quale è attivo un ambulatorio infermieristico per il monitoraggio dei valori da remoto nei pazienti portatori di dispositivi impiantabili.

Le trasformazioni in atto richiedono un'assistenza sempre più diffusa, flessibile e digitale, capace di raggiungere il cittadino ovunque si trovi nelle periferie più remote, anche attraverso strumenti di telemedicina. Lo sviluppo di strumenti di telemonitoraggio e televisita tra paziente e professionista che ha in carico il paziente, o di teleconsulto tra professionisti in presenza remota, permetterà di effettuare visite, follow-up e monitoraggio dei pazienti che non possono avvicinarsi ad uno dei nodi della rete assistenziale.

A questo proposito è stata introdotta Pohema**,** la nuova piattaforma regionale di telemedicina adottata dalla Regione Sardegna e gestita da ARES Sardegna nell'ambito della Missione 6 del PNRR (Salute e Resilienza). I servizi inclusi sono i seguenti:

- Televisita: per consentire ai pazienti di collegarsi con il medico da casa.
- Teleconsulto: per lo scambio di informazioni e pareri clinici a distanza tra diversi professionisti sanitari.
- Telemonitoraggio: per il controllo periodico di parametri vitali certificati come dispositivi medici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, glicemia e saturazione di ossigeno)

L'implementazione della piattaforma regionale di telemedicina ha seguito una strategia progressiva di implementazione basata su tappe operative e progetti pilota territoriali.

Sono state organizzate delle giornate di formazione dedicate a infermieri e medici a cui sta seguendo l'attività di configurazione dell'autenticazione sicura tramite SPID, CIE o TS-CNS per medici e cittadini all'interno dell'Infrastruttura.

Questa piattaforma si appoggia alla parallela distribuzione da parte di ARES delle apparecchiature portatili di telemedicina (progetto *COT Device)* integrate nativamente con l'ecosistema cloud Pohema.

Le apparecchiature - tra cui monitor spot-check, elettrocardiografi portatili, spirometri, ecotomografi, ecc.-, potranno essere utilizzate sia al domicilio del paziente che nelle Case della comunità, e saranno distribuite da ARES in modo uniforme a tutte le Aziende Sanitarie. Le tecnologie potranno essere successivamente implementate sulla base delle esigenze organizzative di ciascuna realtà territoriale.

Quando i medici effettuano una visita anche al domicilio di un paziente fragile o cronico, utilizzano i kit tecnologici del progetto *COT Device, i* dati clinici, gli esami strumentali (es. un elettrocardiogramma o una spirometria) e i parametri vitali rilevati vengono trasmessi automaticamente in tempo reale sulla piattaforma Pohema.

Da qui, i medici specialisti o i medici di base possono visualizzare i referti da remoto tramite la piattaforma cloud, attivando percorsi di teleconsulto multidisciplinare o telemonitoraggio continuo, riducendo drasticamente la necessità per il paziente di spostarsi fisicamente verso le strutture territoriali o ospedaliere.

Nel prossimo triennio, si procederà allo svluppo dell'utiizzo della telemedicina e telemonitoraggio nell'ambito, in particolare dei percorsi di gestione delle patologie croniche per i pazienti in carico alle Case della Comunità.

Lo sviluppo dell'assistenza intermedia sul territorio attraverso gli Ospedali di Comunità (OSCO)

Altro importante progetto di qualificazione dell'assistenza territoriale riguarda lo sviluppo delle cure intermedie attraverso *gli Ospedali di Comunità (OSCO)* che garantiscono risposte tempestive, efficaci ed integrate, di fronte a bisogni complessi, sociali e sanitari di continuità assistenziale, principalmente dei soggetti anziani fragili utili anche per arginare i

ricoveri ospedalieri inappropriati. Tale forma di assistenza territoriale è finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti.
Nel territorio provinciale di Oristano sono presenti due Ospedali di Comunità finanziati con i fondi del PNRR (missione 6 componente 1 investimento 1.3), 1 a Bosa e 1 a Ghilarza, previsti anche nella Rete Ospedaliera adottata dalla Giunta Regionale (delibera n. 6/15 del 02.02.2016) e approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017.

E' prevista poi l'apertura di un terzo ospedale di comunità ad Ales (fondi SNAI).

Il modello organizzativo degli Ospedali di Comunità della Provincia di Oristano si caratterizza per la condivisione delle risorse umane e strumentali tra territorio e presidio ospedaliero; al momento, anche in relazione alla grave carenza di Medici di Medicina generale nel territorio provinciale, le attività di coordinamento sono svolte da un Dirigente medico ospedaliero che garantisce l'attività clinica dei pazienti.

L'ospedale di Comunità di Ghilarza è attivo dal 18 febbraio 2023, primo in regione Sardegna, l'OSCO di Bosa è attivo dal mese di maggio 2026. Di seguito l'attività dell'OsCO di Ghilarza che opera ormai a regime da alcuni anni.

Attività Ospedale di Comunità di Ghilarza

	Anno 2025	I semestre 2026
numero ammessi	210	81
Età media	80	81,8
numero di pazienti con degenza oltre i 35 giorni	15	2
numero deceduti	20	4
numero trasferiti in urgenza	22	6

L'anno 2027 sarà dedicato alla piena funzionalità dell'Ospedale di Comunità di Bosa e alla definizione del suo modello organizzativo e di raccordo con le altre strutture.

Per l'anno 2027 è previsto lo sviluppo del percorso assistenziale del paziente con distrubi cognitivi e demenze integrato con l'Ospedale di Comunità ove alcuni di quesi pazienti più critici potranno trovare collocazione durante il loro percorso di cura. Il *Centro Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD),* che troverà collocazione da un punto di vista organizzativo all'interno del Dipartimento delle attività territoriali, rappresenta da tempo il punto di riferimento aziendale per la diagnosi e cura dei disturbi cognitivi e comportamentali correlati alle demenze. La demenza di Alzheimer è la più comune forma di demenza, rappresentandone oltre il 60% dei casi; la prevalenza aumenta con l'età ed è stimata fino al 30% nella popolazione over 65 anni. La rete aziendale per la Diagnosi e la Cura delle Demenze ha il suo centro principale a Ghilarza; nel corso del 2025 sono state aperte le sedi di Terralba, Ales e Oristano e dal 2026 è attiva la sede di Bosa.

La gestione del nuovo modello di erogazione delle Cure Domiciliari integrate

L'Assistenza domiciliare, si riferisce all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc. sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana; il tutto si svolge all'interno dell'ambito domestico del paziente che si tende a promuovere quale primo luogo di cura. Il potenziamento di questa forma di assistenza alternativa al ricovero, in particolare delle cure domiciliari integrate e delle cure palliative avviene in stretto raccordo con le programmazioni locali sociali e socio sanitarie dei PLUS.

Il DM 77/2022, con la cornice del PNRR, tra gli obiettivi di potenziamento delle attività distrettuali individua:

- la casa come luogo privilegiato dell'assistenza e dell'integrazione socio-sanitaria;
- lo sviluppo di equipe multiprofessionali, per prendere in carico la persona in modo olistico soprattutto nelle condizioni di fragilità.

Il servizio si integra direttamente con le attività delle Case della Comunità (CdC) all'interno del modello organizzativo mirato alla gestione della cronicità e alla tutela dei soggetti non autosufficienti.

Di recente, il modello di erogazione del servizio è cambiato, passando da una gestione diretta ad una esternalizzata. Il modello di presa in carico e la valutazione del piano assistenziale (PAI) non è modificato rispetto al passato; il MMG/ specialista ospedaliero prende il carico il caso e propone il PAI alla Unità di Valutazione Territoriale (UVT) per la sua valutazione. L'erogazione delle cure da parte degli infermieri, fisioterapisti e OSS invece è ora svolta dal soggetto privato che si reca a casa del paziente per eseguire le prestazioni approvate nel PAI. Rimane in capo alla ASL la vigilanza sul rispetto del capitolato d'appalto, sui tempi di intervento e sulla qualità delle cure prestate.

Il prossimo anno 2027 pertanto sarà dedicato alla riorganizzazione del servizio a seguito della definizione dei nuovi ruoli.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nella Missione 6, Componente 1, Investimento 1.2.1 "La casa come primo luogo di cura (ADI)", pone come obiettivo quello di aumentare il volume delle prestazioni erogate in assistenza domiciliare, fino a prendere in carico almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni.

Il Programma nazionale per l'equità nella salute (PNES) per l'accesso alle cure delle fasce più deboli della popolazione

Il (Pnes) con la sua area di intervento "Contrastare la povertà sanitaria", ha come obiettivo quello di portare l'assistenza sanitaria fra le fasce di popolazione che, a causa di fattori sociali, economici, burocratici, linguistici e culturali, restano escluse dalle cure: persone in estrema povertà, senza fissa dimora, migranti.

Dal mese di febbraio 2026, presso la Casa della Comunità di Oristano, è attivo l'ambulatorio infermieristico dedicato alle persone in condizioni di vulnerabilità economica e socio-sanitaria.
Il nuovo servizio è mirato a garantire l'assistenza sanitaria di base ai cittadini che, per limiti economici o burocratici (in particolare quelli con Isee inferiore ai 10.000 euro o stranieri privi del codice Stp/Eni) hanno difficoltà di accesso alle cure. Compito dell'ambulatorio infermieristico sarà prenderli in carico ed accompagnarli in un percorso di valutazione delle condizioni di salute generali, con la rilevazione di parametri vitali, pressione, glicemia, saturazione e dello

scompenso, nella somministrazione di eventuali terapie intramuscolari, sottocutanee o endovenose, nell'esecuzione delle medicazioni, rimozione di punti, ma anche offrire loro il supporto e le istruzioni per la gestione di cateteri e stomie. L'ambulatorio infermieristico si occuperà anche del monitoraggio periodico dei pazienti, con richiami telefonici per verificare l'aderenza alla terapia, rilevare eventuali problemi ed offrire un supporto emotivo. L'accesso alle prestazioni ambulatoriali avverrà su indicazione dei servizi sociali dei Comuni del territorio della Asl di Oristano, dei servizi territoriali di front office, dei medici di medicina generale o dei medici aderenti al Programma nazionale per l'equità nella salute.
Lo sviluppo del programma nel prossimo anno, prevede anche l'attivazione di ambulatori medici di prossimità e itineranti, a bordo di un motorhome, la distribuzione gratuita di farmaci e di protesi odontoiatriche, il sostegno psicologico e l'educazione sanitaria per la prevenzione delle diverse patologie.

1) Riqualificare l'assistenza specialistica ambulatoriale e completare i progetti di digitalizzazione e trasparenza

L'attività territoriale integrata prevede anche interventi di specialistica ambulatoriale per la gestione della cronicità e dell'acuzie a basso/medio carico, garantendo continuità assistenziale tra ospedale e territorio.
Nella erogazione delle prestazioni ambulatoriali diventa fondamentale continuare il lavoro svolto sull'appropriatezza prescrittiva e sulla definizione della priorità clinica delle prestazioni per garantire l'equità di accesso e il perseguimento della qualità e dell'efficacia clinica coerente con i bisogni del paziente. Nella presa in carico del paziente non ci si dovrà più orientare come in passato alla prescrizione della singola prestazione ma piuttosto si dovrà offrire una risposta diversificata rispetto ai vari bisogni, anche mediante il ricorso ai percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) e ai piani assistenziali individuali (PAI), con i quali si attua la presa in carico proattiva del paziente cronico, migliorando la qualità della vita e riducendo le ospedalizzazioni improprie.
Le prestazioni previste dal PAI infatti non devono transitare per le agende "pubbliche" del CUP, su richiesta dell'utente, ma devono essere programmate in agende "escludìsive", sempre configurate nel sistema CUPWEB, gestite direttamente dallo specialista o dai servizi territoriali (infermiere di Comunità, COT ecc). La prenotazione programmata delle visite di controllo del paziente cronico, preso in carico nel nuovo modello aziendale, garantisce una adeguata gestione della patologia del paziente con anche una riduzione dei tempi di attesa per le prime visite per quei pazienti che ne hanno necessità (cittadino che presenta sintomi o segni clinici nuovi, mai inquadrati prima o un cittadino a cui è già stata diagnosticata una malattia in passato, ma che si trova di fronte a un peggioramento improvviso del quadro clinico e alla comparsa di nuove complicanze per cui si rende necessario ridefinire radicalmente la terapia o la diagnosi e i controlli ordinari).
Ne discende quindi la necessità di riorganizzare le agende Cup aziendali secondo questa nuova logica.
Si è poi lavorato sul recupero della mobilità passiva per le branche critiche assegnando specifici obiettivi alle strutture territoriali e ospedaliere di al fine di incrementare le prestazioni offerte per le prime visite e gli esami strumentali oggetto di monitoraggio, in particolare con classe di priorità D **D**ifferibile e P **P**rogrammata, per le quali i tempi di attesa sono più critici nella nostra Azienda.

Altro fronte su cui si è lavorato ha riguardato la riorganizzazione della segreteria CUP che, individuata nei suoi compenenti nel corso del 2026, dovrà ora garantire un maggior presidio delle modalità di erogazione delle prestazioni.

Nel prossimo triennio inoltre si dovrà proseguire insieme ai prescrittori con azioni mirate all'utilizzo sistematico delle classi di priorità, sulla base delle corrette indicazioni cliniche; del corretto inserimento del quesito diagnostico, e sulla corretta individuazione e indicazione dei primi accessi e degli accessi successivi.

Infine si sta lavorando sul servizio di recall dei pazienti prenotati per un visita o un esame in prossimità della data di erogazione della prestazione per evitare che appuntamenti vadano deserti a causa di dimenticanze o impossibilità del paziente, liberando posti per altri utenti in lista; l'annullamento tempestivo permette di rimettere immediatamente il posto nel circuito delle prenotazioni.

Come conseguenza delle azioni descritte ci si aspetta un miglioramento per il prossimo triennio dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche. Rispetto all'attuale situazione, rappresentata nella tabella che segue, l'obiettivo è quello di garantire che le prenotazioni delle prestazioni possano avvenire entro i tempi di garanzia per classe di priorità: Classe **U**rgente (72 ore), Classe **B**reve (10 giorni), Classe **D**ifferibile (30 gg per le prime visite e 60 gg per prestaz. diagnostiche), Classe **P**rogrammata (entro 120 giorni).

Prenotazioni entro i tempi - volumi e % per Classe di Priorità e Tipologia (ASL Oristano gennaio - giugno 2026)								
Tipologia	**Classe U %**	**Classe U Volume**	**Classe B %**	**Classe B Volume**	**Classe D %**	**Classe D Volume**	**Classe P %**	**Classe P Volume**
Visite	100,0%	400	99,8%	1.606	39,5%	4.452	63,0%	9.093
Diagnostica	98,1%	53	99,8%	530	80,4%	2.653	82,2%	8.185
Totale	**99,8%**	**453**	**99,8%**	**2.136**	**54,8%**	**7.105**	**72,1%**	**17.278**

Tab. 36 Prenotazioi entro i tempi di garanzia – primo semestre 2026

Legenda "% entro i tempi":

≤ 60%	*critico*
61 – 89%	*parziale*
> 89%	*obiettivo PNGLA raggiunto (≥90%)*

Per riportare i tempi di attesa all'interno dello standard regionale, sul fronte dell'offerta si dovrà inoltre investire sull'assunzione di nuovi specialisti per le discipline carenti.

2) ***La presa in carico riabilitativa della persona adulta ed in età evolutiva delineando il nuovo modello di presa in carico riabilitativa della persona adulta ed in età evolutiva***

Ad oggi il settore della riabilitazione è sviluppato nel territorio regionale con notevoli criticità, in particolare la disomogeneità di distribuzione dei servizi da cui consegue una evidente difformità di accesso. Attualmente la gestione dei percorsi riabilitativi è affidata all'attività dei servizi di riabilitazione attivi nelle singole ASL regionali e nelle strutture private accreditate e contrattualizzate con il principio del tetto di spesa annuale.

Nel 2011 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il Piano di Indirizzo per le attività di riabilitazione (Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011) con il quale veniva scelto il modello dipartimentale per la governance dei servizi riabilitativi. Il Dipartimento di riabilitazione fornisce la garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che ne hanno bisogno e rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance. Il Dipartimento di riabilitazione deve farsi garante di una forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati, eventualmente presenti sul territorio, secondo i principi di efficienza ed appropriatezza.

Nell'anno 2027 la nostra Azienda sarà interessata da profonde novità di tipo organizzativo dettate dall'art 12 della LR n. 8/2025, di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del sistema sanitario regionale, il quale prevede che le strutture di riabilitazione aziendali siano funzionalmente integrate nel dipartimento regionale della riabilitazione e dello sviluppo dell'autonomia (DRRSA), sviluppato in forma interaziendale, anche per macroaree territoriali.

il Dipartimento regionale della riabilitazione e sviluppo dell'autonomia (DRRSA), composto dai dipartimenti di riabilitazione o, in mancanza, dalle strutture di riabilitazione delle aziende socio-sanitarie locali ed ospedaliere, si raccorderanno anche con le strutture private accreditate, e sarà diretto dal direttore del (CRRSA). Quest'ultimo sarà costituito nell'ambito della nostra Azienda e avrà funzioni di supporto tecnico-scientifico della Regione e del sistema sanitario regionale in materia di presa in carico riabilitativa della persona adulta ed in età evolutiva. La nuova organizzazione sarà in grado di promuovere la prevenzione della disabilità con l'adozione delle migliori pratiche basate sull'evidenza scientifica, la ricerca, la formazione continua, coordinare l'organizzazione complessa e multidisciplinare su tutto il territorio regionale, con l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini un accesso equo e tempestivo ai servizi riabilitativi, personalizzati e integrati, volti al massimo recupero funzionale e al miglioramento della qualità della vita, favorendo l'inclusione sociale e l'autonomia.

3) ***Arginare l'elevata incidenza delle patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze da sostanze e comportamentali, con l'implementazione di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la costruzione di reti aziendali e interistituzionali***

Il dipartimento di salute mentale e dipendenze nell'anno 2027 sarà interessato da profonde novità di tipo organizzativo dettate dall'art 12 della LR n. 8/2025, di adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale del sistema sanitario regionale, il quale prevede che il dipartimento di salute mentale e dipendenze aziendale sia funzionalmente integrato nel dipartimento regionale della salute mentale e delle dipendenze (DRSMD).

Il dipartimento regionale della salute mentale e delle dipendenze (DRSMD) è composto dai dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze delle aziende socio-sanitarie locali ed è diretto dal direttore del CRSMD.
Il CRSMD ha funzioni di supporto tecnico-scientifico della Regione e del sistema sanitario regionale in materia di presa in carico, cura e riabilitazione delle malattie mentali e delle dipendenze e di governo del sistema di controllo delle stesse.

Il Centro di Salute Mentale (CSM): interventi da sviluppare

Da un'analisi osservazionale si evidenzia, negli ultimi anni, un aumento delle richieste spontanee di intervento da parte dell'utenza, molte delle quali effettuate in regime d'urgenza. Inoltre, si rileva un aumento delle richieste di intervento provenienti dall'Autorità Giudiziaria per la presa in carico di persone con fragilità psichica autori di reato, talvolta con richiesta di inserimenti urgenti in Struttura Residenziale Psichiatrica.

Ciononostante il Servizio garantisce una presa in carico tempestiva e multi-professionale, principalmente per i casi complessi e di esordio psicotico, con interventi di tipo individuale e gruppale, di tipo farmacologico, psicoterapico e riabilitativo, con ricerca di una collaborazione costante con gli altri servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, con la Comunità e la rete dei Servizi.

Il Servizio procederà il proprio lavoro garantendo il mantenimento di una presa in carico tempestiva, multi-professionale e talvolta prolungata nel tempo vista la cronicità dei quadri della maggior parte dell'utenza. Si lavorerà inoltre per potenziare la rete territoriale integrata (MMG, servizi sociali, volontariato, cooperative) e cercare di favorire il lavoro congiunto con gli altri Servizi del DSMD (SERD, NPIA, SPDC) per i casi complessi. Particolare impulso sarà dato poi al lavoro di lotta allo stigma nella comunità. Sarà infine utile intensificare la collaborazione con i rappresentanti di associazioni di utenti e familiari, con i rappresentanti di Enti Istituzionali, parti sociali, privato sociale e imprenditoriale.

L'inclusione del CSM all'interno delle Case della Comunità potrà favorire l'integrazione con il territorio e gli enti locali al fine di garantire politiche di inclusione per persone con problemi di salute mentale, centrate sul diritto alla casa, all'abitare e alla coprogettazione attiva al proprio progetto di vita (diritto all'autodeterminazione), attraverso il Budget di Salute, con attivazione di progettualità già esistenti (Dopo di Noi, Vita Indipendente, etc.).

In attesa di porre le basi per un lavoro in rete strutturato il CSM, si intende proporre degli incontri periodici di collaborazione con la rete dell'assistenza primaria, finalizzate a una raccolta dei bisogni e a concordare linee operative per l'individuazione precoce dei casi a rischio, la gestione dei disturbi organici del paziente in carico al CSM e la gestione dei disturbi emotivi comuni. Così come si rapporterà maggiormente con gli altri servizi sociosanitari territoriale (es. PUA, consultori, ecc.). Proseguirà inoltre con gli incontri periodici con gli altri Servizi del Dipartimento di SMD (SERD, NPIA, SPDC).

Tra la S.C. Cure Territoriale CSM di Oristano, sedi CSM di Oristano, Ghilarza e Terralba e le Case di Comunità della ASL 5 di Oristano è in corso l'attivazione del servizio di telemedicina (es. teleconsulto) che garantirà l'assistenza sanitaria a distanza (attualmente si stanno ultimando le attività formative obbligatorie preliminari all'abilitazione dei singoli Operatori a tali servizi).

I professionisti del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dimostrano una elevata competenza nell'affrontare le problematiche che riguardano le patologie legate ai disturbi mentali e alle dipendenze (da sostanze e non), ma è necessario rafforzare l'integrazione con i servizi distrettuali e con tutti i nodi della rete sociosanitaria. Nell'anno 2026 sono state avviate una serie di attività che si concluderanno nel prossimo anno relativamente a :

- la presa in carico integrata dei casi ad elevata complessità afferenti a piu servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD), al fine di garantire continuità assistenziale, ridurre la frammentazione degli interventi, favorire la corresponsabilità clinica e multiprofessionale, migliorare il coordinamento tra i servizi e rendere chiari ruoli, responsabilità, tempi e modalità di verifica del percorso. A tal fine è stata redatta una procedura condivisa con tutti i servizi del Dipartimento per l'esame congiunto dei casi complessi attraverso le Unità di Valutazione Multidisciplinare e la redazione di un Piano terapeutico e riabilitativo integrato individuale. Sempre nell'anno 2026 è stata redatta una procedura con lo scopo di definire le modalità operative di transizione condivisa dei pazienti affetti da patologie psichiatriche dal Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ai Centri di Salute Mentale al compimento del 18° anno, che consentano la prosecuzione del percorso terapeutico (sia esso ambulatoriale, residenziale o semiresidenziale) dopo il compimento del diciottesimo anno;
- lo sviluppo di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la programmazione di attività ed eventi con Enti istituzionali, Associazioni di volontariato, MMG e con incontri aperti anche a tutta la popolazione, finalizzata a sensibilizzare l'opinione pubblica e gli Operatori del settore sulle tematiche inerenti alla Salute Mentale. L'inclusione dei servizi del DSMD di Oristano all'interno delle Case della Comunità potrà favorire l'integrazione con il territorio (MMG, servizi sociali, volontariato, cooperative). Attualmente è in corso di definizione un protocollo con i MMG finalizzato alla raccolta dei bisogni e a concordare linee operative per l'individuazione precoce dei casi a rischio, la gestione dei disturbi organici del paziente in carico al CSM e la gestione dei disturbi emotivi comuni;

L'anno 2027 sarà dedicato alla misurazione dell'efficacia delle procedure e protocolli e all'eventuale adeguamento degli stessi.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) : interventi da sviluppare

Sono stati pubblicati ad aprile 2026 i dati del Rapporto Salute Mentale, relativi all'anno 2024.

In Italia gli accessi al Pronto Soccorso per motivi psichiatrici sono stati 636.113 in totale, pari al 3,3% di tutti gli accessi al PS (+10% rispetto al 2023, quando erano 573.663). Nello stesso anno: 4.586 TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) e 845.516 persone assistite dai servizi specialistici.

La lettura che dà il Ministero è questa: diminuiscono leggermente gli utenti presi in carico dai servizi territoriali (-1% da 854.040 nel 2023 a 845.516 nel 2024) ma esplode il ricorso all'emergenza.

In Sardegna gli accessi al Pronto Soccorso psichiatrico, sempre nell'anno 2024 sono stati 13.364 (9,7 accessi ogni 1.000 abitanti - sotto la media nazionale che è 12,7). Di questi: il 12,1% esita in ricovero e il 75% torna a domicilio (media nazionale).

Sempre in Sardegna sono stati registrati TSO: 1,6 ogni 10.000 abitanti contro lo 0,9 nazionale, quasi il doppio; le riammissioni entro 30 giorni: 16,1% contro il 14,3% nazionale.

In sintesi: più TSO e più ritorni in ospedale. E i 13.364 (sotto la media nazionale) accessi in PS sono probabilmente sottostimati, perché molte schede PS in Sardegna non riportano la diagnosi psichiatrica come motivo principale.

A livello nazionale, per il 2024 - ultimo Rapporto Salute Mentale Ministero della Salute pubblicato a maggio 2026 - su 636.113 accessi totali al PS per motivi psichiatrici la ripartizione per diagnosi è questa:

- sindromi nevrotiche e somatoformi rappresenta la diagnosi più frequente, il 36%,
- disturbi dell'umore il 28,7%,
- demenze e disturbi mentali organici il 8,1%,
- schizofrenia e altre psicosi funzionali il 7,8%,
- disturbi della personalità e del comportamento il 7,6%,
- alcolismo e tossicomanie il 6,3%,
- depressione il 3,8% mania e disturbi affettivi bipolari il 1,3%,
- ritardo mentale il 0,06%.

Una delle problematiche evidenziate dal suddetto rapporto risiederebbe in quelli che vengono definiti "ricoveri ripetuti", che in letteratura fanno riferimento al fenomeno del "revolving door" o porta girevole, per cui in seguito ad una dimissione spesso si verifica un precoce ritorno al servizio dedicato alle acuzie e quindi ad un successivo ricovero. Tale fenomeno, secondo il rapporto, sarebbe indice di scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzierebbe problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei Servizi di salute mentale.

L'intervento precoce rientra tra gli elementi cardine degli interventi in psichiatria ed impatta in maniera ingente sulle possibilità di ripresa ed inserimento del soggetto.

Col termine "intervento precoce" si considerano, nello specifico, due aspetti sostanziali nella gestione della Salute Mentale: l'area della prevenzione, con l'individuazione della popolazione a rischio e l'intervento tempestivo già dall'esordio di malattia.

Poter attuare un intervento precoce permetterebbe una maggiore remissione sintomatologica con un margine più ampio di ripresa e la possibilità effettiva di realizzare un percorso personale, clinico e sociale di Recovery.

La dimissione del paziente dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) rappresenta una fase cruciale del percorso di cura, poiché segna il passaggio dalla gestione ospedaliera alla continuità delle cure specialistiche sul territorio. Questo processo, infatti, non deve coincidere semplicemente con la conclusione del ricovero, ma richiede un'attenta valutazione clinica, assistenziale, educativa, sociale ed organizzativa del paziente e delle sue risorse, finalizzata a favorire l'adesione del paziente al percorso riabilitativo e la presa in carico da parte dei servizi di salute mentale territoriali.

Si ritiene pertanto che obiettivo principale sia favorire la capacità di intercettare tempestivamente i pazienti che presentano aspetti che potrebbero tradursi in una complessità della dimissione. Questa può variare in relazione alle condizioni cliniche, al livello di autonomia del paziente, alla presenza di una rete familiare e sociale di supporto, alle eventuali comorbilità mediche e alla necessità di attivare la presa in carico dei servizi territoriali.

La valutazione precoce della complessità della dimissione costituisce, pertanto, uno strumento fondamentale per pianificare interventi personalizzati, prevenire nuove ospedalizzazioni (inclusi i "revolving door") e favorire il reinserimento del paziente nel suo contesto di vita famigliare e sociale.

Operativamente si potrà prevedere, in ingresso, in itinere e prima della dimissione del paziente dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, l'impiego della SCD-SPDC (Scala di Complessità alla Dimissione – Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), con lo scopo primario di classificare il livello di bisogno assistenziale del paziente, individuando coloro che necessitano di un percorso di dimissione semplice, intermedio o ad alta complessità, e del coinvolgimento dei servizi territoriali.

Altre finalità sono quelle di evitare che i tempi di degenza si possano protrarre in modo infruttuoso a causa di difficoltà nella dimissione, di individuare potenziali condizioni sfavorevoli nel post-dimissione e di ostacoli alla re-inclusione nella comunità di vita.

La scala è stata sviluppata attraverso un processo articolato in più fasi.

Sulla base della letteratura, dell'esperienza clinica e del confronto con professionisti esperti (Università di Bologna) sono state individuate le principali dimensioni potenzialmente associate alla difficoltà della dimissione.

L'impiego della SCD-SPDC ha, infine, lo scopo di fornire ai Servizi Territoriali di competenza una prima valutazione multidimensionale che consideri gli aspetti: condizione clinica, rischio clinico, autonomia personale, aderenza/consapevolezza del trattamento, condizione abitativa, rete familiare, rete sociale, necessità di interventi territoriali, disponibilità dei servizi territoriali, continuità terapeutica, problematiche amministrative/giuridiche, necessità di coordinamento interprofessionale, disponibilità di una soluzione assistenziale appropriata, necessità di interventi educativi/riabilitativi o di diversi livelli di intensità, stabilendo altresì il livello di priorità.

L'attribuzione di punteggi consente di individuare in modo razionale le situazioni di maggior rischio e quindi di porre una maggiore attenzione rispetto all'attivazione di un percorso di presa in carico e assunzione in cura.

Le valutazioni verranno condivise all'interno dell'equipe multidisciplinare del SPDC e con le equipe dei Servizi Territoriali competenti.

Il Servizio per le Dipendenze (Ser.D.): interventi da sviluppare

La collaborazione con i servizi socio sanitari territoriali, anche nelle Case della Comunità, permette una presa in carico integrata e personalizzata con l'attivazione di équipe multidisciplinari, che comprendano medico, psicologo, assistente sociale, infermiere, educatore professionale. I servizi del Ser.D. si integrano progressivamente con l'attività di prossimità delle Case della Comunità della provincia.

Per quanto riguarda gli interventi realizzati e programmati nell'ambito delle Case della Comunità, il Ser.D. ha elaborato il progetto *"Il benessere nella comunità"*, finalizzato allo sviluppo di un modello di collaborazione strutturata con le Case della Comunità, orientato alla prevenzione delle dipendenze patologiche, alla promozione della salute, all'intercettazione precoce delle situazioni di vulnerabilità e al miglioramento dell'accessibilità ai servizi specialistici.

Il progetto prevede il coinvolgimento dei tre Distretti sanitari aziendali — Oristano, Ghilarza-Bosa e Ales-Terralba — e l'integrazione operativa con il Dipartimento di Prevenzione, i Consultori familiari, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e gli altri servizi territoriali.

A partire da questo anno 2026 sono previsti incontri nelle Case della Comunità dei tre Distretti sanitari, finalizzati a illustrare alla cittadinanza e agli operatori sanitari le attività del Servizio, le modalità di accesso, i percorsi di presa in carico e le opportunità di collaborazione territoriale.

Per il triennio 2027–2029 sono programmate le seguenti linee di intervento:

- Prevenzione e promozione della salute: realizzazione di incontri informativi e psicoeducativi rivolti alla popolazione generale, ma anche a target specifici (adolescenti, giovani adulti, famiglie, donne in età fertile e in gravidanza), con particolare attenzione alle dipendenze da sostanze, da alcol, da nicotina e alle dipendenze comportamentali.
- Consulenza psicologica e telemedicina: attivazione progressiva di interventi di ascolto, counselling individuale e familiare e consulenza psicologica specialistica mediante telemedicina, per favorire l'accesso a tali prestazioni anche da parte degli utenti residenti nelle aree territoriali più distanti dalla sede del Ser.D.
- Integrazione sociosanitaria e individuazione precoce: sviluppo di modalità condivise di collaborazione con gli operatori delle Case della Comunità, i Consultori e i MMG/PLS, finalizzate all'identificazione precoce delle problematiche di dipendenza, all'orientamento degli utenti e all'attivazione di percorsi assistenziali integrati.
- Interventi rivolti alle famiglie e ai caregiver: promozione di iniziative di sensibilizzazione e sostegno alla genitorialità, anche in collaborazione con i Consultori familiari, con particolare attenzione alla prevenzione dei comportamenti a rischio e al riconoscimento precoce dei segnali di disagio.

Il risultato atteso nel triennio è il consolidamento di una rete territoriale integrata tra Ser.D. e Case della Comunità, capace di ampliare l'accessibilità agli interventi di prevenzione e consulenza specialistica, favorire l'emersione precoce delle problematiche di dipendenza e contribuire alla riduzione dello stigma.

L'attività di prevenzione è sempre più presente all'interno delle attività del Ser.D., anche con il potenziamento di interventi di riduzione del danno: test rapidi (HCV), distribuzione di kit contenenti materiale informativo sulle Dipendenze e sui danni ad esse correlati.

Poichè le scuole sono un presidio fondamentale per promuovere la cultura della prevenzione e dei corretti stili di vita, la collaborazione del Servizio è sempre più attiva con gli istituti scolastici presenti nel territorio, con l'avvio di diversi progetti, quali, ad esempio, il programma scolastico internazionale "Unplugged": il corso di aggiornamento, rivolto agli insegnanti di scuole medie e superiori, è mirato alla prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti fra gli adolescenti, con lo scopo di favorire il consolidamento delle competenze e delle abilità personali, correggere le errate convinzioni dei ragazzi sulla diffusione e sugli interessi legati alla commercializzazione delle sostanze, migliorare le conoscenze sui rischi dell'uso.

Il Ser.D., inoltre, sviluppa numerose proposte di collaborazione con altri enti pubblici e privati che prevedono l'organizzazione di incontri con target specifici di popolazione, finalizzati alla presentazione del servizio Ser.D. ed alla prevenzione sia delle dipendenze da alcol, tabacco, sostanze d'abuso, sia delle dipendenze comportamentali come quelle tecnologiche e il gioco d'azzardo.

Numerosi incontri sono già stati realizzati ed altri sono in programma per il prossimo triennio.

La Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA): interventi da sviluppare

Il Servizio proseguirà le proprie attività garantendo una presa in carico tempestiva, multiprofessionale e la continuità assistenziale nel tempo. L'obiettivo è rafforzare la rete territoriale integrata — collaborando strettamente con MMG, servizi sociali, consultori, volontariato e cooperative — anche all'interno delle Case della Comunità, e ottimizzare il lavoro congiunto con gli altri Servizi del DSMD (SerD, NPIA, SPDC) per i casi complessi.

Come già detto, nell'anno 2026 sono state avviate una serie di attività con gli altri servizi del dipartimento che si concluderanno nel prossimo anno relativamente a:

- la presa in carico integrata dei casi ad elevata complessità afferenti a più servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD). A tal fine è stata redatta una procedura condivisa con tutti i servizi del Dipartimento per l'esame congiunto dei casi complessi attraverso le Unità di Valutazione Multidisciplinare e la redazione di un Piano terapeutico e riabilitativo integrato individuale;
- è stata redatta una procedura con lo scopo di definire le modalità operative di transizione condivisa dei pazienti affetti da patologie psichiatriche dal Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ai Centri di Salute Mentale al compimento del 18° anno, che consentano la prosecuzione del percorso terapeutico (sia esso ambulatoriale, residenziale o semiresidenziale) dopo il compimento del diciottesimo anno.

L'anno 2027 sarà dedicato alla misurazione dell'efficacia delle procedure e protocolli e all'eventuale adeguamento degli stessi. Inoltre:

sul fronte della prevenzione il servizio NPIA per il prossimo triennio si propone di:

- contribuire a programmare interventi di educazione alla salute prioritariamente intesa come formazione ed aggiornamento del personale di altre istituzioni (scuola) o servizi che intervengono sull'età evolutiva ed in particolare sulla salute mentale e sui disturbi del neurosviluppo;
- portare avanti progetti di prevenzione e iniziative di sensibilizzazione sui segnali precoci dei disturbi del neurosviluppo e del disagio psicologico in collaborazione con Enti Locali e Scuole
- predisporre procedure condivise per la prevenzione e l'identificazione precoce, in collaborazione con MMG e PLS, mediante strumenti di screening validati e appropriati per fascia d'età, prevedendo criteri uniformi per l'invio ai servizi specialistici.
- Migliorare il governo della domanda assistenziale, attraverso il rafforzamento della rete territoriale, la definizione di criteri di accesso e priorità e il consolidamento dei tavoli tecnici con le istituzioni scolastiche e i servizi sociali comunali.
- Rafforzare il raccordo istituzionale con i servizi sociali degli Enti Locali e con le Autorità giudiziarie competenti, nel rispetto dei ruoli istituzionali, per la gestione integrata delle situazioni caratterizzate da elevata complessità clinica, familiare e sociale.

sul fronte delle attività di diagnosi e presa in carico si propone di:

- prevedere di sviluppare una procedura condivisa con pediatri di libera scelta, nidi, scuole dell'infanzia e consultori ai fini dell'identificazione precoce dei disturbi del neurosviluppo;
- prevedere di sviluppare un Protocollo operativo con i Servizi Sociali degli Enti Locali e delle Case di Comunità in particolare per i casi complessi;
- Garantire percorsi diagnostici e assistenziali strutturati, multidisciplinari e omogenei, differenziati in base alla condizione clinica, all'età e alla complessità del bisogno di cura;.
- Consolidare un modello organizzativo dedicato alla valutazione e alla presa in carico dei minori con disturbo dello spettro autistico, favorendo l'integrazione tra diagnosi, trattamento, supporto familiare e rete sociosanitaria.
- Migliorare la capacità del servizio di identificare e gestire tempestivamente le condizioni di sofferenza psicopatologica dell'adolescenza, con particolare attenzione alle situazioni a maggiore rischio clinico e sociale.
- Rafforzare i percorsi di collaborazione con i servizi di emergenza, la pediatria ospedaliera e i servizi specialistici del DSMD.
- Garantire il passaggio programmato dei pazienti dalla NPIA ai servizi dell'età adulta, prevenendo interruzioni assistenziali e assicurando la continuità dei percorsi terapeutici, riabilitativi e di supporto.
- Sviluppare un sistema di monitoraggio dell'attività clinica e organizzativa che consenta di misurare i risultati e identificare le criticità

B.5 Area dell'assistenza ospedaliera. Offerta di prestazioni e servizi

Tra le altre criticità che caratterizzano l'assistenza ospedaliera in ambito regionale, si riscontra il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione spesso dovuto alla presenza di una debole rete assistenziale territoriale, povera di strutture o ad una inadeguata presenza di posti letto per la gestione delle post acuzie. Ne consegue che spesso l'attività relativa alla gestione delle acuzie sia inappropriata o inefficiente. L'attivazione dei posti letto per post acuti, e la recente attivazione dell'Ospedale di Comunità di Bosa, che si aggiunge a quello di Ghilarza già attivo dal 2023, saranno un valido supporto per liberare i posti letto per acuti occupati inappropriatamente.

Dalle tabelle che seguono, ove sono riportati i dati dei ricoveri nel periodo 2024-2025 e primo semestre 2026, si può notare come nel 2025 la produzione in valore assoluto dei ricoveri rimane piuttosto costante rispetto all'anno 2024, con una leggera riduzione nel presidio di Bosa (-4%). Tra i reparti di degenza si registra una riduzione dell'attività nella Pediatria (-18%) e nella Patologia Neonatale (-26%) legata anche alla riduzione del tasso di natalità che caratterizza il nostro territorio. Pur se rappresentato, il primo semestre 2026 non da informazioni attendibili in quanto non tutte le schede di dimissione del periodo risultano chiuse al momento dell'estrazione del dato.

Da segnalare che nel corso del 2023 sono stati aperti i nuovi reparti di Senologia e Neurologia prima assenti, dei quali si registra l'attività nel corso del 2024. Nel 2024 è stato inoltre aperto il reparto di Otorinolaringoiatria in regime di ricovero diurno.

Ricoveri - Produzione ASL 5 periodo 2024-2025 e 1 semestre 2026

Tab 37. Fonte: file A

	2024			2025			1 semestre 2026			Diff. % dimessi 2025-2024
Presidio	**Totale dimessi**	**Diurni**	**Ordinari**	**Totale dimessi**	**Diurni**	**Ordinari**	**Totale dimessi**	**Diurni**	**Ordinari**	
San Martino Oristano	8.088	1.631	6.457	8.237	1.807	6.430	3.282	487	2.795	2%
Mastino Bosa	927	342	585	893	308	585	377	152	225	-4%
Delogu Ghilarza	142	142	0	155	155	0	66	66		9%
Presidi Pubblici ASL Oristano	**9.157**	**2.115**	**7.042**	**9.285**	**2.270**	**7.015**	**3.725**	**705**	**3.020**	**1%**
Casa di Cura Oristano	**2.937**	**1.122**	**1.815**	**3.078**	**906**	**2.172**	**1.768**	**624**	**1.144**	**5%**
TOTALE ASL Oristano	**12.094**	**3.237**	**8.857**	**12.363**	**3.176**	**9.187**	**5.493**	**1.329**	**4.164**	**2%**

Di seguito si rappresenta l'attività dei reparti per lo stesso periodo d'esame.

Ricoveri - Produzione ASL 5 per presidio e reparto - periodo 2024-2025 e 1 semestre 2026

Tab 38. Fonte: file A

Presidio	2024			2025			1 semestre 2026			Diff. % dimessi 2025-2024
San Martino Oristano	Totale dimessi	Diurni	Ordinari	Totale dimessi	Diurni	Ordinari	Totale dimessi	Diurni	Ordinari	
Cardiologia	926	193	733	902	209	693	437	127	310	-3%
Chirurgia	1.106	36	1.070	1.099	17	1.082	390	1	389	-1%
Endoscopia Digestiva	115	12	103	119	37	82	59	13	46	3%
Senologia	133	64	69	113	57	56	62	42	20	-15%
Medicina	1.056	5	1.051	1.034	14	1.020	516	1	515	-2%
Nefrologia Diurni	105	105	0	114	114	0	34	34		9%
Neurologia	302	12	290	415	9	406	172		172	37%
Ortopedia	677	11	666	810	40	770	341	13	328	20%
Ginecologia	909	240	669	876	272	604	377	123	254	-4%
Otorinolaringoiatria	3	3	0	125	125	0	65	65		4067%
Pediatria	372	13	359	305	1	304	142		142	-18%
Microcitemia	81	81	0	82	82	0				1%
Nido	302	0	302	260	0	260	121		121	-14%
Psichiatria	389	18	371	383	10	373	173		173	-2%
Urologia	503	48	455	515	42	473	145	10	135	2%
Rianimazione	68	0	68	64	0	64	34		34	-6%
Utic	101	0	101	103	0	103	87		87	2%
Patologia Neonatale	104	0	104	77	0	77	49		49	-26%
Oncologia	528	528	0	368	368	0	10	10		-30%
Ematologia	218	218	0	362	361	1	50	46	4	66%
Neuroriabilitazione	90	44	46	111	49	62	18	2	16	23%

Presidio	2024			2025			1 semestre 2026			Diff. % dimessi 2025-2024
Mastino Bosa	Totale dimessi	Diurni	Ordinari	Totale dimessi	Diurni	Ordinari	Totale dimessi	Diurni	Ordinari	
Chirurgia	340	340		287	287		146	146		-16%
Ortopedia				18	18		4	4		
Senologia	1	1		3	3		1	1		
Medicina	586	1	585	585		585	226	1	225	0%

Presidio	2024			2025			1 semestre 2026			Diff. % dimessi 2025-2024
Delogu Ghilarza	Totale dimessi	Diurni	Ordinari	Totale dimessi	Diurni	Ordinari	Totale dimessi	Diurni	Ordinari	
Chirurgia	142	142		116	116		66	66		-18%
Urologia				31	31					
Ortopedia				8	8					

Presidio	2024			2025			1 semestre 2026			Diff. % 2025-2024
C.C. Madonna del Rimedio Oristano	Totale dimessi	Diurni	Ordinari	Totale dimessi	Diurni	Ordinari	Totale dimessi	Diurni	Ordinari	
Cardiologia	40	0	40	30	0	30	9		9	-25%
Chirurgia	1400	839	561	1.190	555	635	828	435	393	-15%
Medicina	436	62	374	436	60	376	210	27	183	0%
Neurologia	0	0	0	0	0	0				
Oculistica	105	11	94	95	15	80	27	9	18	-10%
Ortopedia	326	66	260	612	155	457	252	55	197	88%
Otorinolaringoiatria	0	0	0	0	0	0				
Urologia	375	144	231	374	121	253	289	98	191	0%
Riabilitazione	253	0	253	339	0	339	151		151	34%
Lungodegenza	2	0	2	2	0	2	2		2	0%

Di seguito alcuni dei principali indicatori di attività.

Indicatori Ricovero Ospedaliero San Martino - Oristano periodo 2024-2025 e 1 semestre 2026

Tab. 39 Fonte: ABACO

Denominazione indicatore	2024	2025	Delta (2025-2024)
Occupazione PL DH	165,99%	144,88%	-21,11%
Occupazione PL RO	64,01%	63,94%	-0,07%
RO - Turn Over	3,81	3,83	0,02
RO - Indice di rotazione	34,53	34,4	-0,13
RO - Degenza media	7,82	7,72	-0,1
RO - Giorni Degenza Media Preoperatoria	2,63	2,04	-0,59
Peso Medio RO (fonte:360 Encompass Analitycs)	1,18	1,18	0
Peso Medio DH (fonte:360 Encompass Analitycs)	1,04	1,05	0,01
Dimessi vivi 0-2 giorni (RO) (*ricoveri evitabili*)	1.019	1.213	194
% DRG dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico	45,60%	40,00%	-5,6%
% ricoveri urgenti brevi (*ricoveri evitabili*)	3,90%	4,51%	0,6%
% ricoveri DH medici con finalità diagnostica (*ricoveri evitabili*)	4,25%	4,18%	-0,1%
% DRG LEA (all. B.P.S.) non appropriati	9,44%	10,07%	0,6%
% DRG Chirurgici in DH	26,49%	29,83%	3,3%
Ricoveri provenienti da Pronto Soccorso	3.904	3.818	-86

Nella tabella che segue si riportano i dati di dettaglio della produzione con le prestazioni di mobilità attiva:

Tab. 40 Produzione Ricoveri ASL Oristano 2024 per reparto e ASL di residenza del paziente

Struttura	Erogatore	ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 6	ASL 7	ASL 8	Mob attiva Infra ASL	Mob Extra Regione	ASL 5	Produzione Totale	% Mob Att su produz. Totale
P.O. 'A.G. Mastino' Bosa	0901 - Chirurgia Generale	61	3	131				5	200	2	138	340	59%
	0906 - Senologia	1							1	0		1	100%
	2601 - Medicina Generale	28	1	83				5	117	16	453	586	23%
	Totale P.O. 'A.G. Mastino' - Bosa	**90**	**4**	**214**	**0**	**0**	**0**	**10**	**318**	**18**	**591**	**927**	**36%**
P.O. 'San Martino' Oristano	0801 - Cardiologia	28	6	32	5	35	1	9	116	6	804	926	13%
	0901 - Chirurgia Generale	11	6	65	2	37		16	137	28	941	1.106	15%
	0903 - Endoscopia Digestiva	2	2	20		3	1	4	32	1	82	115	29%
	0906 - Senologia	2	3	16		2			23	0	110	133	17%
	2601 - Medicina Generale	2	1	33		8	2	14	60	13	983	1.056	7%
	2901 - Nefrologia	32	3	5		1		1	42	0	63	105	40%
	3201 - Neurologia			9		3		6	18	9	275	302	9%
	3601 - Ortopedia E Traumatologia	9	1	53		8	11	11	93	16	568	677	16%
	3701 - Ostetricia E Ginecologia	11	2	41	2	2		7	65	13	831	909	9%
	3801 - Otorinolaringoiatria				1				1	0	2	3	33%
	3901 - Pediatria	2	1	23		4	1		31	12	329	372	12%
	3902 - Microcitemia					1	1	1	3	5	73	81	10%
	3905 - Nido	1		14	1	1		1	18	1	283	302	6%
	4001 - Psichiatria	15	2	9	5	10	6	13	60	13	316	389	19%
	4301 - Urologia	13	6	38	0	2	2	4	65	8	430	503	15%
	4901 - Rianimazione	1			2	2			5	1	62	68	9%
	5001 - Unità Coronarica	2		1		2		2	7	3	91	101	10%
	6201 - Neonatologia		1	2				2	5	2	97	104	7%
	6401 - Oncologia	2	2	19		10	1	3	37	4	487	528	8%
	6402 - Oncologia	1		8		2	2	1	14	1	203	218	7%
	7501 - Neuroriabilitazione	14	2	8		6	8	16	54	0	36	90	60%
	Totale P. Ospedaliero 'San Martino' - Oristano	**148**	**38**	**396**	**18**	**139**	**36**	**111**	**886**	**136**	**7.066**	**8.088**	**13%**
P.O. G.P. Delogu' Ghilarza	0901 - Chirurgia Generale	5	1	29	1		1	2	39	0	103	142	27%
	Totale P. Ospedaliero 'G.P. Delogu' - Ghilarza	**5**	**1**	**29**	**1**	**0**	**1**	**2**	**39**	**0**	**103**	**142**	27%
C.C. 'Madonna Del Rimedio' Oristano	0801 - Cardiologia			6					6	0	34	40	15%
	0901 - Chirurgia Generale	151	33	94	5	41	62	16	402	6	992	1400	29%
	2601 - Medicina Generale	6		13		3	4	9	35	3	398	436	9%
	3401 - Oculistica	22	7	13		6	5	6	59	0	46	105	56%
	3601 -Ortopedia e Traumatologia	135	7	18	1	5	2	5	173	0	153	326	53%
	4301 - Urologia	52	26	53	4	7	6	29	177	2	196	375	48%
	5601 - Medicina Fisica e Riabilitazione	85	4	12	1	3		3	108	0	145	253	43%
	6001 - Lungodegenti							1	1	0	1	2	50%
	Tot. C.C.'M. Del Rimedio' OR	**451**	**77**	**209**	**11**	**65**	**79**	**69**	**961**	**11**	**1.965**	**2.937**	**33%**

Nella tabella successiva è rappresentato il confronto, per gli anni 2024-2025 e I semestre 2026 dei ricoveri fatti per i nostri residenti sia dai presidi pubblici e privato accreditato della ASL di Oristano che da altre Aziende regionali. Per l'anno 2025 si conferma il quadro presente nell'anno 2024 con un numero pressochè costante di ricoveri erogati dai nostri presidi e quelli prodotti dalle altre aziende fuori provincia.

Ricoveri per i residenti della ASL 5 anni 2024, 2025 e I semestre 2026

Tab. 41 Fonte: file A

	2024				2025				I semestre 2026			
	Totale dimessi	Totale Valore	N DH	N. Ordinari	Totale dimessi	Totale Valore	N. DH	N. Ordinari	Totale dimessi	Totale Valore	N. DH	N. Ordinari
Pubblico ASL5	7.760	27.558.621	1.684	6.076	7.810	27.588.068	1.760	6.050	3.068	10.415.001	502	2.566
Privato ASL 5	1.965	5.273.775	763	1.202	1.889	5.301.627	587	1.302	1.167	3.197.402	420	747
Produzione TOTALE ASL 5	**9.725**	**32.832.396**	**2.447**	**7.278**	**9.699**	**32.889.695**	**2.347**	**7.352**	**4.235**	**13.612.403**	**922**	**3.313**
Ricoveri ASL1	90	210.096	19	71	115	334.169	27	88	102	302.306	55	47
Ricoveri ASL2	260	1.465.940	13	247	308	1.838.033	32	276	124	706.477	12	112
Ricoveri ASL3	1.220	3.845.309	374	846	1.355	4.444.536	413	942	590	2.029.250	160	430
Ricoveri ASL4	97	151.528	51	46	83	190.268	48	35	51	102.072	38	13
Ricoveri ASL6	780	2.186.456	225	555	876	2.418.193	315	561	324	802.609	93	231
Ricoveri ASL7	68	99.672	55	13	41	74.694	21	20	31	71.960	15	16
Ricoveri ASL8	2.997	7.411.891	1.702	1.295	2.895	7.266.709	1.680	1.215	1.405	3.721.036	739	666
Ricoveri AOU Sassari	1.309	4.985.494	648	661	1.273	4.720.918	643	630	333	1.347.318	108	225
Ricoveri AOU Cagliari	1028	3.242.188	419	609	1093	3.159.756	470	623	459	1.428.111	130	329
Ricoveri Azienda Brotzu	2.045	7.906.745	864	1.181	2.101	8.687.048	860	1.241	736	2.869.145	229	507
Produzione TOTALE infra regione	**9.894**	**31.505.319**	**4.370**	**5.524**	**10.140**	**33.134.324**	**4.509**	**5.631**	**4.155**	**13.380.283**	**1.579**	**2.576**
% Ricoveri di altre Aziende per nostri residenti	**50%**	**49%**	**64%**	**43%**	**51%**	**50%**	**66%**	**43%**	**50%**	**50%**	**63%**	**44%**
TOTALE RICOVERI PER RESIDENTI ASL 5	**19.619**	**64.337.714**	**6.817**	**12.802**	**19.839**	**66.024.019**	**6.856**	**12.983**	**8.390**	**26.992.686**	**2.501**	**5.889**

Prima dell'evento pandemico il 39% dei residenti nella provincia di Oristano si rivolgeva a strutture ospedaliere di altre ASL o Aziende del Sistema Sanitario Regionale. La percentuale sale al 49% nel 2023 e diventa il 50% nel 2024 e 2025, fenomeno come già detto da attribuire essenzialmente alla minore produzione dei nostri presidi pubblici e del privato accreditato.

Nel 2025 il 15% dei ricoveri dei nostri residenti è stato erogato dalla ASL 8 di Cagliari, l'11% dall'ARNAS Brotzu e circa il 7% dalla ASL 3 di Nuoro e dall'Azienda mista di Sassari.

MDC (Major Diagnostic Category) - Numero di prestazioni per i Residenti della ASL di Oristano erogate dalle aziende sanitarie regionali - gen-dic 2025
Fonte dati: File A – ABACO

Codice	MDC	ASL1	ASL2	ASL3	ASL4	ASL6	ASL7	ASL8	AOU Sassari	AOU Cagliari	Azienda Brotzu	Mater Olbia	ASL5
01	malattie e disturbi del sistema nervoso	3	2	69	1	13		461	95	30	231	23	454
02	malattie e disturbi dell'occhio	7		9				13	347	114	139		57
03	malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	22		72		1	8	143	66	64	103	4	80
04	malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	8	1	67	3	40	5	63	56	32	111	2	718
05	malattie e disturbi del sistema cardiovascolare	1	2	142	4	129	1	68	149	54	278	2	1.090
06	malattie e disturbi dell'apparato digerente	13	4	67	6	49	3	135	43	109	110	15	1.351
07	malattie e disturbi dell'apparato epatobiliare e del pancreas	4		33	2	28	6	38	31	60	62	11	500
08	malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo	27	6	109	31	76	1	1.061	181	87	82	130	1.133
09	malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella		1	88	2	7	2	98	50	101	91	27	454
10	malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4		12	21	8	3	36	18	43	48	6	320
11	malattie e disturbi dell'apparato urinario	2	1	94	1	51		66	27	1	105	15	629
12	malattie e disturbi dell'apparato genitale maschile	3		15	1	18		60	23	4	35	20	250
13	malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile	7	1	121		133	1	187	14	68	75	1	263
14	gravidanza, parto e puerperio		3	102		91	1	40	21	60	23		508
15	neonati		1	78		46	1	30	13	51	19		309
16	malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	2	1	36		17	1	94	13	13	61		297
17	neoplasie ematologiche e solide	4	4	163		131	3	104	56	88	310	3	246
18	malattie infettive e parassitarie (sistematiche)	1		38		19	1	28	9	12	23	1	469
19	malattie e disturbi psichici	2	1	3		1	3	50	17	1	7	1	314
20	uso di alcool e droghe e disturbi psichici indotti da alcool e droghe							1					6
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici di farmaci	3	1	4		1	1	2	5	3	14	1	19
22	ustioni								4		4		3
23	fattori che influenzano lo stato di salute e altro ricorso a servizi sanitari	1		15	11	11		48	3	65	133	13	183
24	traumi multipli significativi			3					1		10		14
25	infezioni da hiv							55	19	14			1
99	drg errati e altri drg												
NA	non attribuibile ad altro drg			4		5		3	3		7	4	22
PRE	pre-mdc	1		11		1		11	9	19	20		9
	TOT Produzione per residenti ASL 5	115	29	1.355	83	876	41	2.895	1.273	1.093	2.101	279	9.699
	% produzione per residenti ASL 5	1%	0%	7%	0%	4%	0%	15%	6%	6%	11%	1%	49%

Tab.42 Prestazioni erogate per i residenti anno 2025

Rispetto ai gruppi di diagnosi principali sopra riportati possiamo notare come nell'anno 2025 la pencentuale di pazienti che si sono recati fuori provincia, rispetto al fabbisogno rappresentato, sono riferiti alle malattie dell'occhio (92%), malattie e disturbi dell'orecchio naso bocca e gola (86%), neoplasie ematologiche e solide (78%), malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile (70%), malattie e disturbi del sistema nervoso (67%) e malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo (61%). Per questi gruppi di diagnosi si registrano elevati indici di fuga soprattutto verso la ASL 8 di Cagliari e l'Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione ARNAS Brotzu.

Il Presidio Ospedaliero San Martino, secondo la rete ospedaliera regionale attualmente vigente, in quanto sede di DEA di I livello, deve eseguire tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di pronto soccorso e svolgere funzioni di accettazione in emergenza urgenza per le patologie di maggiore complessità. Secondo quanto previsto dal DM 2 aprile 2015 n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), "I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti

presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare)".

Nel corso dell'ultimo triennio sono stati attivati i servizi/reparti di oculistica, otorinolaringoiatria e neurologia, prima assenti. E' stato inoltre riaperto l'OBI (Osservazione Breve Intensiva).

I dati che seguono illustrano gli accessi al pronto soccorso nel periodo 2024 e 2025 che mostrano un aumento degli accessi totali dell'anno 2025 rispetto al 2024. Nell'anno 2024 l'Osservazione Breve intensiva (OBI) presso il Pronto Soccorso di Oristano, attivo con 7/8 posti letto, ha registrato circa 839 accessi in diminuzione nel 2025 con 672 accessi.

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO 2024 *Tab.43*	**DEA - PS San Martino**	**di cui OBI DEA - PS San Martino**	**PS Delogu**	**PS Mastino**	**PS pediatrico**	**PS ginecologico**	**Totale**
Codice Nero: decesso - il paziente non è rianimabile	30		1	3			34
Codice Rosso: rischio di compromissione delle funzioni vitali. condizione con rischio evolutivo o dolore severo	976	112	13	37	1	3	1.030
Codice Giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita	4.106	228	209	430	42	79	4.866
Codice Arancione: rischio di compromissione delle funzioni vitali. condizione con rischio evolutivo o dolore severo (codice colore che assorbe completamente la casistica del codice giallo)	2.995	264	129	200	24	30	3.378
Codice Azzurro: condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse (nuovo codice colore)	3.929	159	411	684	133	97	5.254
Codice Verde: condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici monospecialistiche	12.116	75	3.383	3.936	3.572	971	23.978
Codice Bianco: problema non urgente o di minima rilevanza clinica	1.828	1	669	563	778	179	4.017
Totale	**25.980**	**839**	**4.815**	**5.853**	**4.550**	**1.359**	**42.557**

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO 2025 *Tab.44*	**DEA - PS San Martino**	**di cui OBI DEA - PS San Martino**	**PS Delogu**	**PS Mastino**	**PS pediatrico**	**PS ginecologico**	**Totale**
Codice Nero: decesso - il paziente non è rianimabile	6		1	7			14
Codice Rosso: rischio di compromissione delle funzioni vitali. condizione con rischio evolutivo o dolore severo	1.088	74	17	36	3	2	1.146
Codice Arancione: rischio di compromissione delle funzioni vitali. condizione con rischio evolutivo o dolore severo (codice colore che assorbe completamente la casistica del codice giallo)	5.819	349	120	197	22	67	6.225
Codice Azzurro: condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse complesse (nuovo codice colore)	6.008	191	888	1.386	196	198	8.676
Codice Verde: condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici monospecialistiche	12.301	56	3.644	3.737	3.964	943	24.589
Codice Bianco: problema non urgente o di minima rilevanza clinica	1.648	2	676	684	584	131	3.723
Totale	**26.870**	**672**	**5.346**	**6.047**	**4.769**	**1.341**	**44.373**

L'OBI prende in carico i pazienti che si presentano al pronto soccorso con malattie che non necessitano di ricovero immediato, ma di una terapia con osservazione per alcune ore e/o di un approfondimento diagnostico. La presenza dell'Osservazione Breve Intensiva permette di valutare e trattare i pazienti con sintomi o condizioni morbose minori, così da consentirne la dimissione a sintomatologia risolta e diagnosi certa o altamente probabile, serve a valutare in modo appropriato il paziente con patologie di competenza non univoca così da meglio definirne le condizioni e trovarne la collocazione nel reparto più appropriato, e permette inoltre di ridurre il numero di ricoveri nei reparti di degenza migliorando l'appropriatezza.

Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero Grandi apparecchiature sanitarie

Per la ASL di Oristano gli interventi finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR sono di seguito sintetizzati:

Missione 6 Componente 2

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO
Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I livello ASL Oristano) - Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera - Sistema Telemonitoraggio - Infrastruttura di ICT di Networking, WIFI, Firewalling. Postazioni di Lavoro Fisse e Mobili	4.118.756,35 €

TITOLO INTERVENTO	COSTO COMPLESSIVO	RISORSE PNRR	CO-FINANZIAMENTO REGIONALE
TAC 128 STRATI - P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO	585.000,00 €	530.000,00 €	55.000,00 €
TAC 128 STRATI - PO DELOGU GHILARZA	585.000,00 €	530.000,00 €	55.000,00 €
RMN 1.5 TESLA - PO SAN MARTINO ORISTANO	1.014.000,00 €	914.000,00 €	100.000,00 €
TELECOMANDATO DIGITALE PER ESAMI DI PRONTO SOCCORSO - PO SAN MARTINO ORISTANO	330.000,00 €	305.000,00 €	25.000,00 €
CONE BEAM CT - PO SAN MARTINO ORISTANO	75.200,00 €	36.600,00 €	38.600,00 €
CONE BEAM CT - PO DELOGU GHILARZA	75.200,00 €	36.600,00 €	38.600,00 €
DENSITOMETRO OSSEO - PO MASTINO BOSA	50.800,00 €	48.800,00 €	2.000,00 €
DENSITOMETRO OSSEO - POLIAMBULATORIO ORISTANO	50.800,00 €	48.800,00 €	2.000,00 €
ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE - PO SAN MARTINO ORISTANO	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE - PO DELOGU GHILARZA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE - PO MASTINO BOSA	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
ECOTOMOGRAFO MULTIDISCIPLINARE - PO SAN MARTINO ORISTANO	82.000,00 €	82.000,00 €	- €
TOTALE ASL N. 5 DI ORISTANO	**3.094.000,00 €**	**2.777.800,00 €**	**316.200,00 €**

Tab. 45 Interventi PNRR ammosernamento tecnologico e digitale e grandi apparecchiature

Le apparecchiature sono state tutte installate e collaudate nel rispetto delle milestone e dei target previsti da PNRR.

B.6 Area dell'assistenza ospedaliera - Indirizzi strategici aziendali e Programmazione attuativa

L'attuale rete regionale ospedaliera, adottata dalla Giunta Regionale con delibera n. 6/15 del 02.02.2016 è stata approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017. Alcuni aspetti della rete dovrebbero tuttavia essere essere approfonditi:

1. effettiva capacità della rete attuale di rispondere ai mutati bisogni della popolazione (vd. calo delle nascite e invecchiamento progressivo);
2. quantificazione e complessità della casistica che afferisce ai centri hub e spoke della rete (la medicina è una pratica, i professionisti dovrebbero ruotare);
3. disponibilità di strumenti per mantenere le competenze sui centri definiti nella rete, secondo degli standard minimi di accreditamento, che pure andrebbero aggiornati sulla realtà (fermi dal 2008 per lo più).

L'obiettivo principale di questa Azienda, portato avanti in questi ultimi anni e che si intende continuare a perseguire è stato quello di potenziare l'offerta dei servizi ospedalieri con l'attivazione di nuove strutture, previste nella rete ma mai attivate, e l'avvio delle attività dei nuovi reparti e ambulatori. I reparti di Neurologia piuttosto che di Otorinolaringoiatria, e i servizi di Oculistica e Dermatologia prima assenti, è atteso che permettano di ridurre la mobilità passiva consentendo ai pazienti della nostra provincia di essere curati nel proprio territorio, evitando di doversi rivolgere a strutture sanitarie spesso lontane. Tuttavia lo sviluppo e il pieno regime delle attività dei nuovi reparti/servizi risulta condizionata, in alcuni casi, dalla carenza di personale medico disponibile a prendere servizio presso il nostro presidio. Per tale motivo si fa ricorso a modalità alternative al reclutamento di personale quali lo stabilire di collaborazioni con altre Aziende Sanitarie tramite specifiche convenzioni o l'acquisizione di cosnsulenti, anche quiescenti, in rapporto libero prfessionale. Come già anticipato la carenza del personale medico riguarda purtroppo diffusamente diverse discipline ospedaliere sia di branca medica che chirurgica e riguarda altresì fortemente i Pronto Soccorso e le attività dei servizi come la Diagnostica per Immagini.

4) Qualificare l'offerta ospedaliera favorendo il miglioramento degli standard quali-quantitativi delle prestazioni sanitarie e il potenziamento delle discipline di area medica e chirurgica

L'obsolescenza del modello organizzativo, delle tecnologie a disposizione e i problemi nel reclutamento di personale medico e infermieristico condizionano l'operato dei professionisti di questa azienda. In questi anni l'obiettivo della ASL di Oristano è stato quello di rafforzare il ruolo del nostro Ospedale nel contesto sanitario regionale e aumentarne l'attrattività anche ai fini del reclutamento del personale, attraverso l'attivazione delle nuove strutture/servizi.

Il nuovo assetto organizzativo delle attività ospedaliere della ASL di Oristano che nel prossimo triennio prenderà forma, prevede la presenza di un Presidio Unico Ospedaliero con più stabilimenti, ognuno con la vocazione assegnata all'interno della Rete Ospedaliera Regionale adottata con DGR n. 6/15 del 2016 e approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017. I tre stabilimenti lavoreranno in rete. Lo stabilimento del San Martino di Oristano avrà un ruolo multi-specialistico, con la presenza delle specialità di branca medica e chirurgica tipiche di un DEA di I livello e si occuperà delle attività di alta intensità di cura (degenze intensive e sub-intensive, rianimazione, unità di terapia intensiva

cardiologica - UTIC, Stroke) e di media intensità di cura con degenze di area medica, chirurgica e materno-infantile. Gli stabilimenti di Bosa e Ghilarza tratteranno i casi sub acuti: Bosa è Stabilimento di sede disagiata e Ospedale di Comunità e Ghilarza è Stabilimento con PPI, funzioni riabilitative e Ospedale di Comunità.

La specializzazione di questi stabilimenti su attività a minore complessità conduce ad un governo dell'offerta più efficiente ma anche più efficace in termini di qualità delle prestazioni erogate e di risposta ai bisogni assistenziali del territorio. Lo stabilimento di Bosa, fatta salva l'esigenza di presidiare l'emergenza urgenza, in particolare, con la prevista attivazione dei posti letto di lungodegenza vedrà un forte sviluppo della gestione delle patologie in subacuto. La struttura si trasformerà in un polo sanitario di riferimento organizzato per percorsi di cura, integrando anche logisticamente le attività territoriali: ospita infatti l'Ospedale e la Casa della Comunità, ai quali si aggiungeranno a breve i servizi di riabilitazione.

In un'ottica di efficienza gestionale quindi, l'attività dei tre Stabilimenti Ospedalieri sarà organizzata per intensità di cura; sulla base del livello di complessità assistenziale e stabilità clinica del paziente sarà deciso lo stabilimento deputato al ricovero con conseguenti trasferimenti in base all'evolversi delle condizioni del paziente stesso durante il periodo di degenza.

In una concezione di ospedale unico tutti gli stabilimenti aziendali si trasformano in strutture flessibili che garantiscono prestazioni sia con l'utilizzo di risorse dedicate stabilmente sia con risorse disponibili nella rete aziendale. Le attività di area chirurgica, organizzate secondo il vero modello dipartimentale opereranno nei tre stabilimenti per linee di attività chirurgica specialistica e per entità e complessità della casistica trattata; presso lo stabilimento di Bosa saranno gestiti i casi in day surgery e nello stabilimento di Ghilarza sarà attiva la chirurgia ambulatoriale e la chirurgia ambulatoriale avanzata.

Funzionalmente al potenziamento delle attività ospedaliere e allo sviluppo delle nuove strutture e servizi si dovrà procedere al reclutamento di nuovo personale, come delineato nel Piano delle assunzioni, e porre in essere politiche volte a valorizzare le professionalità e il know how del personale già presente in Azienda.

Nell'ambito delle Cure Chirurgiche emergeva la necessità di fornire risposte in merito alle specialità di **Oculistica** e **Otorinolaringoiatria,** solo recentemente presenti nelle strutture pubbliche della Provincia La dotazione di posti letto dedicati di otorinolaringoiatria e di oculistica concorreranno ad arricchire l'offerta per acuti disponibile, e a migliorare l'operatività del Pronto Soccorso e degli attuali reparti, grazie alla possibilità di collaborazione con professionisti specializzati in patologie che sono da considerarsi frequenti. Tuttavia per queste discipline si riscontra la necessità di uno sviluppo in termini di professionisti e di competenze, al momento solo parzialmente compenaste da convenzioni con altre Aziende.

E' inoltre di recente istituzione il servizio di **Dermatologia** a conferma della consistente richiesta di prestazioni sanitarie di elevata complessità che il servizio nascente in parte già eroga e in parte sarà in grado di erogare sul territorio della provincia di Oristano. Attualmente il servizio presta consulenza per il pronto soccorso e per i reparti, eroga prestazioni ambulatoriali per esterni di dermatologica generale e di chirurgia ambulatoriale di superficie sia per le attività diagnostiche tramite biopsia cutanea, che per l'asportazione dei tumori della pelle. Effettua la crioterapia con azoto liquido, importante ausilio terapeutico per il trattamento delle precancerosi cutanee, la diatermocoagulazione, le medicazioni semplici e avanzate di ferite chirurgiche, ulcere e di altre affezioni della cute e svolge esame microscopico

su vetrino per le micosi cutanee e altre selezionate patologie. Il servizio ospedaliero di dermatologia è inoltre inserito tra i centri abilitati alla prescrizione di farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA. Anche in questo caso, dati i volumi di mobilità passiva è necessario rinforzare l'esigua dotazione organica che attualmente conta solo due dirigenti medici per permettere uno sviluppo del servizio e delle attività da erogare.

Altro fronte su cui intervenire è quello dell'attivazione della ***Stroke Unit ,*** un'area assistenziale dedicata alle malattie cerebrovascolari acute dove ricoverare i malati con ictus, onde poterli sottoporre tempestivamente ad un protocollo diagnostico completo e alla terapia più adeguata al tipo di ictus.

La Regione approvando il nuovo Piano della Rete Stroke con DGR 28/16 del 2026 individua il San Martino di Oristano quale centro Spoke Unit di I livello con 6 posti letto che deve garantire, 24/24H e 7 giorni su 7:

• la diagnosi e la gestione iniziale dell'ictus acuto,
• la trombolisi endovenosa, il monitoraggio semintensivo specialistico,
• la diagnostica imaging di base (TC cranio), il laboratorio, la presenza dello specialista rianimatore
• lo specialista cardiologo attivabile in reperibilità anche in rete o in modalità teleconsulto.

Al fine di ottimizzare il percorso diagnostico terapeutico delle patologie cerebrovascolari si vuole sottolineare la necessità e l'importanza della realizzazione del nuovo servizio di Stroke Unit (SU) che questa Azienda vuole attivare presso il San Martino di Oristano e per il quale ha provveduto nell'ultimo triennio a reclutare il personale medico specialista per il quale è in previsione la formazione quale prerequisito forndamentale per la gestione tempestiva e globale del paziente colpito da ictus acuto. Sarà inoltre necessario costituire una rete tra le varie unità operative per garantire un intervento rapido e definire accessi preferenziali soprattutto ai servizi di diagnostica e di riabilitazione.

Altro versante critico è quello del ***servizio di Emodinamica*** che non riesce a garantire un'offerta H24. La SSD di Emodinamica o cardiologia interventistica riveste un ruolo di grande importanza nel Dipartimento di Emergenza Urgenza e completa il percorso del paziente cardiopatico preso in carico dall'Utic, per essere poi trattato sul livello interventistico nella stessa Emodinamica. La struttura è stata riattivata nel giugno 2022 dopo un periodo di inattività a causa della difficoltà nel reclutamento di medici emodinamisti, difficoltà che purtroppo persiste e che ne impedisce l'attività a pieno regime. Saranno inoltre necessari interventi strutturali per l'allestimento di una seconda sala quale requisito indispensabile al trattamento in sicurezza delle emergenze tempo dipendenti.
Le degenze di area medica verranno ridisegnate prevedendo, nello stabilimento del San Martino, oltre ai post letto di **Medicina interna** la presenza di posti letto di **Pneumologia,** quale conversione di quota parte dei posti letto di Medicina interna**,** in considerazione dell'importanza di presidiare il controllo delle malattie respiratorie che rappresentano la quarta causa di morte della provincia. Risulta inoltre indispensabile proporre l'attivazione della struttura di **Geriatria** in una realità ove i ricoveri degli ultrasettantacinquenni rappresentano il 35% dei ricoveri totali e il 60% dei ricoveri nei reparti di medicina interna. Considerato che nella nostra realità il trend è verso un progressivo invecchiamento della popolazione appare urgente attivare l'offerta assistenziale specialistica geriatrica ospedaliera con la previsione di posti letto dedicati.

E' quindi importante provvedere all***'attivazione dei posti letto per post acuti*** (lungodegenza - cod 60 e recupero e riabilitazione funzionale - cod 56) per migliorare l'appropriatezza del ricorso all'ospedale. La popolazione di grandi anziani o malati polipatologici, ricoverata ogni giorno nei nostri reparti ospedalieri, costituisce una percentuale importante; per loro spesso si ravvisa la necessità di una stabilizzazione del quadro clinico che presuppone un prolungamento dei tempi di degenza che va ben oltre rispetto a quello del malato acuto giovane.
L'attivazione del setting assistenziale delle post acuzie permettere di stabilizzare le condizioni cliniche, recuperare autonomia e fornire supporto a pazienti e familiari con un reinserimento più sicuro e graduale nella vita domestica o in un ambiente protetto con conseguente alleggerimento del carico sui reparti per acuti.

I fabbisogni da ricoprire in termini di risorse umane, utili a garantire l'erogazione dei LEA e dare corpo ai progetti aziendali, si scontrano con le enormi difficoltà nel reperire sul mercato medici e infermieri che prestino stabilmente servizio presso la nostra Azienda e non siano invece attratti dalle Aziende che insistono nei territori di Cagliari e Sassari.
Per superare le difficoltà nel reperire le necessarie risorse professionali, che consentono di colmare almeno in parte le carenze della la dotazione organica dell'Azienda, si sta provvedendo alla stipula di accordi e convenzioni con altre ASL per avviare rapporti di collaborazione. Il fenomeno ormai crescente della stipula di convenzioni tra aziende o con il singolo professionista è ampiamente diffuso e dovrà essere regolamentato a livello regionale come prassi da adottare per l'erogazione di prestazioni o servizi in una logica di rete.

Il nuovo modello organizzativo dovrà tuttavia essere in linea con le direttive dettate dalle linee guida regionali per i nuovi atti aziendali di prossima adozione.

5) **Riorganizzare i percorsi all'interno degli stabilimenti del presidio unico ospedaliero**

In risposta ai bisogni di salute della popolazione, all'interno dei tre ospedali saranno offerti servizi e risposte assistenziali più appropriate; anche l'Ospedale infatti assicurerà la continuità assistenziale e la definizione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione in un'ottica di integrazione ospedale territorio interagendo con tutti gli altri Dipartimenti Aziendali e con i Distretti.
Si ribadisce che tra le criticità più importanti si riscontra l'inadeguatezza della dotazione di personale, in particolare medico e infermieristico: infatti il contingentamento delle dotazioni e le limitazioni al turnover del personale cessante ha progressivamente determinato un impoverimento della già carente dotazione organica. A questo proposito ci si auspica che le previsioni contenute nel Piano del Fabbisogno del Personale 2027-2029 possano trovare realizzazione.
Un ulteriore ambito di intervento è quello legato alla riorganizzazione logistica del San Martino che attualmente presenta una orgnanizzazione vetusta e disfunzionale. In questo anno 2026 si sta lavorando alla progettazione che vedrà la concreta realizzazione nel 2027.
Sono state ridefinite innanzitutto le modalità di accesso allo stabilimento separando l'accesso delle degenze da quello delle attività di specialsitica ambulatoriale, più aderente ad una moderna concezione di un ospedale. Separare i percorsi

ha dei vantaggi non solo per il paziente ricoverato che ha la possibilità di muoversi tra il letto e i servizi in totale riservatezza ma anche in termini di riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), in quanto gli utenti esterni degli ambulatori, potenziali veicoli di agenti patogeni, non circoleranno più liberamente nelle aree dedicate alla degenza. Inoltre si evita il sovraffollamento di corridoi, ascensori e sale d'attesa e consente di monitorare in modo stringente chi entra nei reparti di degenza aumentando la sicurezza contro furti o intrusioni. Sarà quindi ampliata l'area dei parcheggi.
Per quanto riguarda l'allocazione dei reparti, le discipline di area medica saranno logisticamente collocati nel corpo P secondo logiche di piattaforme multispecialistiche per l'efficientamente nell'uso delle risorse. Ciò permetterà quindi di passare da un modello organizzativo tradizionale "per reparti" (dove ogni specialità medica ha i suoi spazi, i suoi letti e il suo personale in modo isolato) ad un modello incentrato sui percorsi assistenziali permettendo una condivisione delle risorse e una integrazione delle competenze. Anche le discipline di area Chirurgica saranno dislocate secondo la logica appena descritta e sarà più appropriatamente collocata in prossimità del blocco operatorio. Sarà inoltre rivisto il percosro della donna partoriente verso il blocco operatorio.
Infine la terapia semintensiva multispecialistica sarà posizionata in prossimità della terapia intensiva e il Pronto Soccorso sarà interessato da un ampliamento degli spazi ormai urgente e da una rivisitazione dei percorsi interni. Nell'anno 2027 inizieranno inoltre i lavori dell'elisuperficie.

6) Il Piano attuativo aziendale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso e dei flussi di ricoveri

I problemi importanti di sovraffollamento dei Pronto Soccorso di questa azienda hanno avuto inizio a seguito della forte riduzione dell'organico dei medici specialisti in emergenza-urgenza, fenomeno che negli ultimi anni ha assunto una portata sia regionale che nazionale. A questo problema, si è inoltre aggiunta la permanenza prolungata dei pazienti in attesa di un ricovero (boarding) per la mancanza di posti letto nel reparto di degenza di medicina interna, anch'esso interessato dallo stesso importante problema di carenza di personale medico. Pur adottando diverse soluzioni organizzative provvisorie, quali la collaborazione di altri specialisti ospedalieri o la presenza dei cosiddetti medici a gettone (figura non più presente), il problema del sovraffollamento non ha potuto trovare soluzione.
Pur permanendo la necessità di reperire le figure specialistiche sopra citate, la Giunta Regionale della Sardegna ha approvato l'8 aprile 2026 la delibera n.16/5 che introduce il nuovo "Piano regionale di indirizzi per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso e dei flussi di ricovero". Il Piano punta a riorganizzare la gestione dei pazienti secondo tre direttrici (ingresso, gestione interna e uscita) con l'obiettivo prioritario di ridurre il fenomeno del boarding (la sosta prolungata in barella in attesa di un posto letto). Nel documento è richiesto che in ogni azienda sia prevista la funzione di Bed Management (per la gestione centralizzata e strategica dei posti letto disponibili, ottimizzando i flussi di ricovero e di dimissione) e la presenza della Unità di Crisi Aziendale per il Sovraffollamento (UCrAS) che deve intervenire tempestivamente quando i Pronto Soccorso superano le soglie critiche di presenza. Viene poi richiesto di attivare Percorsi Interni quali i Fast Track specialistici**,** cioè percorsi rapidi che permettono ai pazienti con sintomi chiari e

di minore gravità di essere indirizzati direttamente allo specialista di competenza (es. ortopedia, ginecologia, pediatria), senza impegnare il medico del Pronto Soccorso.
Il piano delega a tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (SSR) il compito di adottare **specifici piani attuativi aziendali** basandosi su queste linee guida per calibrare i protocolli operativi in base alle esigenze locali.
Tra le altre criticità che possono concorrere al sovraffollamento dei pronto soccorso c'è inoltre un suo uso improprio; molti cittadini si rivolgono all'emergenza per codici minori che potrebbero essere gestiti dai servizi territoriali o dal medico di medicina generale. Su questo fronte si sta lavorando sia con lo sviluppo del nuovo modello di sanità territoriale, ampiamente descritto nei paragrafi precedenti, sia con la diffusione dell'informazione in merito alle funzioni del prezioso strumento del 116117. Questo servizio, attivo 7 giorni su 7 e 24 ore al giorno, oltre a fornire informazioni sui servizi sanitari presenti sul territorio gestisce le chiamate di cure mediche non urgenti funzionando anche da raccordo con il 118, prendendo in carico il paziente secondo la gravità del caso, e con i punti di continuità assistenziale (guardia medica), a cui viene trasferita la chiamata se necessario.

E' in corso di definizione il piano attuativo aziendale nel quale sono disciplinare le azioni richieste dalle linee guida regionali, prevedendo tra le altre azioni l'attivazione dei percosi rapidi del fast trak per le discipline di Otorinolaringoiatria, Oculistica, Pediatria, Nefrologia ed emodialisi, Medicina Interna, Servizio Immunotrasfusionale, Ortopedia, Pneumologia, Ginecologia ed Ostetricia.

Sarà inoltre attivata gradualmente in tutti gli stabilimenti sede di Pronto Soccorso il See and Treat, modello organizzativo sanitario per la gestione autonoma e rapida delle urgenze minori (codici a bassa complessità, come codici bianchi o verdi), a gestione infermieristica ove il paziente, dopo la prima valutazione al triage, viene indirizzato a un ambulatorio dedicato gestito da infermieri con una specifica formazione avanzata. L'infermiere prende in carico il paziente e conclude il percorso (es. medicazioni, piccole suture, rimozione di corpi estranei o gestione di piccoli traumi) seguendo protocolli predefiniti e validati con i medici.

B.7 Obiettivi trasversali a tutti i livelli assistenziali

1) **Adozione del nuovo atto aziendale a seguito della definizione delle linee di indirizzo regionali.**

Il prossimo triennio sarà interessato da importanti novità di tipo organizzativo sia dettate dalla presenza dei nuovi modelli assistenziali delineati negli obiettivi programmatici aziendali appena descritti, e sia per le novità introdotte dalla Legge Regionale 8 del 2025 che prevede un adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale per le attività del dipartimento di prevenzione, per quelle della riabilitazione e del dipartimento di salute mentale e dipendenze.
L'art 13 della LR n. 8 prevede l'istituzione del Dipartimento regionale di prevenzione (DRP), composto dai dipartimenti di prevenzione delle singole aziende socio-sanitarie locali e diretto dal direttore del Centro regionale per la prevenzione e

la promozione della salute CRPPS. Le attività di riabilitazione aziendali saranno funzionalmente integrate nel dipartimento regionale della riabilitazione e dello sviluppo dell'autonomia (DRRSA) e il dipartimento di salute mentale e dipendenze aziendale sarà funzionalmente integrato nel dipartimento regionale della salute mentale e delle dipendenze (DRSMD).

Con l'introduzione di tali novità appare necessario adottare il nuovo **atto aziendale** in linea con le direttive che la Regione Sardegna dovrà emanare. La missione principale contenuta nel nuovo atto aziendale sarà quella di superare il vecchio approccio basato sull'erogazione di prestazioni isolate, orientandosi piuttosto verso un sistema integrato che metta al centro la salute della popolazione e la presa in carico globale della persona.
La Direzione Generale pertanto, non appena disponibili, analizzerà le linee guida regionali e condividerà la visione del nuovo modello con il Collegio di Direzione. Si procederà dunque alla redazione del nuovo atto aziendale, rispettando i tempi stabiliti dall'Assessorato Regionale per la sua adozione.
La nuova organizzazione dovrà rispondere ai nuovi modelli dettati dal DM 77/2022 e dovrà consentire una maggiore integrazione tra sociale e sanitario, ove il sociale diventa una parte integrante della pianificazione clinica utile a intercettare la fragilità prima che si trasformi in una patologia acuta o in una condizione di marginalità.
Inoltre per lavorare al meglio in una logica di rete con una governance omogenea a livello aziendale, all'interno del Dipartimento delle attività territoriali troveranno spazio le attivittà consultoriali con una loro autonomia gestionale rispetto alle Direzioni dei distretti, ove sono attualmente collocate e da cui dipendono. Scopo principale del Consultorio è la tutela della salute globale della donna, dei minori, delle relazioni di coppia e della famiglia operando come una vera e propria rete di protezione che accompagna le persone nelle tappe più delicate della vita, con un approccio che non si limita a curare la malattia, ma cerca di prevenire il disagio e migliorare il benessere complessivo. Anche le attività di riabilitazione saranno indipendenti dalle Direzioni di distretto e troveranno una collocazione autonoma a valenza aziendale all'interno del Dipartimento delle attività territoriali. Ciò garantirà un miglior governo delle funzioni, una omogeneità nella presa in carico dei pazienti, una maggiore equità d'accesso e una più appropriata erogazione delle prestazioni fornite sia dal pubblico che dal privato accreditato.
Un fronte da implemetare è quello delle funzioni della Psicologia delle Cure Primarie che offre interventi psicologici di primo livello, integrati nella medicina territoriale anche a supporto dei medici di medicina generale e dei pediatri. L'attività avrà valenza aziendale e opererà in staff alla Direzione Generale offrendo uno sportello di ascolto anche per i dipendenti della ASL al fine di promuovere e mantenere il massimo grado di benessere psicologico di tutti i suoi lavoratori, e permettere di lavorare in condizioni sostenibili, riducendo i rischi di stress lavoro-correlato e *burnout,* con ripercussioni positive anche nella qualità dei servizi erogati.
Come già accennato, sul fronte dell'assistenza ospedaliera si lavorerà per rendere concreto il modello di ospedale unico con più stabilimenti ognuno con la vocazione assegnata nella Rete Ospedaliera adottata con DGR n. 6/15 del 2016 e approvata dal Consiglio Regionale in data 25.10.2017. I tre stabilimenti lavoreranno in rete: il San Martino di Oristano, DEA di primo livello, avrà un ruolo multispecialistico e saranno trattati i casi di maggiore complessità, gli stabilimenti di Bosa e Ghilarza si occuperanno dei casi sub acuti. Bosa è Stabilimento di sede disagiata e Ospedale di Comunità e Ghilarza è Stabilimento con PPI, funzioni riabilitative e Ospedale di Comunità.

Nel triennio 2027-29 si lavorerà per rendere operativa la nuova organizzazione iniziando con il conferimento e la designazione dei nuovi incarichi per ciascuna Struttura Complessa (SC), Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) e Struttura Semplice (SS).

2) *Modernizzare i servizi sanitari e innalzare gli standard qualitativi delle prestazioni attraverso lo sviluppo integrato dei determinanti del governo clinico*

Alla luce delle importanti novità in atto è obiettivo prioritario di questa azienda modernizzare i servizi e innalzare gli standard qualitativi delle prestazioni. Per avviare questo percorso sono state pianificate per il triennio delle azioni strettamente collegate con l'implementazione del nuovo modello organizzativo aziendale di sistema integrato per la presa in carico globale della persona.
In primo luogo il processo di integrazione tra i sistemi gestionali e clinici permetterà la comprensione dei reali bisogni di salute del territorio supportando le scelte strategiche di programmazione. La strategia attuale si sta focalizzando sull'implementazione di un modello di stratificazione della popolazione per le principali patologie croniche che utilizza i diversi flussi informativi aziendali per mappare e definire i gruppi di popolazione con specifiche necessità di cura, per livelli di complessità e per comune di appartenenza. Tale lavoro è finalizzato ad una presa in carico del paziente cronico in maniera capillare e integrata.
Si sta quindi lavorando sulla revisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) già adottati, principalmente sui percorsi di cura per la cronicità, dedicata alla presa in carico dei pazienti affetti da patologie di grande impatto come il diabete, le malattie cardiovascolari e respiratorie. Rispetto all'obiettivo strategico aziendale di innovare il modello di presa in carico del paziente soprattutto cronico, il PDTA ha un ruolo importante così come è importante il passaggio dai PDTA ai PAI (percorsi assistenziali individuali) che personalizzano gli interventi sulle specificità di ogni singolo caso. Un altro pilastro fondamentale riguarda il potenziamento della telemedicina, per cui si dovranno portare a regime le attività avviate, come la formazione completa del personale, l'abilitazione dei professionisti e la dotazione completa delle postazioni all'uso dei relativi sistemi informatici.

L'Azienda, grazie alla Struttura Risk Management Qualità e Formazione Permanente sta lavorando sul miglioramento delle azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nelle varie attività sanitarie anche grazie alla rete dei facilitatori presenti nei diversi dipartimento aziendali.

Per la diffusione dei principi e della pratica della Evidence Based Medicine sono stati organizzati seminari e webinar su UpToDate, piattaforma on line evidence-based per il supporto alle decisioni cliniche.
È stata diffusa la cultura della sicurezza delle cure, della gestione del rischio clinico e della non colpevolezza (no blame culture) - riportare l'errore e imparare come singoli e come organizzazione -, mediante la pianificazione, organizzazione ed erogazione di corsi aziendali sul rischio clinico, rivolti alla rete aziendale dei facilitatori del rischio clinico e della qualità.
Particolare attenzione inoltre è stata data alla gestione del rischio clinico e della sicurezza delle cure attraverso l'implementazione del SIRMES (Sistema integrato regionale per il monitoraggio degli errori in sanità) con numerose

segnalazioni di eventi avversi e near miss, provenienti dalle unità operative aziendali, con l'analisi degli errori attraverso lo strumento operativo del SEA (audit su eventi significativi) e la realizzazione di oltre diversi audit di rischio clinico e infine con la costituzione di gruppi di lavoro con il coinvolgimento dei facilitatori per l'analisi pro-attiva dei processi assistenziali attraverso lo strumento della FMEA (Failure Mode and Effect Analysis).

Nel biennio 2024-2025 il Servizio ha supportato metodologicamente i gruppi di lavoro aziendali che avevano il compito di costruire alcuni PDTA (percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali), strategici per l'Azienda, nel campo delle malattie cronico-degenerative. Nel 2026 si è svolta un'attività formativa che mirava a diffondere in azienda la metodica per la redazione dei PDTA e della loro redazione ai fini dell'ottenimento della certificazione rilasciata da enti terzi; iter che sarà avviato nel 2027.

Altro importante versante su cui si opererà nel 2027 riguarda lo sviluppo delle attività per l'ottenimento dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie aziendali. A seguito di un puntuale aggiornamento dello stato dell'arte sarà definito un cronoprogramma per lo sviluppo degli interventi funzionali all'ottenimento dell'accreditamento per singola struttura.

C. Acquisti e installazioni elettromedicali per l'assistenza ospedaliera e territoriale

Il nuovo assetto proposto dal DM 77/2022, attraverso la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici uniformi, ha determinato la necessità di sviluppare e potenziare le nuove strutture quali le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, nonché di rafforzare l'assistenza domiciliare, la telemedicina e l'integrazione tra ospedale e territorio. Tale evoluzione ha conseguentemente comportato nuovi e più articolati fabbisogni in termini di tecnologie sanitarie, apparecchiature, beni e servizi, rendendo necessario un adeguamento dei processi di programmazione, valutazione tecnica e approvvigionamento delle Aziende Sanitarie.

Tale cambiamento è percepibile anche nel quadro degli acquisti per il biennio 2025/2026 non ancora concluso, in cui sono state numerose le nuove installazioni di apparecchiature elettromedicali per un totale complessi di **n. 1401** con una distribuzione rispetto ai periodi precedenti preponderante verso il territorio:

	Apparecchiature	Relativi accessori
Presidi Ospedalieri	320	262
Distretti Territoriali	449	77
Pazienti Domiciliari	293	/

Si precisa che alcune strutture quali l'Ospedale di Comunità di Bosa e la Casa di Comunità di Bosa, l'Ospedale di Comunità di Ghilarza e la Casa di Comunità di Ghilarza sono fisicamente ubicate rispettivamente presso il P.O. AG Mastino di Bosa ed il P.O. GP Delogu di Ghilarza, ma appartengono funzionalmente al Distretto di Ghilarza-Bosa.

Presidi Ospedalieri

Le apparecchiature acquisite in varie modalità (noleggio, acquisto, service) ed installate nei Presidi Ospedalieri sono

principalmente:

- strumentazione di uso comune ma fondamentale per l'erogazione dell'assistenza (letti per degenza elettrificati, elettroencefalografi, frigoriferi per farmaci, ecc.);
- strumentazione specialistica per attività chirurgica, anche in laparoscopia (elettrobisturi, colonne per chirurgia laparoscopica, lampade scialitiche, videolaparascopi, ecc.);
- strumentazione diagnostica per l'erogazione di nuove prestazioni ed il miglioramento quantitativo e qualitativo di quelle già offerte nella ASL Oristano (tomografo a risonanza magnetica, TAC, ecc.).

Per le tre nuove branche del P.O. San Martino (oculistica, dermatologia ed otorinolaringoiatria) sono state acquisite e sono in fase di ulteriori acquisizioni apparecchiature specifiche per lo svolgimento di interventi chirurgici in regime di Day Service quali:

- iniezioni intravitreali ed interventi di cataratta (Oculistica);
- interventi ai turbinati, settoplastica e chirurgia funzionale nasale, chirurgia endoscopica rinosinusale (FESS), trattamento della poliposi nasale(ORL);
- interventi di piccola chirurgia dermatologica.

Di seguito le prestazioni eseguibili con le nuove dotazioni:

APPARECCHIATURE PER OCULISTICA
• esame obiettivo dell'occhio e del fundus oculi, acutezza visiva, tonometria, ovvero eventuale riscontro di vizi di refrazione o di disturbi dell'accomodazione e quindi prescrizione di lenti correttive; • indagini diagnostiche del campo visivo, delle strutture interne dell'occhio e misura della curvatura della superficie della cornea; • esame della densità, della forma e funzionalità delle cellule endoteliali dell'occhio; • analisi non invasiva della retina ed in particolare della macula e quini diagnosi di patologie della regione centrale della retina e del glaucoma; • trattamento ambulatoriale di alcune patologie della retina come la retinopatia diabetica, rotture e degenerazioni della retina, trombosi retiniche ed edema maculare.
APPARECCHIATURE PER ORL
• visite generali; • endoscopie dei distretti di pertinenza ORL; • esami audiometrico tonale, vocale; • esame impedenzometrico; • potenziali evocati uditivi per adulti e bambini; • screening uditivo neonatale; • esame clinico della funzionalità vestibolare.
APPARECCHIATURE PER DERMATOLOGIA
• visite generali; • diagnosi e cura delle principali patologie dermatologiche; • visite dermatologiche e dermoscopiche (manuali e digitali); • crioterapia e diatermocoagulazione; • biopsie cutanee, dermochirurgia ed esami micologici.

Conformemente alle Programmazioni degli Acquisti 2024-2026, 2025-2027, 2026-2028 nel biennio di riferimento si sono effettuate acquisizioni volte all'aggiornamento del parco tecnologico della ASL Oristano dei tre Presidi Ospedalieri

mediante finanziamenti propri, regionali ed europei volti ad un miglioramento dell'offerta sanitaria.

Nell'ambito delle attività finalizzate al potenziamento e all'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche aziendali, particolare rilevanza assume il finanziamento di € 1.003.856,55 assegnato dalla Regione Autonoma della Sardegna alla ASL Oristano, nell'ambito della programmazione regionale degli investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico, di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 56/7 del 29 ottobre 2025, recepita con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 249 del 4 dicembre 2025.

Le risorse sono destinate all'acquisizione di piccole tecnologie biomediche, apparecchiature e dotazioni informatiche e arredi per le diverse strutture sanitarie aziendali, con l'obiettivo di favorire il progressivo rinnovo del patrimonio strumentale, il completamento delle dotazioni esistenti e il miglioramento delle condizioni operative e assistenziali.
L'intervento assume particolare importanza in quanto consente di rispondere a esigenze tecnologiche e organizzative diffuse nelle diverse articolazioni aziendali, intervenendo sia sulla sostituzione di attrezzature obsolete o non più adeguate alle attuali necessità assistenziali, sia sull'acquisizione di nuove dotazioni funzionali al miglioramento e al potenziamento delle attività sanitarie.
L'investimento si inserisce, pertanto, in una più ampia strategia aziendale volta a garantire un progressivo ammodernamento e riequilibrio delle dotazioni tecnologiche tra le strutture ospedaliere e territoriali, contribuendo al miglioramento dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate, all'efficienza dei processi assistenziali e al rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio, in coerenza con l'evoluzione dei modelli organizzativi dell'assistenza sanitaria.
Di seguito si riportano gli acquisti e gli impegni di spesa più rilevanti di cui al finanziamento RAS per la ASL Oristano per l'ammodernamento tecnologico.

Descrizione acquisti con finanziamento RAS per ammodernamento tecnologico	Importo di spesa IVA/E
Fornitura, mediante riscatto, colonna per videoendoscopia chirurgica da destinare alla U.O. di Ostetricia e Ginecologia	€ 78.860,00
Fornitura di barelle per trasporto ed assistenza pazienti intraospedalieri e barelle per bagno assistito da destinare ai Presidi Ospedalieri della ASL n. 5 di Oristano	€ 67.862,60
Fornitura di un sistema EEG fisso, un sistema EEG portatile, n° 2 stazioni di refertazione occorrenti alla Neurologia ed alla Pediatria del P.O. San Martino di Oristano.	€ 53.525,06
Fornitura mediante acquisto, di strumentazione e arredi sanitari destinati al Servizio di Oculistica del P.O. San Martino,	€ 31.654,12
Fornitura, mediante riscatto di un sistema per anestesia, già acquisito in noleggio.	€ 24.400,00
Fornitura di sistemi per la gestione delle vie aeree e delle intubazioni difficili, comprensivi di relativi accessori e materiale di consumo, da destinare a reparti diversi del P.O. San Martino di Oristano e del P.O. G.P. Delogu di Ghilarza	€ 16.274,80
Fornitura mediante acquisto di Holter	€ 14.047,08
Impegni di Spesa per l'acquisto di Arredi Sanitari mediante adesione Accordo Quadro ARES Sardegna	€ 231.886,91
Impegni di Spesa per l'acquisto di Arredi per uffici mediante adesione Accordo Quadro ARES Sardegna	€ 159.970,96
Fornitura, mediante acquisto, di n. 52 Armadietti Spogliatoio per l'Oncologia e il PO Mastino di Bosa	€ 12.561,12

Tab.46. Ammodernamento tecnologico (acquisti con finanziamenti RAS)

Mediante finanziamenti PR FESR 2021-2027 (finanziamenti ad ARES Sardegna) sono state acquisite:

- le lampade scialitiche del Blocco Operatorio del P.O. San Martino attualmente in fase di installazione;

- colonne laparoscopiche 3D/4K per le attività chirurgiche di Urologia e Ginecologia per P.O. San Martino;
- apparecchiature per il servizio oculistico (microscopio operatorio, fluorangiografo, biometro computerizzato).

Mediante finanziamenti in capo ad ASL Oristano e ad altre fonti sono stati inoltre acquisiti:

- letti da degenza elettrificati (in varie configurazioni) per i reparti di Pediatria, Cardiologia e Dialisi;
- ecoendoscopio al fine di aumentare la qualità e la tipologia di prestazioni erogabili da parte del l'U.O. di Endoscopia del P.O. San Martino (l'ecoendoscopia bilio-pancreatica è una tecnica diagnostica e terapeutica che combina l'ecografia con la procedura endoscopica per visualizzare gli organi interni, in particolare il pancreas e le vie biliari);
- ecografo intraoperatorio da utilizzarsi ai fini chirurgici, diagnostici e terapeutici in ambito epatobiliare e per attività proctologiche ambulatoriali ad uso dell'U.O. della Chirurgia e del Blocco Operatorio del P.O. San Martino;
- ecografo cardiologico di alta fascia per il reparto Cardiologia e UTIC del P.O. San Martino;
- sistemi di intubazione difficili i quali sono stati destinati ai tre Presidi Ospedalieri conformemente all'esigenze stabilite dal Dipartimento di Emergenza Urgenza, e dai reparti Anestesia e Rianimazione e Blocco Operatorio;
- apparecchi di anestesia per i Blocchi Operatori del G.P. Delogu di Ghilarza e per l'A.G. Mastino di Bosa.

Durante il primo semestre 2026 sono state inoltre acquisite diverse tecnologie conformemente al piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'ex art. 2 del DL 34 del 19 maggio 2020 di cui alla DGR n. 25/8 del 20/05/2026.

Gli acquisti hanno riguardato l'allestimento di ulteriori n. 8 posti letti di Terapia Semi-Intensiva ubicati attualmente presso il reparto di Medicina del P.O. San Martino - obiettivo PNRR M6C2 1.1.1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero–Rafforzamento strutturale SSN".

Nello specifico sono state acquisite apparecchiature elettromedicali per circa € 500.000,00, comprendenti tra le altre:

- centrale di monitoraggio con n. 8 monitor centralizzati;
- letti per terapia semi-intensiva;
- ventilatori per terapia semi-intensiva e sistemi di ossigenoterapia ad alta flussi;
- sistemi di riscaldamento paziente;
- sistemi per infusione motorizzati a basso e ad alto flusso.

Inoltre, nei Presidi Ospedalieri sono state installate le seguenti apparecchiature di ultima generazione finanziate con Fondi PNRR Missione 6 Componente 1.1.2 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – grandi Apparecchiature" a cura di ARES Sardegna:

DESCRIZIONE	COSTRUTTORE e MODELLO	PRESIDIO DI DESTINAZIONE	REPARTO
SISTEMA POLIFUNZIONALE	CARESTREAM DRX EVOLUTION PLUS	P.O. San Martino di Oristano	Radiologia
DENSITOMETRO OSSEO	GE MEDICAL SYSTEMS ITALIA S.P.A. - Prodigy	Poliambulatorio Oristano	Amb. Prevenzione Diagnosi e Cura dell'osteoporosi

DESCRIZIONE	COSTRUTTORE e MODELLO	PRESIDIO DI DESTINAZIONE	REPARTO
DENSITOMETRO OSSEO	GE MEDICAL SYSTEMS ITALIA S.P.A. - Prodigy	P.O. Mastino di Bosa	Radiologia
TAC A 128 STRATI	PHILIPS - INCISIVE CT PLUS	P.O. Delogu di Ghilarza	Radiologia
TAC A 128 STRATI	PHILIPS - INCISIVE CT PLUS	P.O. San Martino di Oristano	Radiologia
RMN A 1,5 T	PHILIPS – INGENIA AMBITION X.	P.O. San Martino di Oristano	Radiologia
ORTOPANTOMOGRAFO	TRADE ART 2000 PLANMECA PROMAX 3D	P.O. San Martino di Oristano	Radiologia
ORTOPANTOMOGRAFO	TRADE ART 2000 PLANMECA PROMAX 3D	P.O. Delogu di Ghilarza	Radiologia
ECOTOMOGRAFO*	SAMSUNG V6	P.O. San Martino di Oristano	Ginecologia e Ostetricia

Tab. 47 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero – grandi Apparecchiature

**Acquisito con il progetto "Economie-PNRR-Stato G.A.Ecografo ASL 5 PO San Martino".*

In area laboratoristica sono state fatte acquisizioni di apparecchiature e relativi reagenti e dispositivi con l'obiettivo di:

- diagnosticare e caratterizzare malattie onco-ematologiche come leucemie e linfomi mediante analisi delle proprietà fisiche e dei marcatori molecolari fluorescenti delle singole cellule (citofluorimetria);
- investigare la struttura, le proprietà e le reazioni delle biomolecole per comprendere le basi molecolari delle malattie e delle mutazioni mediante tecniche come la PCR e il sequenziamento per l'analisi e la manipolazione degli acidi nucleici (biologia molecolare);
- aumentare l'attività di ricerca di sangue occulto nelle feci negli assistiti della ASL Oristano (tumori del colon retto);
- aumentare lo screening dei tumori del collo dell'utero (PAP Test);
- individuare in tempi rapidi situazioni di batteriemia che è una principale causa di sepsi (in precedenza i campioni venivano inviati presso altre strutture sanitarie regionali);
- sistemi per la determinazione della VES;
- individuare in tempi rapidi infezioni virali respiratorie, meningite, encefalite ed infezioni gastrointestinali.

Nel prossimo triennio è in programmazione l'aggiornamento del parco tecnologico della ASL Oristano nei tre Presidi Ospedalieri mediante finanziamenti propri, regionali ed europei volti ad un miglioramento dell'offerta sanitaria. Di seguito si riportano, in maniera esemplificativa e non esaustiva, alcuni interventi in programmazione:

- lampade scialitiche del Blocco Operatorio del G.P. Delogu di Ghilarza e dell'A.G. Mastino di Bosa;
- colonne endoscopiche per i Servizi di Endoscopia del P.O. San Martino e dell'A.G. Mastino di Bosa, e per l'ORL del P.O. San Martino;
- apparecchiature per la chirurgia della cataratta primaria e secondaria;
- sistemi di lavaggio e disinfezione per gli endoscopi;
- tecnologie necessarie per la realizzazione della Stroke Unit di Neurologia;
- tecnologie necessarie per la realizzazione di una Terapia Semi-Intensiva Chirurgica;
- tecnologie per una o più sale interventistiche da destinarsi alle attività di Emodinamica e di Cardiologia Interventistica.
-

Sono inoltre presenti nella Programmazione di ARES e verranno eseguiti mediante finanziamenti PR FESR 2021-27 i seguenti interventi:

Descrizione	Struttura	Reparto
Centrale di Monitoraggio 10 Posti Letto	P.O. San Martino	Cardiologia-Utic
Centrale di Monitoraggio 10 Posti Letto	P.O. San Martino	Rianimazione
N. 5 Tavolo Operatori Chirurgici	P.O. San Martino	Blocco Operatorio
N. 3 Ecotomografi	P.O. San Martino	Cardiologia
Ecotomografo Multidisciplinare	P.O. San Martino	Radiologia Dea
Ecotomografo Interventistico per Chirurgia e Urologia	P.O. San Martino	Blocco Operatorio

Tab 48 uleriori investimenti con finanziamenti PR FESR 2021-27

Distretti Territoriali

I Distretti Territoriali di Oristano, Ghilarza-Bosa e Ales-Terralba con le loro strutture ubicate nell'intera Provincia sono stati oggetto di acquisti di notevole entità in termini di apparecchiature elettromedicali in quanto in questi anni oggetto di ristrutturazioni e ammodernamenti edilizi principalmente mediante finanziamenti PNRR e PN Equità e Salute.

La maggior parte di tali acquisizioni sono state realizzate in ambito PNRR e non erano state originariamente previste in programmazione, ma sono frutto del fabbisogno che è stato stilato internamente dal Servizio Acquisizione Beni e Servizi – Ingegneria Clinica ed approvato e condiviso dalla Direzione Generale e con i RUP referenti dei singoli progetti PNRR a fine 2025 ed adeguato in un primo momento a seguito dell'aggiornamento della programmazione regionale delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità con le DGR 24/1 e 24/2 del 14 maggio 2026 (overbooking), ed in un secondo momento con il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19 ai sensi dell'ex art. 2 del DL 34 del 19 maggio 2020 di cui alla DGR n. 25/8 del 20/05/2026. Partendo da tale fabbisogno, il Servizio Acquisizione Beni e Servizi ha avviato internamente procedure di acquisto per apparecchiature elettromedicali (oltre che per arredi sanitari e non sanitari) in tempi rapidissimi in quanto le procedure amministrative e la fornitura, installazione e collaudo delle apparecchiature elettromedicali fondamentali dovevano essere necessariamente concluse entro il I semestre 2026 contribuendo così al raggiungimento dei target PNRR al 30/06/2026.

Le strutture oggetto di intervento PNRR sono state le seguenti:

- Case di Comunità di Oristano, Samugheo, Ghilarza, Santulussurgiu, Tramatza, Bosa e Laconi (queste ultime due overbooking);
- Ospedali di Comunità di Bosa e di Ghilarza (inizialmente previsti 20 posti letto per ciascuna struttura poi aumentati a 30).

Nella tabella sottostante si riporta l'elenco delle acquisizioni svolte solo nel primo semestre 2026 a beneficio del territorio della ASL Oristano con indicazione dell'importo di spesa iva escluso mediante varie fonti di finanziamento.

DESTINATARI DEI BENI	BENI PRINCIPALI	COMPONENTI / ACCESSORI	TOTALE BENI	IMPORTO TOTALE DI ACQUISTO DEI BENI	FONTE DI FINANZIAMENTO	IMPORTO FINANZIAMENTO
CASA DELLA COMUNITÁ DI BOSA	8	1	9	14.547,00 €	ASL OR PNRR CDC	14.037,00 €
					ASL OR DGR 56/7 PICCOLE TECNOLOGIE	270,00 €
					ARES NP63	240,00 €
CASA DELLA COMUNITÁ DI ORISTANO	34	10	44	82.796,00 €	ASL OR PNRR CDC	79.681,00 €
					ASL OR DGR 56/7 PICCOLE TECNOLOGIE	820,00 €
					ASL OR DGR 47/24 PROGETTO SISAR 2011-7	2.055,00 €
					ARES NP63	240,00 €
CASA DELLA COMUNITÁ DI SAMUGHEO	29	6	35	75.447,30 €	ASL OR PNRR CDC	74.937,30 €
					ASL OR DGR 56/7 PICCOLE TECNOLOGIE	270,00 €
					ARES NP63	240,00 €
CASA DELLA COMUNITÁ DI GHILARZA	31	9	40	85.614,70 €	ASL OR PNRR CDC	85.104,70 €
					ASL OR DGR 56/7 PICCOLE TECNOLOGIE	270,00 €
					ARES NP63	240,00 €
CASA DELLA COMUNITÁ DI LACONI	7	0	7	7.497,00 €	ASL OR PNRR CDC	6.987,00 €
					ASL OR DGR 56/7 PICCOLE TECNOLOGIE	270,00 €
					ARES NP63	240,00 €
CASA DELLA COMUNITÁ DI SANTULUSSURGIU	18	0	18	22.914,60 €	ASL OR PNRR CDC	13.575,30 €
					ASL OR DGR 56/7 PICCOLE TECNOLOGIE	270,00 €
					ARES NP63	240,00 €
					ARES PN EQUITÀ E SALUTE	8.829,30 €
CASA DELLA COMUNITÁ DI TRAMATZA	29	0	29	31.155,50 €	ASL OR PNRR CDC	30.645,50 €
					ASL OR DGR 56/7 PICCOLE TECNOLOGIE	270,00 €
					ARES NP63	240,00 €
OSPEDALE DELLA COMUNITÁ DI BOSA	71	4	75	127.068,20 €	ASL OR PNRR ODC	100.898,60 €
					ASL OR DGR 56/7 PICCOLE TECNOLOGIE	810,00 €
					ARES NP60	1.260,00 €
					ARES NP65	24.099,60 €
OSPEDALE DI COMUNITÁ DI GHILARZA	64	4	68	119.991,90 €	ASL OR PNRR ODC	95.829,30 €
					ASL OR DGR 56/7 PICCOLE TECNOLOGIE	540,00 €
					ARES NP60	1.260,00 €
					ARES NP65	22.362,60 €
POLIAMBULATORIO DI ALES	1	0	1	0,00 €	SERVICE/COMODATO	
POLIAMBULATORIO DI BOSA	1	0	1	2.300,00 €	ASL OR FONDI DI BILANCIO	2.300,00 €
POLIAMBULATORIO DI GHILARZA	1	0	1	3.217,00 €	ARES PN EQUITÀ E SALUTE	3.217,00 €
POLIAMBULATORIO DI MOGORO	11	0	11	15.963,00 €	ARES PN EQUITÀ E SALUTE	15.278,00 €
					ASL OR DGR 47/24 PROGETTO SISAR 2011-7	685,00 €
POLIAMBULATORIO DI TERRALBA	2	0	2	685,00 €	ASL OR DGR 47/24 PROGETTO SISAR 2011-7	685,00 €

Tab 49 tecnologie acquisite nel primo semestre 2026

Le tecnologie acquisite hanno riguardato principalmente:

- apparecchiature per l'allestimento degli ambulatori delle nuove Case di Comunità e per gli Ospedali di Comunità;
- n. 11 ecografi ginecologici per le attività dei consultori;
- apparecchiature per i consultori di Mogoro e Santu Lussurgiu (finanziamenti PN Equità e Salute);
- apparecchiature utilizzabili per televisite e teleconsulti mediante la piattaforma di telemedicina Pohema;
- apparecchiature per la riabilitazione fisica.

All'interno dei finanziamenti PN Equità e Salute è stato inoltre acquisito un Motorhome clinico che sarà allestito come ambulatorio mobile polispecialistico volto ad offrire su tutto il territorio della ASL Oristano servizi clinici e diagnostici.

Nell'ambito della programmazione per il prossimo triennio, sono previste ulteriori acquisizioni di tecnologie e apparecchiature sanitarie destinate alle diverse branche specialistiche, secondo una strategia finalizzata, da un lato, a potenziare e completare le dotazioni tecnologiche delle strutture già interessate dagli interventi finanziati nell'ambito del PNRR e, dall'altro, a garantire un progressivo ammodernamento e riequilibrio del parco tecnologico aziendale.

Tale programmazione si inserisce in una più ampia strategia di rafforzamento e integrazione della rete assistenziale ospedaliera e territoriale, nella consapevolezza che l'innovazione tecnologica rappresenta uno degli strumenti

fondamentali per favorire la continuità dei percorsi di cura, migliorare l'accessibilità alle prestazioni sanitarie e garantire una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili.

In tale prospettiva, *le acquisizioni programmate non devono essere considerate esclusivamente come interventi di sostituzione o incremento delle dotazioni strumentali, ma come elementi funzionali alla realizzazione di un modello assistenziale integrato, nel quale le strutture ospedaliere e i servizi territoriali operino in maniera coordinata e complementare, ciascuno secondo il proprio livello di complessità e le rispettive competenze*.

Particolare attenzione sarà pertanto rivolta alla disponibilità di tecnologie che consentano di potenziare le attività diagnostiche e specialistiche sul territorio, favorendo la presa in carico dei pazienti in prossimità dei luoghi di residenza e, al contempo, assicurando un efficace raccordo con le strutture ospedaliere per le prestazioni a maggiore complessità.

Tale impostazione contribuirà a ridurre gli accessi ospedalieri potenzialmente evitabili, migliorare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici e promuovere una distribuzione più equilibrata delle attività sanitarie all'interno della rete aziendale.

L'obiettivo è quindi quello di superare una logica di acquisizione delle tecnologie riferita alle singole strutture, privilegiando una visione complessiva del fabbisogno tecnologico aziendale, orientata all'integrazione funzionale tra ospedale e territorio, alla valorizzazione delle diverse articolazioni organizzative e alla costruzione di una rete assistenziale sempre più accessibile, efficiente e rispondente ai bisogni di salute della popolazione.

Nello specifico, particolare attenzione sarà rivolta alle strutture territoriali che, allo stato attuale, hanno beneficiato in misura minore degli investimenti connessi al PNRR, con specifico riferimento al Distretto di Ales-Terralba, per il quale la programmazione delle nuove acquisizioni rappresenta uno strumento fondamentale per favorire l'aggiornamento delle dotazioni tecnologiche, il potenziamento dell'offerta specialistica e una maggiore omogeneità nell'accesso ai servizi sanitari sul territorio aziendale.

La programmazione assume pertanto una duplice valenza: consolidare gli investimenti già realizzati, assicurando alle strutture interessate dotazioni coerenti con le attività assistenziali previste, e ridurre progressivamente le disomogeneità territoriali, orientando le nuove acquisizioni anche verso i presidi che non hanno potuto beneficiare direttamente delle medesime opportunità di finanziamento.

In tale contesto assume particolare rilevanza anche il programma regionale IN.DO.M.A.U.S. (Interventi di Domotica per Minori e Anziani di Utilità Sociale), finanziato nell'ambito del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione (FSC) 2021–2027, che promuove l'impiego di soluzioni tecnologiche innovative a supporto dell'autonomia, della sicurezza e della permanenza delle persone fragili nel proprio ambiente di vita.

L'iniziativa si inserisce nel più ampio processo di evoluzione dei modelli assistenziali, nel quale l'innovazione tecnologica assume un ruolo strategico non soltanto all'interno delle strutture sanitarie, ma anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare e territoriale.

In questa prospettiva, lo sviluppo di sistemi domotici, dispositivi di monitoraggio e piattaforme digitali può contribuire a rafforzare la continuità assistenziale, favorendo una maggiore integrazione tra le attività ospedaliere, i servizi territoriali e il domicilio del paziente.

Il programma rappresenta pertanto un ulteriore ambito di riferimento per una programmazione tecnologica aziendale orientata non esclusivamente al potenziamento delle singole strutture, ma alla costruzione di una rete sociosanitaria integrata, capace di rispondere in maniera più efficace e appropriata ai bisogni di salute e assistenza della popolazione.

Tra gli interventi previsti vi è anche l'acquisizione di arredi sanitari e non sanitari, nonché di apparecchiature elettromedicali volta all'allestimento/modernizzazione di tutti i punti di Continuità Assistenziale della ASL Oristano.
Tutti gli ambulatori saranno dotati di dispositivi (elettrocardiografi, spirometri, monitor) da utilizzarsi anche in Telemedicina mediante la piattaforma Pohema.

Tali dispositivi, che verranno acquisiti mediante Accordi Quadro Agenas saranno destinati anche alle équipe territoriali: al Team dell'Assistenza Domiciliare Respiratoria e gestione del paziente ventilato e al Team unità Cure Palliative Pazienti Domiciliari.

Assistenza ai Pazienti Domiciliari

La ASL Oristano pone particolare attenzione alle esigenze degli assistiti afferenti ai Servizi di Assistenza Protesica e di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), attraverso una costante attività di acquisizione, gestione e messa a disposizione di dispositivi medici, ausili, attrezzature sanitarie e apparecchiature elettromedicali destinati all'utilizzo domiciliare.
Tali interventi rivestono un ruolo fondamentale nel garantire la continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti, con particolare riferimento alle persone affette da disabilità, patologie croniche, degenerative o condizioni cliniche che richiedono un'assistenza continuativa al domicilio.
Le tecnologie e i dispositivi messi a disposizione degli assistiti consentono, in particolare:

- il mantenimento delle condizioni di salute e l'aderenza ai piani terapeutici e assistenziali individualizzati;
- il trattamento e il supporto alle cure di patologie temporanee, croniche e degenerative;
- il mantenimento e, ove possibile, il recupero dell'autonomia personale e funzionale;
- il miglioramento della qualità della vita degli assistiti e il supporto alle attività di cura svolte dai familiari e dai caregiver;
- la riduzione della necessità di accessi alle strutture ospedaliere, favorendo la permanenza del paziente nel proprio contesto abitativo, laddove clinicamente appropriato.

A titolo esemplificativo, per rispondere alle necessità assistenziali dei pazienti con disabilità e/o affetti da differenti patologie, vengono quotidianamente acquisiti e messi a disposizione ventilatori polmonari per la respirazione assistita, ausili per la mobilità e la movimentazione, comunicatori vocali e ulteriori dispositivi destinati a garantire il mantenimento delle funzioni vitali, l'autonomia personale e il supporto alle attività quotidiane.
Nell'ambito delle attività di approvvigionamento già realizzate dalla ASL Oristano, assumono particolare rilevanza gli interventi finalizzati ad assicurare la disponibilità degli ausili e dei dispositivi previsti dalla normativa nazionale in materia di assistenza protesica.
In particolare, è stata espletata a livello regionale una procedura aperta e recepita dalla ASL Oristano per garantire la fornitura dei dispositivi di cui agli elenchi 2A e 2B dell'Allegato 5 al D.P.C.M. 12 gennaio 2017. L'intervento ha consentito

di strutturare l'approvvigionamento di ausili destinati agli assistiti aventi diritto, con l'obiettivo di garantire continuità e appropriatezza delle forniture, uniformità delle modalità di acquisizione e rispondenza alle specifiche esigenze cliniche, funzionali e assistenziali della popolazione.

A tale iniziativa si è affiancato un ulteriore intervento relativo alla fornitura di ausili per l'assistenza protesica ai sensi del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, attraverso il quale la ASL ha ulteriormente consolidato la propria capacità di risposta ai fabbisogni degli assistiti, assicurando la disponibilità di dispositivi e ausili necessari al mantenimento dell'autonomia personale, alla compensazione delle limitazioni funzionali e al supporto dei percorsi terapeutico-assistenziali.

La realizzazione di tali interventi ha rappresentato un importante contributo al rafforzamento dell'assistenza protesica aziendale, permettendo di consolidare il sistema di approvvigionamento e distribuzione degli ausili e di sostenere la continuità delle prestazioni erogate sul territorio. Le acquisizioni effettuate assumono particolare rilevanza anche nell'ambito del progressivo sviluppo dei modelli di assistenza territoriale, favorendo la gestione domiciliare dei pazienti e una maggiore integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali.

Parallelamente alle attività di acquisizione, la ASL Oristano garantisce specifici servizi di gestione, manutenzione e assistenza tecnica delle tecnologie e degli ausili assegnati agli assistiti.

In particolare, è attivo, per i pazienti afferenti all'Ufficio Protesi, il "Servizio di sanificazione, magazzinaggio e riutilizzo dei beni di protesica", che comprende, tra le diverse prestazioni, le attività di consegna e ritiro dei beni presso il domicilio degli assistiti, la sanificazione, la gestione del magazzino, il recupero e il riutilizzo dei dispositivi, nonché l'assistenza in caso di malfunzionamento e l'eventuale sostituzione degli ausili. Tale servizio consente di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili, valorizzando il riutilizzo dei beni ancora idonei e garantendo, al contempo, la continuità delle prestazioni assistenziali.

È inoltre attivo, sempre per i pazienti afferenti all'Ufficio Protesi, il "Servizio integrato per la gestione delle apparecchiature biomedicali delle Aziende Sanitarie della Regione Sardegna", che assicura, tra le altre attività, l'assistenza tecnica 24 ore su 24 per le apparecchiature elettromedicali destinate al supporto vitale utilizzate presso il domicilio dei pazienti, quali i ventilatori polmonari. Tale servizio assume particolare importanza in considerazione della criticità clinica delle tecnologie coinvolte e della necessità di garantire tempestività degli interventi tecnici e continuità di funzionamento delle apparecchiature.

Infine, nell'ambito dell'assistenza ai pazienti domiciliari seguiti dall'Ufficio Protesi, vengono messe a disposizione anche pompe infusionali per la somministrazione controllata di farmaci e pompe per la nutrizione enterale, consentendo l'esecuzione al domicilio di trattamenti terapeutici e nutrizionali che richiedono l'impiego di specifiche tecnologie sanitarie.

Nel complesso, gli interventi di acquisizione già realizzati e i servizi di supporto attualmente operativi testimoniano l'impegno della ASL Oristano nel consolidamento di un modello assistenziale orientato alla domiciliarità, alla continuità delle cure e all'integrazione tra ospedale e territorio. In tale contesto, la disponibilità di ausili, dispositivi medici e tecnologie elettromedicali, unitamente alla garanzia della loro corretta gestione e manutenzione, rappresenta un elemento essenziale per assicurare una presa in carico appropriata dei pazienti, favorire la permanenza degli assistiti nel proprio ambiente familiare e contribuire alla sostenibilità complessiva del sistema sanitario, anche attraverso la riduzione dei ricoveri evitabili e degli accessi ospedalieri non necessari.

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
Area della Prevenzione collettiva e sanità pubblica			
Necessità di un coordinamento funzionale degli interventi in materia di sorveglianza della diffusione delle malattie e di governo del sistema di controllo delle stesse, di valutazione epidemiologica e di coordinamento nella realizzazione dei programmi di promozione della salute nei territori regionali	**1)** Delineare il **nuovo modello organizzativo e gestionale** integrato per la prevenzione e la promozione della salute	**1.** Adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale (art 13 della LR n. 8/2025), che prevede **l'istituzione del Dipartimento regionale di prevenzione (DRP),** composto dai dipartimenti di prevenzione delle aziende socio-sanitarie locali e **diretto dal direttore del Centro regionale per la prevenzione e la promozione della salute CRPPS.**	
Esitazione vaccinale nei target prioritari con conseguente aumento della vulnerabilità per i gruppi ad alto rischio: Persistente resistenza alla campagna antinfluenzale nella popolazione fragile e anziana e resistenza alla vaccinazione anti-HPV nella coorte adolescenziale (maschile/femminile).	**2) Promuovere gli interventi vaccinali in maniera capillare nel territorio**, nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente e promuovendo una equità di accesso del servizio alla popolazione	**1. Chiamata attiva e prossimità:** Promozione attiva ed erogazione diretta delle vaccinazioni ai soggetti fragili ad aumentato rischio di contrarre malattie infettive e/o a sviluppare complicanze **2. Coinvolgimento degli specialisti clinici:** Sensibilizzazione e formazione degli specialisti clinici nel *counselling* specifico. **3. Ampliamento dell'offerta e sinergia delle reti territoriali:** Campagne informative e vaccinali mirate in collaborazione con i MMG, con gli ambulatori di cure primarie presso le Case	**Campagne straordinarie (Open Day):** Giornate dedicate alla vaccinazione anti-HPV presso il Presidio Ospedaliero di Oristano e le Case della Comunità di Tramatza, Samugheo, Santu Lussurgiu, Laconi, Ghilarza e Bosa. **Sinergia con le reti territoriali**: Avvio nella strutturazione delle campagne vaccinali per tutti i gruppi di popolazione (vaccinazioni in età pediatrica, antinfluenzali, HPV, ecc.) presso le sette Case della Comunità **Vaccinazioni presso le strutture residenziali:** Erogazione del vaccino antinfluenzale ai soggetti fragili ospiti delle

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
		della Comunità, con gli ambulatori straordinari di cure primarie e con i medici ospedalieri. **5. Migliore adesione alla vaccinazione dei pazienti fragili:** Inserimento dell'atto vaccinale nei PDTA e favorire la vaccinazione in ambito ospedaliero e al momento della dimissione.	Comunità Integrate. **Percorsi protetti per la cronicità:** Corsie di accesso agevolate per la vaccinazione antinfluenzale dei pazienti cronici anche presso le Case della Comunità. **Formalizzazione delle procedure:** Predisposizione di una procedura aziendale condivisa tra specialisti, MMG, PLS, SISP e professionisti delle Case della Comunità.
Frammentazione dell'offerta dei programmi di screening nel territorio provinciale Inadeguatezza dell'offerta rispetto ai fabbisogni epidemiologici reali della popolazione target a causa della carenza strutturale di personale medico e tecnico dedicato alla linea di attività.	**3)** Realizzare **interventi efficaci di prevenzione dei tumori** offerti alla popolazione in maniera integrata e strutturata	**1. Potenziamento della chiamata attiva:** Incremento sistematico dei volumi di inviti attivi trasmessi alla popolazione target. **2. Promozione della cultura della prevenzione:** Campagne di sensibilizzazione volte ad accrescere la consapevolezza sull'importanza della diagnosi precoce, garantendo la tempestiva presa in carico dei soggetti positivi e la continuità assistenziale. **3. Ottimizzazione dei sistemi di recall:** Efficientamento del sistema di sollecito per gli utenti inadempienti al primo invito. **4. Incremento delle prestazioni di primo e secondo livello:** Ampliamento delle sedute dedicate agli screening di primo e secondo livello, in conformità ai protocolli regionali per fasce d'età e percorsi specifici.	**Campagne di sensibilizzazione mirate:** Sviluppo di attività informative e di educazione alla salute dedicate alla popolazione target attraverso diversi canali di comunicazione. **Efficientamento dei canali di contatto:** verifica sulla postalizzazione e sui flussi di consegna degli inviti; introduzione di sistemi di notifica multicanale (SMS e canali digitali) per migliorare la raggiungibilità e l'adesione dei cittadini. **Monitoraggio della capacità erogativa:** Verifica e potenziamento della disponibilità delle agende dedicate agli approfondimenti diagnostici di secondo livello. **Integrazione funzionale territoriale:** Rafforzamento dei raccordi operativi con i Consultori Familiari e le Case della Comunità per lo sviluppo dei programmi di

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
		5. Consolidamento della rete organizzativa aziendale: Definizione di percorsi organizzativi condivisi e sinergici con tutte le strutture coinvolte (Endoscopia, Laboratori, MMG, Consultori, Ginecologia, Radiologia, Senologia) per la gestione del secondo livello e degli approfondimenti diagnostici. **6. Monitoraggio e audit clinico:** Monitoraggio continuo dei tassi di adesione, indici di positività, tempi di attesa e indicatori di completamento del percorso. **7. Pianificazione del fabbisogno di risorse umane:** Valutazione del fabbisogno di personale e attivazione di accordi di collaborazione e/o comando con altre strutture aziendali o regionali.	screening oncologico. **Integrazione interaziendale per deficit di risorse:** Potenziamento delle linee di screening mammografico e della cervice uterina mediante l'attivazione di due convenzioni con altre ASL: • *ASL 8 Cagliari per p*restazioni di screening cervice uterina. • *AOU Cagliari*: per prestazioni screening mammografico.
Presenza di barriere geografiche, informative e strutturali che impediscono l'accesso uniforme ai servizi da parte degli utenti/pazienti nel territorio provinciale **Debole integrazione operativa con i Servizi Distrettuali e i nodi della rete socio-sanitaria.**	**4) Sviluppare progetti integrati con la rete territoriale** per la prevenzione e promozione della salute a livello di comunità e di salvaguardia dell'ambiente **5) Sensibilizzare la comunità sui concetti di sicurezza e qualità nei contesti di vita e lavoro**, quale contributo per incentivare uno sviluppo sociale ed economico nel rispetto della	**1. Interventi congiunti per ridurre i fattori di rischio individuale e collettivo:** Realizzazione sinergica, tra Dipartimento di Prevenzione e Distretti Socio-Sanitari, di programmi strutturati volti alla modifica degli stili di vita e dei comportamenti a rischio. **2. Formazione alla cultura della sicurezza d'impresa:** Sviluppo di percorsi formativi e di sensibilizzazione sui concetti	**Interventi nutrizionali di prossimità:** Attivazione di programmi di educazione alimentare dedicati alle fasce di popolazione a maggior rischio di patologie dismetaboliche, erogati presso le Case della Comunità. **Requisiti di sicurezza nella filiera alimentare:** Erogazione di corsi di formazione specifici per gli operatori della ristorazione pubblica/collettiva in materia di

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
	sicurezza del prodotto, del processo di lavorazione e dei luoghi di lavoro	di sicurezza e qualità rivolti agli operatori economici del territorio. **3. Implementazione dei Piani Mirati di Prevenzione (PMP):** Coinvolgimento capillare del tessuto imprenditoriale nei corsi di formazione per il rischio Amianto e Radon, tramite sistemi di convocazione aziendale personalizzata. **4. Migliorare le presa in carico degli ex esposti ad amianto:** Ottimizzazione della continuità assistenziale per i soggetti ex esposti, mediante il coordinamento con i presidi ospedalieri per la prenotazione diretta di indagini radiologiche e pneumologiche. **5. Prevenzione scolastica ed educazione alla sicurezza**: Realizzazione specifici progetti: “la sicurezza inizia dalle basi” diretto alle scuole **6. Digitalizzazione delle comunicazioni in sanità animale:** Rafforzare il sistema delle comunicazioni ai singoli operatori responsabili degli allevamenti (tramite SMS, PEO, PEC) in materia di piani di eradicazione, sorveglianza epidemiologica e sistema di identificazione e registrazione (I&R).	gestione degli allergeni e corretta informazione al consumatore. **Progetti formativi speciali sul territorio:** realizzazione di corsi istituzionali di Micologia applicata presso gli Istituti Scolastici della provincia. **Strumenti dedicati per la sorveglianza ex esposti amianto:** Predisposizione e implementazione di un'agenda di prenotazione aziendale dedicata esclusivamente ai controlli diagnostici di secondo livello per la coorte dei lavoratori ex esposti. **Strumenti educativi per la sicurezza nelle scuole:** Diffusione e sperimentazione della cultura della sicurezza negli istituti scolastici attraverso l'adozione dello strumento didattico e interattivo denominato “Giochiamo 81”. **Aggiornamento dell'anagrafe zootecnica:** Raccolta sistematica, censimento e validazione dei recapiti telefonici e telematici degli operatori del settore zootecnico, con contestuale allineamento e registrazione all'interno dei sistemi informativi ministeriali (Vetinfo.it).

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
		7. Effettuare i controlli ufficiali negli allevamenti sulla base di criteri di rischio: Utilizzo dei sistemi informativi veterinari (Vetinfo.it) per estrapolare gli allevamenti per classe di rischio **8. Collaborare con le diverse unità operative coinvolte su tematiche a carattere trasversale e nelle emergenze sanitarie**: predisporre istruzioni operative o procedure per definire metodi di lavoro condivisi tra diverse unità operative e formalizzare l'unità di crisi **9. Vigilanza sulla filiera agroalimentare:** Potenziare il sistema di vigilanza sulla filiera del latte e trasporto in cisterna e consolidare e migliorare qualitativamente i controlli sul trasporto animale **10. Riorganizzare il piano di prevenzione del randagismo e sterilizzazione cani e gatti:** Revisione delle convenzioni con i canili privati e l'implementazione di protocolli di intervento rapido per le colonie feline **12. Aumentare la cultura della sicurezza nell'uso delle attrezzature da parte degli hobbisti**: Implementazione di un progetto di addestramento all'uso della strumentazione tecnica da parte dei non professionisti - "la sicurezza per gli	**Categorizzazione delle aziende zootecniche:** classificazione degli allevamenti sulla base dei fattori di rischio e delle anomalie anagrafiche rilevate mediante i flussi informativi di Vetinfo.it. **Progetti sanitari integrati ad alto impatto:** Progettazione e attuazione di progetti sinergici e condivisi tra le diverse unità operative su tematiche sanitarie trasversali e zooconosiche (quali biosicurezza ed idatidosi).

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
		hobbisti" - che si potrà svolgere presso le Case della Comunità	
Area dell'Assistenza Territoriale			
Disomogeneità territoriale nell'accesso ai servizi sanitari e socio-assistenziali, determinata da barriere geografiche, informative e strutturali a carico **utenti/pazienti nel territorio provinciale**	**6)** Ridurre le disuguaglianze di accesso alle prestazioni socio assistenziali attraverso lo **sviluppo delle Reti Assistenziali di Prossimità e degli strumenti per il loro funzionamento** **7) L'assistenza sanitaria di base quale ruolo centrale della sanità territoriale**	**1. Integrazione assistenziale:** Sviluppo del nuovo modello organizzativo territoriale incentrato sulla prossimità e sulla tutela della salute dell'intera comunità: - pazienti sani o potenzialmente sani per i quali sono necessari interventi di promozione della salute e di prevenzione primaria - pazienti con una cronicità semplice o una fragilità o disabilità iniziale con una presa incarico del paziente con interventi di tipo proattivo - pazienti con una cronicità complessa o avanzata per i quali è necessaria una gestione integrata degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali **2. Presa in carico e Sanità Digitale:** Potenziamento delle attività della sanità territoriale tramite l'aggiornamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), l'estensione della	**Ampliamento dell'offerta territoriale:** Estensione progressiva dei servizi offerti presso le Case della Comunità (servizio di prevenzione delle dipendenze, ostetrica di comunità, attività consultoriali, di salute mentale, sportelli delle associazioni di volontariato e del terzo settore), rispetto a quelli già presenti (medici di cure primarie, la continuità assistenziale -ex guardia medica, servizio di prevenzione e promozione della salute pubblica, punto prelievi, l'ambulatorio infermieristico, gli ambulatori infermieristici dedicati ai pazienti cronici, Assistenza Domiciliare Integrata. L'accesso unitario è assicurato dal Punto Unico d'Accesso (PUA) nelle Hub e dallo Sportello Unico d'Accesso (SUA) nelle Spoke. **Aggiornamento clinico-assistenziale:** redazione dei nuovi PDTA per i pazienti affetti da diabete mellito e Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
		Telemedicina, la valorizzazione del nuovo ruolo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC) e la redazione di Piani Assistenziali Individuali (PAI). **3. Stratificazione della popolazione:** individuazione di gruppi di popolazione distinti per livello di intensità assistenziale sulla base della complessità clinica, finalizzata all'arruolamento mirato dei pazienti affetti da patologie croniche. **4. Appropriatezza clinica:** Coinvolgimento sistematico dei Medici di cure primarie per la costruzione di modelli condivisi di appropriatezza su diversi ambiti. **5. Assistenza Domiciliare:** Potenziamento quantitativo e qualitativo del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), in particolare sulla popolazione ultrasessantacinquenne.	(BPCO) e aggiornamento dei PDTA già adottati dall'azienda. **Classificazione dei pazienti diabetici per livelli di complessità:** Stratificazione su base territoriale della popolazione target, con classificazione dei pazienti diabetici per livelli di complessità (semplice, complessa, avanzata). **Pianificazione individualizzata:** Implementazione dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) dedicati ai soggetti affetti da patologia diabetica. **Potenziamento delle competenze all'uso delle infrastrutture digitali:** Partecipazione ai percorsi formativi e di abilitazione all'uso delle piattaforme di Telemedicina per il personale sanitario ospedaliero e territoriale. **Gestione e controllo del servizio ADI affidato a partner esterno:** Avvio delle attività assistenziali in regime domiciliare tramite l'operatore economico aggiudicatario dell'appalto, contestualmente al monitoraggio della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni rese.

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
Persistenza di significativi tempi di attesa ed obsolescenza dei modelli organizzativi afferenti alla specialistica ambulatoriale.	**8) Riqualificazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale** e completamento dei processi di transizione digitale e trasparenza	**1. Proattività assistenziale**: Presa in carico proattiva del paziente affetto da patologie croniche attraverso la sistematica attivazione dei PDTA e dei PAI e la previsione di agende dedicate alle prestazioni di follow up **2. Governo della domanda**: Utilizzo rigoroso delle classi di priorità basate su evidenze cliniche, con corretta distinzione tra primi accessi e prestazioni successive, e monitoraggio della presenza del quesito diagnostico nelle prescrizioni. **3. Sanità Digitale e FSE**: completa digitalizzazione della prescrizione e pieno utilizzo della Cartella Clinica Ambulatoriale informatizzata a garanzia di una corretta alimentazione del fascicolo sanitario elettronico **4. Governance dell'appropriatezza**: Implementazione di interventi mirati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e alla corretta attribuzione della priorità clinica della prestazione. **5. Contenimento del drop-out**: Sviluppo e potenziamento del servizio di recall per gli utenti prenotati in prossimità della data di	**Programmazione della capacità produttiva:** Pianificazione del fabbisogno di prestazioni derivanti dall'adozione del PAI per il paziente diabetico e contestuale attivazione di agende dedicate per la specialistica di riferimento (prime visite e follow-up). **Qualità dei Dati:** Monitoraggio sistematico della completa compilazione della cartella clinica ambulatoriale informatizzata. **Attivazione dei sistemi di Recall:** Avvio operativo delle procedure di contatto e recall dell'utenza per la conferma degli appuntamenti

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
		erogazione, finalizzato alla conferma o alla tempestiva riallocazione dello slot.	
Settore della riabilitazione sviluppato nel territorio regionale con notevoli criticità: in particolare è presente una **disomogeneità di distribuzione dei servizi** da cui consegue una evidente difformità di accesso	**9)** Delineare il **nuovo modello di presa in carico riabilitativa** della persona adulta ed in età evolutiva	**1. adeguamento dell'assetto organizzativo ed istituzionale (dall'art 12 della LR n. 8/2025**), che prevede che le strutture di riabilitazione aziendali siano funzionalmente integrate nel dipartimento regionale della riabilitazione e dello sviluppo dell'autonomia (DRRSA), sviluppato in forma interaziendale, anche per macroaree territoriali.	
A fronte di un soddisfacente livello prestazionale nella **gestione clinica delle patologie psichiatriche e delle dipendenze** (da sostanze e comportamentali), si rileva la **necessità di potenziare l'integrazione sinergica con i servizi distrettuali e con i restanti nodi della rete socio-sanitaria.**	**10) Arginare l'elevata incidenza delle patologie legate al disturbo mentale e alle dipendenze** da sostanze e comportamentali, con l'implementazione di azioni di prevenzione primaria, anche mediante la costruzione di reti aziendali e interistituzionali	**1. Adeguamento dell'assetto organizzativo-istituzionale:** attraverso l'integrazione funzionale del DSMD aziendale nel Dipartimento Regionale della Salute Mentale e delle Dipendenze (DRSMD), (art. 12 della L.R. n. 8/2025). **2. Integrazione intra-dipartimentale**: Promozione dell'operatività congiunta e della cooperazione tra le articolazioni interne al DSMD (SerD, NPIA, SPDC, CSM). **3. Potenziamento della rete territoriale**: (MMG, servizi sociali, volontariato, cooperative) con interventi di: -incontri informativi rivolti alla popolazione e a specifici target -collaborazione con MMG, Consultori e altri	**Prossimità dei servizi:** presenza dei servizi di salute mentale all'interno delle Case della Comunità. **Accordi di collaborazione con la Medicina Generale:** Adozione formale del protocollo d'intesa con i MMG per l'intercettazione precoce dei casi a rischio, la gestione delle comorbilità organiche nei pazienti in carico al CSM e il trattamento dei disturbi emotivi comuni. **Integrazione dei percorsi complessi:** Formalizzazione e adozione di una procedura condivisa per la presa in carico integrata di casi ad alta complessità clinico-assistenziale afferenti a più servizi del DSMD.

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
		attori delle Case della Comunità per l'identificazione precoce delle problematiche della salute mentale e della dipendenza -iniziative di sensibilizzazione e di sostegno alla genitorialità. **4. Promozione della salute nell'età evolutiva**: Programmazione di interventi di educazione alla salute, con focus sulla formazione e sull'aggiornamento del personale scolastico e dei servizi dedicati all'età evolutiva. **5. Sanità Digitale**: Implementazione e diffusione dei dispositivi di Telemedicina per garantire la capillarità assistenziale sul territorio provinciale.	**Continuità assistenziale nel ciclo di vita:** Adozione della procedura operativa per la transizione guidata e condivisa dei pazienti psichiatrici dalla NPIA al CSM al compimento del diciottesimo anno di età.
Area dell'assistenza Ospedaliera			
Obsolescenza dei modelli organizzativi e tecnologici dell'offerta ospedaliera e criticità nel reclutamento di personale medico e infermieristico che impediscono di garantire alti standard prestazionali.	**11) Qualificare l'offerta ospedaliera** favorendo il miglioramento degli standard quali-quantitativi delle prestazioni sanitarie e il potenziamento delle discipline di area medica e chirurgica	**1. Riorganizzazione dei presidi:** Definizione e implementazione del nuovo assetto organizzativo del Presidio Ospedaliero Unico. **2. Sviluppo delle Specialità:** Potenziamento e consolidamento delle branche specialistiche di area medica e chirurgica.	

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
		3. Reti tempo-dipendenti (Stroke): Attivazione ed efficientamento operativo della *Stroke Unit* per la gestione dell'ictus acuto. **4. Reti tempo-dipendenti (rete cardiologica dell'emergenza):** Sviluppo e garanzia di continuità del servizio di Emodinamica in regime di pronta disponibilità h24. **5. Continuità assistenziale post-acuzie:** Attivazione e programmazione dei posti letto dedicati alla post-acuzie, con specifico riferimento alla Lungodegenza e alla Riabilitazione Funzionale. **6. Politiche del personale:** Consolidamento e completamento della dotazione organica aziendale.	
Configurazione logistica e strutturale del Presidio "San Martino" obsoleta e disfunzionale rispetto ai moderni flussi assistenziali.	**12) Riorganizzazione dei percorsi all'interno** degli stabilimenti del presidio unico ospedaliero **e rimodulazione dei posti letto**	**1. Separazione dei percorsi**: Separazione fisica e logistica degli accessi, distinguendo nettamente tra i percorsi dedicati al regime di degenza e quelli riservati alle attività ambulatoriali. **2. Rimodulazione per intensità di cura:** Nuova dislocazione delle discipline di area medica e chirurgica secondo la logica	**Pianificazione**: Avvio formale delle attività di progettazione tecnica per la definizione dei nuovi percorsi e dei flussi logistici all'interno del presidi

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
		assistenziale delle piattaforme multispecialistiche. **3. Razionalizzazione dei percorsi del Pronto Soccorso**: Ampliamento strutturale del Pronto Soccorso e contestuale ridefinizione dei percorsi interni. **4. Continuità dell'Area Critica**: Implementazione e posizionamento strategico dei posti letto di Terapia Semintensiva in adiacenza funzionale ai locali della Terapia Intensiva. **5. Infrastrutture per l'Emergenza**: Avvio dei lavori per la realizzazione della nuova elisuperficie dedicata all'elisoccorso.	
Aumento dei tempi di attesa per l'utenza con assegnazione di codici di minore gravità, con conseguente stato di critico **sovraffollamento dei servizi di Pronto Soccorso.**	**13)** Adozione del **Piano attuativo aziendale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso** e dei flussi di ricoveri	**1. Canalizzazione dei flussi specialistici**: Attivazione e messa a regime dei percorsi di risposta rapida ("Fast Track") per codici minori afferenti alle discipline di Otorinolaringoiatria, Oculistica, Pediatria, Nefrologia ed Emodialisi, Medicina Interna, Servizio Immunotrasfusionale, Ortopedia, Pneumologia, Ginecologia e Ostetricia. **2. Modelli organizzativi infermieristici**: Implementazione del modello assistenziale "See and Treat" a gestione infermieristica per il trattamento autonomo delle urgenze	**Pianificazione e programmazione**: Redazione del Piano Attuativo Aziendale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso e dei flussi di ricovero.

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
		minori, secondo protocolli clinici validati.	
Aree Trasversali a tutti i livelli assistenziali			
Necessità di un **nuovo assetto organizzativo aziendale a seguito delle riforme in atto**	**14) Transizione verso un modello organizzativo integrato** non più incentrato sulla erogazione di singole prestazioni isolate ma piuttosto verso un sistema integrato centrato sulla salute della popolazione e sulla presa in carico globale della persona	**1. Costruzione del nuovo atto aziendale**: Analisi delle linee guida regionali e condivisione della vision del nuovo modello organizzativo tra la Direzione Generale e il Collegio di Direzione. **2. Pianificazione normativa**: Redazione e adozione formale del nuovo Atto Aziendale, nel rispetto delle tempistiche stabilite dall'Assessorato Regionale. **3. Implementazione del nuovo assetto organizzativo**: conferimento dei nuovi incarichi di direzione per le singole Strutture Complesse (SC), Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) e Strutture Semplici (SS).	
Sistema di monitoraggio della qualità non ancora completamente sviluppato e **determinanti del governo clinico non completi e talvolta non integrati**	**15) Modernizzazione dei servizi e innalzamento degli standard qualitativi delle prestazioni**, mediante lo sviluppo sinergico e integrato dei dispositivi di governo clinico	**1. Certificazione dei percorsi:** Attivazione dei procedimenti finalizzati all'ottenimento della certificazione di qualità per i PDTA adottati. **2. Ampliamento dei percorsi clinici:** Redazione di nuovi PDTA, con prioritario riferimento alla presa in carico globale dei	**Qualificazione dei percorsi esistenti:** Revisione e aggiornamento dei PDTA già formalizzati dall'Azienda, al fine di allinearli ai requisiti previsti per l'ottenimento della certificazione. **Avvio dei progetti di Sanità Digitale:** Avvio dei percorsi di formazione, abilitazione

Quadro delle Criticità Rilevate	Obiettivi Strategici (2027-2029)	Linee di Azione e Interventi Programmati (2027-2029)	Stato di Attuazione (Azioni in Corso)
		pazienti affetti da patologie croniche ad alta prevalenza **3. Pieno sviluppo della Sanità Digitale:** Messa a regime strutturale e capillare dei servizi di Telemedicina sul territorio aziendale. **4. Accreditamento Istituzionale:** Sviluppo e implementazione delle attività propedeutiche al conseguimento dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie aziendali.	del personale sanitario e allestimento tecnologico delle postazioni dedicate all'erogazione dei servizi di Telemedicina.
Carenza di interoperabilità e insufficiente integrazione tra i sistemi gestionali e clinico-assistenziali, con conseguente generazione di **silos informativi**. Tale frammentazione limita l'analisi predittiva dei bisogni di salute del territorio, rallenta l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ostacola il corretto sviluppo dei servizi di Telemedicina.	**16) Migliorare la qualità del dato e l'integrazione dei flussi informativi** aziendali a sostegno del processo di programmazione e digitalizzazione della sanità	1. **Costruzione di un modello per la Stratificazione della popolazione:** individuazione di gruppi di popolazione distinti per livello di intensità assistenziale sulla base della complessità clinica, finalizzata all'arruolamento mirato dei pazienti affetti da patologie croniche (azione in continuità con l'Obiettivo 6). **2. Governance del patrimonio informativo**: controlli sistematici per garantire la tempestività e la completezza dell'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).	**Identificazione di un modello di** stratificazione della popolazione per intensità assistenziale **per il paziente diabetico** **Avvio attività per la stratificazione della popolazione** per intensità assistenziale **per il paziente con scompenso cardiaco**

Parte III - La Programmazione economica-patrimoniale

Per la trattazione del presente paragrafo si rimanda agli allegati 2-3-4-6-7-8