



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 1 alla Delib.G.R. n. 64/17 del 28.12.2018

Regione Autonoma della Sardegna

Programmi Operativi per il triennio 2018– 2020

INDICE

Premessa e quadro normativo	5
1. Area: Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale	8
Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione	8
Il Piano di razionalizzazione e i Programmi operativi: risultati conseguiti negli anni 2016 - 2017	31
Ambito di programmazione	34
1.1 Tendenziali e programmatici 2018-2020	36
2. Area: Governo del Sistema	40
Programma 1: Governance del PO	40
Intervento 1.1: Individuazione della struttura regionale che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo con specificazione delle strutture ad essa subordinate.	41
Intervento 1.2: Potenziamento dell'attività di monitoraggio del Programma Operativo	41
Intervento 1.3: Responsabilizzazione delle ASR relativamente all'attuazione del Programma Operativo 2018-2020	47
Programma 2: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	48
Intervento 2.1: Individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo	48
Intervento 2.2: Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	49
Intervento 2.3: Realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	50
Intervento 2.4: Redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR	52
Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR	54
Intervento 3.1: Rispetto di quanto previsto dal PAC	54
Intervento 3.2: Rideterminazione delle poste contabili nel rispetto delle linee guida regionali con particolare riferimento alle perdite pregresse derivanti dalla mancata sterilizzazione degli ammortamenti	55
Intervento 3.3: Analisi e messa in regime delle operazioni di sterilizzazione degli ammortamenti e delle rettifiche dei contributi in conto esercizio secondo i modelli del D.lgs. 118/2011 e ss.mm.ii.	63
Programma 4: Flussi informativi sanitari	66
Intervento 4.1: Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi (NSIS)	66
Intervento 4.2: Allineamento XMPI/ANAGS	68
Intervento 4.3: STP/ENI Authority System regionale per la gestione dei codici STP/ENI per gli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno	70
Intervento 4.4: Gestione dei dati di ospedalizzazione in relazione all'organizzazione del Presidio Unico di Area Omogenea.	71
Programma 5: Sistemi informativi	73
Intervento 5.1: Evoluzione e diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	73
Intervento 5.2: Patto per l'ICT in sanità	75
Intervento 5.3: SISaR 2.0	76
Intervento 5.4: Dematerializzazione della ricetta specialistica	78

Intervento 5.5: Pagamento del ticket sanitario online	80
Intervento 5.6: Sistema informativo delle Cure Primarie	81
Intervento 5.7: Erogazione di servizi regionali ICT presso le farmacie convenzionate	85
Programma 6: Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie	88
Intervento 6.1: - Avvio del Sistema digitale dell'accesso alle procedure di autorizzazione e accreditamento	88
Intervento 6.2: Approvazione dei nuovi standard organizzativi di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie	89
Programma 7: Contabilità analitica	91
Intervento 7.1: Coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa	91
Intervento 7.2: Coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti	92
Intervento 7.3: Gradi di utilizzo della contabilità analitica	93
Intervento 7.4: Quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature	93
Intervento 7.5: Capacità di codificare e quantificare gli scambi interni	94
Intervento 7.6: Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA	94
Intervento 7.7: Potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale	95
Programma 8: Rapporti con gli erogatori	97
Azione 8.1: Riqualificazione della rete dei laboratori sul modello HUB e SPOKE	98
Azione 8.2: Riqualificazione della rete di radiologia	99
Azione 8.3: Revisione delle tariffe delle prestazioni specialistiche (con particolare riguardo a fkt, laboratorio e radiologia)	100
Azione 8.4: Valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione territoriale	101
Azione 8.5: Avvio nel Nuovo Ospedale della Gallura	103
3. Area: Razionalizzazione dei fattori produttivi	105
Programma 9: Razionalizzazione spesa	105
Intervento 9.1: Pianificazione poliennale degli acquisti. Analisi e governo dei fabbisogni	105
Intervento 9.2: Centralizzazione degli acquisti – Adesione a Consip	106
Programma 10: Assistenza farmaceutica	111
Intervento 10.1: Razionalizzazione spesa farmaceutica	115
Intervento 10.2: Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	118
Intervento 10.3: Riorganizzazione logistica di distribuzione dei medicinali	121
Programma 11: Gestione del personale	125
Azione 11.1: Rideterminazione degli accantonamenti dei fondi per rischi e oneri	127
Azione 11.2: Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intramoenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale.	128
Azione 11.3: Riduzione delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive	130
Azione 11.4: Riduzione della spesa per SUMAI	130
4. Area "Livelli Essenziali di assistenza"	131
Programma 12: Sanità pubblica	131
Intervento 12.1: Azioni coerenti con il Piano nazionale di Prevenzione.	131
Intervento 12.2: Qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali.	132
Intervento 12.3: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.	136

Programma 13: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare	139
Intervento 13.1: Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2015-2018.	139
Intervento 13.2: Definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale.	140
Intervento 13.3 : Adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti	140
Programma 14: Ridefinizione della Rete ospedaliera	142
Azione 14.1: Applicazione del provvedimento di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera	144
Azione 14.2: reingegnerizzazione della rete trasfusionale	146
Programma 15: Rete dell’Emergenza e Urgenza	148
Azione 15.1: Potenziamento del Servizio elisoccorso su tre basi	148
Azione 15.2: Definizione e implementazione del Modello organizzativo Areus	148
Azione 15.3: Approvazione atto aziendale Areus	149
Azione 15.4: Programma di riqualificazione personale EU	149
Azione 15.5: Reti tempo dipendenti (cardiologica, Stroke, Trauma)	149
Programma 16: Sanità penitenziaria	150
Azione 16.1: Attuazione delle linee guida del nuovo modello della sanità penitenziaria	150
Programma 17: Sicurezza e rischio clinico	151
Intervento 17.1: Sicurezza e rischio clinico	151
Programma 18: Cure primarie e Reti Territoriali	157
Intervento 18.1: Tutela dei soggetti fragili	157
Intervento 18.2: Cure primarie	161
Coperture finanziarie	164

Premessa e quadro normativo

La Regione Sardegna, con DGR n. 63/24 del 15.12.2015 concernente "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del SSR idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Attuazione dell'articolo 29, comma 3 della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5", ha avviato un percorso di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria basato su otto aree tematiche, articolate in programmi operativi, improntate su:

- Governance del piano;
- Attuazione del Decreto Legislativo n. 118/2011 e Certificabilità dei Bilanci del SSR;
- Sviluppo e potenziamento del Sistema Informativo Regionale;
- Revisione dei rapporti con gli erogatori;
- Riorganizzazione delle cure primarie e Reti Territoriali;
- Riorganizzazione della Rete Ospedaliera;
- Riorganizzazione della Rete dell'Emergenza e Urgenza;
- Ridefinizione delle regole del Sistema.

Il Piano regionale, redatto secondo gli schemi nazionali definiti a partire dalla legge 191/1999, ha inteso potenziare l'azione di controllo della spesa sanitaria, nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia ed a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso tre "categorie" di interventi, tra loro fortemente correlati:

- dotare il SSR di strumenti in grado di garantirne il governo complessivo, semplificando la "catena di comando";
- implementare delle azioni "strutturali" in grado di assicurare nel tempo la sostenibilità del SSR;
- proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di contenere i costi attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse.

Lo sviluppo del Piano in una cornice di collaborazione con il Governo nazionale

Con il fine di procedere al rafforzamento del percorso virtuoso di riorganizzazione e di riqualificazione del SSR e di migliorare il monitoraggio del conferimento delle coperture necessarie ad assicurare gli equilibri di bilancio negli esercizi di riferimento, si ritiene necessario procedere allo sviluppo del Piano anche nell'eventualità di un monitoraggio condotto a livello ministeriale, nel rispetto dei seguenti principi e indirizzi:

- la coerenza del modello regionale con gli schemi nazionali;
- il sostanziale mantenimento dell'impostazione declinata in Programmi e azioni già contenuta nel Piano del 2015, sviluppando e strutturando gli strumenti di governance capaci di attuare una gestione coordinata e sostenibile del SSR;
- lo sviluppo di metodi di rappresentazione degli andamenti tendenziali della spesa ai fini del monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi economici;
- il rafforzamento dei programmi e delle azioni che assicurano la corretta e uniforme applicazione dei livelli essenziali di assistenza nel territorio regionale e la loro misurazione;
- l'inserimento di strumenti di valutazione degli impatti, capaci di spostare/estendere il focus della misurazione delle performance dagli obiettivi di efficienza e efficacia verso obiettivi di carattere sociale, indispensabili per la valutazione delle scelte delle politiche di programmazione regionale e dei cambiamenti generati dalle stesse scelte nella collettività.

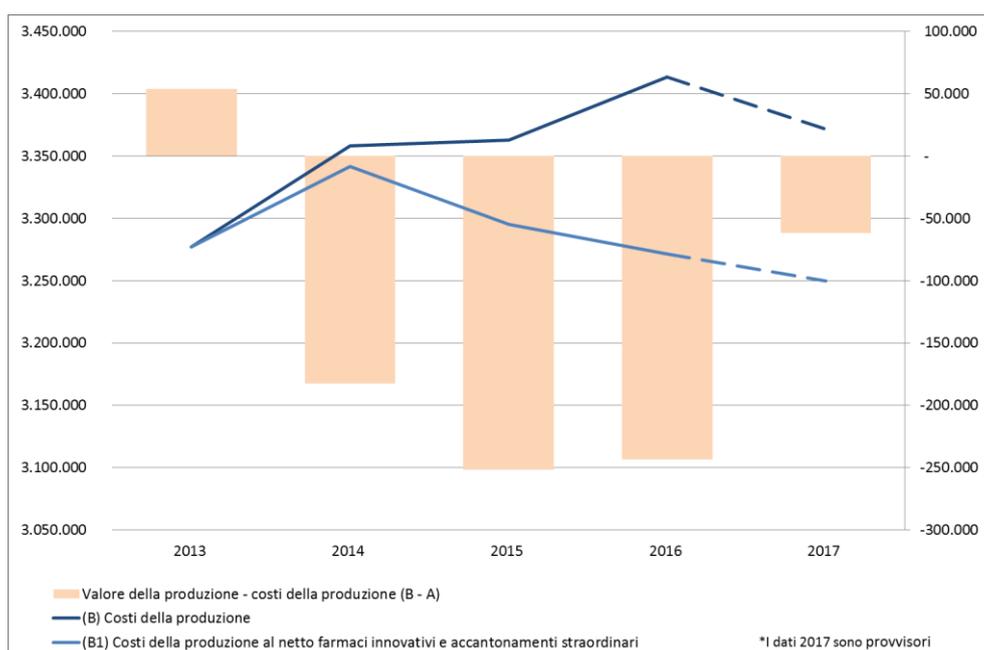
L'andamento dei costi di produzione

L'adozione del Piano di riorganizzazione e riqualificazione del SSR (DGR n. 63/24 del 15.12.2015) ha prodotto significative variazioni nell'andamento dei costi di produzione.

Il grafico di seguito riportato mostra l'andamento dei costi della produzione al lordo e al netto delle principali partite straordinarie, insieme alla differenza rispetto al valore della produzione.

Il costo della produzione mostra un andamento crescente tra il 2013 e il 2014 (+80,7 milioni di euro), per poi rallentare tra il 2014 e il 2015 (+4,8 milioni di euro), con il commissariamento delle aziende. Tra il 2015 e il 2016 i costi hanno ripreso a crescere (+50,7 milioni di euro), mentre nel 2017 i dati provvisori ad oggi disponibili (CE consuntivo) indicano una contrazione rispetto al 2016, pari a - 41,8 milioni di euro.

Figura 1: Costi della produzione al lordo e la netto delle partite straordinarie e differenza rispetto al valore della produzione, 2013-2017* (migliaia di euro)



L'andamento dei costi della produzione è tuttavia influenzato da fattori straordinari quali i farmaci per l'HCV e gli accantonamenti. In particolare:

- l'accesso ai farmaci ad alto costo ha determinato un incremento nella spesa farmaceutica¹, a partire dall'anno 2015, di circa 70.000.000 euro con un incremento di 52.000.000 nel 2015 e di ulteriori 22.000.000 euro nel 2016 senza che a fronte di tali oneri sia stata garantita a livello nazionale una idonea copertura finanziaria. Si sono inoltre verificati incrementi nel costo dei farmaci oncologici²;
- incrementi molto consistenti si sono registrati anche negli accantonamenti³ del 2016, pari a circa 80 milioni di euro per l'emergere di costi provenienti dalle gestioni pregresse. In particolare, tra l'altro, l'AOU di Sassari ha dovuto effettuare degli accantonamenti nell'anno 2016 riferiti al ricalcolo dei fondi contrattuali a partire dall'anno 2007, i cui effetti determinano il rischio di pagamento di arretrati per il corrispondente periodo di tempo.
- Sono inoltre emersi costi per assicurazioni non stipulate negli anni pregressi.

Come chiaramente mostrato nel grafico, al netto di tali fattori⁴, il trend dei costi è decrescente a partire dal 2014.

L'attuale sviluppo del Piano, redatto secondo gli schemi nazionali definiti a partire dalla legge 191/1999,

¹ Voce CE BA0030.

² Si veda il paragrafo 4.1

³ Voce CE BA2690.

⁴ Il costo delle partite straordinarie è stato calcolato come differenza tra il costo medio rilevato negli anni 2013 e 2014 nelle voci BA0030 e BA2690 e il valore rilevato negli anni 2015, 2016 e 2017.

intende potenziare l'azione di controllo della spesa sanitaria, nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia ed a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, attraverso tre "categorie" di interventi, tra loro fortemente correlati:

- dotare il SSR di strumenti in grado di garantirne il governo complessivo, semplificando la "catena di comando";
- implementare delle azioni "strutturali" in grado di assicurare nel tempo la sostenibilità del SSR;
- proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di contenere i costi attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse.

Il quadro normativo di riferimento, all'interno del quale si sviluppano gli interventi e le azioni descritte nel Programma Operativo 2018-2020, è rappresentato da:

- Decreto Legge 98/2011 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" così come convertito con legge 15/07/2011 n. 111;
- D.Lgs 118/2011 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 05/05/2009, n.42." e s.m.i.;
- Legge 158/2012 (cd DL Balduzzi), fermo restando il necessario adeguamento alle disposizioni della Legge 189/2012 (di cui all'art.16 del 158/2012);
- Legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5.;
- Legge regionale 24/01/1995, n. 10 Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali;
- Legge Regionale 7 novembre 2012, n.21 Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria e modifica di disposizioni legislative sulla sanità;
- Legge Regionale 17 novembre 2014, n. 23, Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n.23 del 2005, n.10 del 2006 e n.21 del 2012;
- Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del SSR. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale).

1. Area: Analisi di contesto e definizione dello scenario regionale

Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione

Profilo demografico

Al 1° gennaio 2017 la popolazione residente in Sardegna è di 1.653.135 persone (811.407 maschi pari al 49,1% e 841.728 femmine pari al 50,9%). Fonte Istat – tab. 1), diminuita di oltre 5.000 individui rispetto all'anno precedente. A livello regionale si osserva un calo demografico per il quarto anno consecutivo. Il rapporto di mascolinità complessivo, pari a 0,96 (96 maschi ogni 100 femmine), si modifica se osservato all'interno di specifiche classi di età ed in particolare diminuisce nella popolazione anziana (0,78), indicazione di una maggior prevalenza del sesso femminile oltre i 65 anni.

Tab 1 - Popolazione residente in Sardegna per classi di età. Italia 2017

Classi di età	2014		2015		2016		2017		2018		Rapporto M/F	Italia 2018	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	2018	N	%
0-14	200.733	12.1	198.645	11.9	195.150	11.8	191.686	11.6	188.390	11.4	1.07	8.080.176	13.4
15-44	616.510	37.1	603.172	36.3	590.247	35.6	576.200	34.9	562.769	34.1	1.07	20.901.337	34.6
45-64	496.485	29.8	502.466	30.2	506.060	30.5	510.549	30.9	515.168	31.3	0.97	17.858.097	29.5
65 +	350.131	21.0	359.003	21.6	366.681	22.1	374.700	22.7	381.849	23.2	0.79	13.644.363	22.6
Totale	1.663.859	100	1.663.286	100	1.658.138	100	1.653.135	100	1.648.176	100	0.97	60.483.973	100

Fonte: Istat – Geodemo

La popolazione straniera⁵ residente nell'isola, nello stesso anno, è pari a 50.346 individui (circa 3.000 individui in più rispetto allo scorso anno), di cui il 53% di donne (rapporto di mascolinità pari a 88 maschi ogni 100 femmine) e il 14,6% di minori, presumibilmente della seconda generazione. La Sardegna ha la minore proporzione di cittadini stranieri sul totale dei residenti (italiani e stranieri), che si attesta al 3% nel 2017 (valore nazionale 8,3%), pur essendo in continuo lieve aumento (era 2,2% nel 2013). Infatti, è fra le regioni meno attrattive nei confronti dei flussi migratori dall'estero (attrae l'1% della totalità degli stranieri in Italia nel 2017), insieme a Val d'Aosta, Molise, Basilicata e Trento; al contrario le regioni che accolgono più immigrati – a prescindere dalla cittadinanza - sono Lombardia (22,6%), Lazio (13,1%), Emilia Romagna (10,5%) e Veneto (9,6%). Il Paese di provenienza prevalente è Romania (13.955 persone, pari al 27,7% sul totale - Tab 2), seguito da Senegal (4.470; 8,9%), Marocco (4319; 8,6%), Cina (3.259; 6,5%), Ucraina (2.391; 4,7%). Le prime tre comunità di stranieri in Sardegna (rumeni, senegalesi e marocchini) nel complesso costituiscono il 45,2% del totale. La tabella seguente (tab.2) riporta le prime dieci cittadinanze in ordine di importanza numerica che rappresentano il 70% della popolazione straniera, con il corrispondente peso della componente femminile. Complessivamente il genere femminile è prevalente tra i residenti stranieri (53% F), anche se nel dettaglio non è vero per tutte le nazionalità; è predominante per la cittadinanza rumena, ucraina, filippina, tedesca, polacca ossia Europea, mentre è nettamente maschile tra senegalesi, pakistani, e marocchini, invece i cinesi si distribuiscono uniformemente per genere.

⁵ Persone con cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia

Tab 2 - Popolazione straniera residente in Sardegna al 1.1.2017 per paese di cittadinanza e sesso

Rango		Maschi	Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine
1	Romania	4.499	9.456	13.955	32.2	67.8
2	Senegal	3.711	759	4.470	83.0	17.0
3	Marocco	2.479	1.840	4.319	57.4	42.6
4	Cina	1.674	1.585	3.259	51.4	48.6
5	Ucraina	370	2.021	2.391	15.5	84.5
6	Filippine	799	1.066	1.865	42.8	57.2
7	Nigeria	1.101	498	1.599	68.9	31.1
8	Germania	585	776	1.361	43.0	57.0
9	Pakistan	968	230	1.198	80.8	19.2
10	Polonia	203	933	1.136	17.9	82.1

Fonte: Immigrati.Stat

La distribuzione degli abitanti nei territori delle otto ASSL (Area Socio Sanitaria) è fortemente disomogenea: si osservano le aree più popolose al sud ed al nord (Cagliari e Sassari) rispettivamente col 33,9% e 20,2% della popolazione, tre territori pressoché equivalenti (Olbia, Nuoro e Oristano) pari a circa il 10% ciascuno ed un'area particolarmente piccola (Lanusei) col 3,5%. Non vi sono particolari differenze nella distribuzione M/F (Tab 3). Anche la distribuzione degli stranieri residenti sul territorio regionale si presenta non uniforme. In valore assoluto il maggior numero di stranieri risiede nel territorio della ASSL di Cagliari (16.644 individui) ma in rapporto alla popolazione residente, il territorio più multietnico è quello di Olbia con 12.011 persone (5.620 maschi e 6.391 femmine) pari al 7,5% dei residenti (3% valore regionale; 8,3% nazionale). Al contrario, i territori meno coinvolti nel fenomeno dell'immigrazione sono quelli di Sanluri (1,4%) e Carbonia (1,6%).

Tab 3 – Popolazione residente al 1.1.2017 per ambito territoriale ASSL, Sardegna, Italia

ASSL	Popolazione residente	% sul totale	Rapporto M/F	Stranieri residenti	% straniere (F)	Stranieri (per 100 residenti)
Sassari	333.116	20.2	0.96	9.728	53.7	2.9
Olbia	160.672	9.7	0.99	12.011	53.2	7.5
Nuoro	156.096	9.4	0.97	4.266	51.9	2.7
Lanusei	57.185	3.5	0.98	1.120	57.2	2.0
Oristano	160.746	9.7	0.97	3.145	59.9	2.0
Sanluri	98.623	6.0	0.98	1.412	53.5	1.4
Carbonia	126.324	7.6	0.96	2.020	60.8	1.6
Cagliari	560.373	33.9	0.95	16.644	50.4	3.0
RAS	1.653.135	100	0.96	50.346	53.1	3.0
Italia	60.589.445		0.95	5.047.028	52.4	8.3

La Sardegna, con una estensione territoriale di 24.100 km² (pari all'8% del totale nazionale), risulta essere la terza regione più vasta d'Italia, dopo Sicilia e Piemonte ed è caratterizzata da una bassa densità abitativa rispetto alla media nazionale (68,59 abitanti per km² contro 201, dato nazionale). La distribuzione della popolazione nel territorio è particolarmente disomogenea: si notano, infatti, marcate differenze di densità abitativa che assume il valore massimo nella città metropolitana di Cagliari⁶ e minimo nella provincia di Nuoro (comprendente i territori delle ASSL di Nuoro e Lanusei), rispettivamente con 345,51 e 37,60 abitanti per km² (tab.4).

⁶ istituita con la Legge Regionale n.2 del 4 febbraio 2016 sul riordino delle province della Sardegna, è operativa dal 1° gennaio 2017

Tab 4 – Densità abitativa per ambito territoriale al 1.1.2017

Provincia	n. comuni	Popolazione residente	Densità abitativa ab./km ²
Sassari	92	493.788	64.2
Nuoro	74	211.989	37.6
Oristano	87	159.914	53.5
Città metropolitana di Cagliari	17	431.430	345.5
Sud Sardegna	107	356.014	54.5
Sardegna	377	1.653.135	68.6
Italia		60.589.445	201

Dinamica demografica, natalità e fecondità

In Sardegna nel 2016 la differenza tra le nascite e le morti (**saldo naturale**) continua la sua tendenza alla diminuzione in corso da oltre un decennio, facendo registrare il maggior calo di sempre (-3,4; tab. 5); il **saldo migratorio con l'estero** positivo (+1,3), che contribuisce anche a riequilibrare leggermente la struttura per età in favore delle classi giovanili e degli adulti in età da lavoro, non è sufficiente a contenere il deficit naturale, dando origine così ad un **tasso di crescita totale** negativo (-3,0) e di intensità maggiore rispetto al riferimento nazionale, anch'esso negativo (-1,3). La dinamica naturale negativa del 2016 si può ascrivere soprattutto a una nuova riduzione della natalità che interessa tutto il territorio nazionale. In Sardegna il **quoziente di natalità**⁷ è in continua diminuzione, in linea con l'andamento nazionale (scende da 8,0 a 7,8 nati per mille rispetto all'anno precedente; era 9,5 nel 2010), ma con valori costantemente inferiori e si attesta sul 6,4 nati per mille abitanti nel 2016.

Anche il **tasso di fecondità totale**⁸ (TFT), indicatore sintetico della fecondità di una popolazione, è in calo per il sesto anno consecutivo a livello nazionale, attestandosi nel 2016 sul valore 1,34 figli in media per donna, inferiore alla cosiddetta "soglia di rimpiazzo" (circa 2,1 figli in media per donna) che garantirebbe il ricambio generazionale. La Sardegna è ancora oggi la regione in cui si fanno in media meno figli (TFT 1,07 nel 2016, da oltre un decennio assume livelli costantemente inferiori alla media nazionale di circa il 20%): mediamente mille donne sarde generano, nel corso della loro vita riproduttiva, 1.070 neonati. Inoltre si conferma la propensione delle donne ad avere figli in età matura: l'età media al parto è di 32,4 anni (Italia 31,7).

Tab 5 - Indicatori demografici della popolazione residente in Sardegna (per 1.000 abitanti). Anni 2010-2016

Indicatore	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Italia 2016
Saldo naturale	-0.6	-1.3	-1.9	-2.0	-2.4	-3.3	-3.4	-2.3
Saldo migratorio estero	1.4	0.9	1.7	1.1	0.6	0.9	1.3	2.4
Tasso di crescita totale	0.2	-1.6	1.5	14.2	-0.3	-3.1	-3.0	-1.3
Quoziente di natalità	8.2	7.9	7.6	7.2	6.9	6.7	6.4	7.8
Tasso di fecondità	1.19	1.17	1.14	1.11	1.10	1.09	1.07*	1.34*
Età media al parto	32.2	32.3	32.3	32.4	32.5	32.4	32.4*	31.7*

Fonte: ISTAT - Demo Demografia in cifre

* stima

Le dinamiche naturale e migratoria presentano differenze sostanziali nel confronto territoriale. La popolazione della ASSL di Olbia, l'unica con un tasso di crescita totale positivo (+1,9; tab. 6), esprime il valore più alto del quoziente di natalità pari a 7,6 nuovi nati ogni mille abitanti, prossimo al riferimento nazionale – Tab 5); al contrario, i territori di Carbonia, Sanluri e Oristano sono quelli con i più bassi

⁷ Il quoziente di natalità è il rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

⁸ Il tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna) è la somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (convenzionalmente intesa quella tra i 15 e i 49 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile.

livelli di fecondità e di natalità (TFT 1 e quoziente di natalità 5,6). La ASSL di Nuoro ha il secondo livello di crescita totale più basso (-6,3), dopo quello di Sanluri (-7).

Tab 6 - Indici demografici della popolazione residente (per 1.000 abitanti) per ASSL, Sardegna, Italia. Anno 2016

ASSL	Saldo naturale	Saldo migratorio estero	Tasso di crescita totale	Quoziente di natalità	Tasso di fecondità totale (2015)	Età media al parto (2015)
Sassari	-4.2	1.8	-3.0	6.3	1.13	32.2
Olbia	-0.9	1.9	1.9	7.6	1.15	32.0
Nuoro	-4.7	1.8	-6.3	6.2	1.13	32.7
Lanusei	-3.1	3.1	-2.3	7.0	1.11	32.3
Oristano	-5.5	0.8	-5.3	5.7	1.00	32.3
Sanluri	-4.8	0.2	-7.0	5.6	1.01	32.9
Carbonia	-4.4	0.4	-5.8	5.6	0.97	33.0
Cagliari	-2.2	1.0	-1.6	6.5	1.12	32.3
Sardegna	-3.4	1.3	-3.0	6.4	1.09	32.4
<i>Italia</i>	-2.3	2.4	-1.3	7.8	1.35	31.7

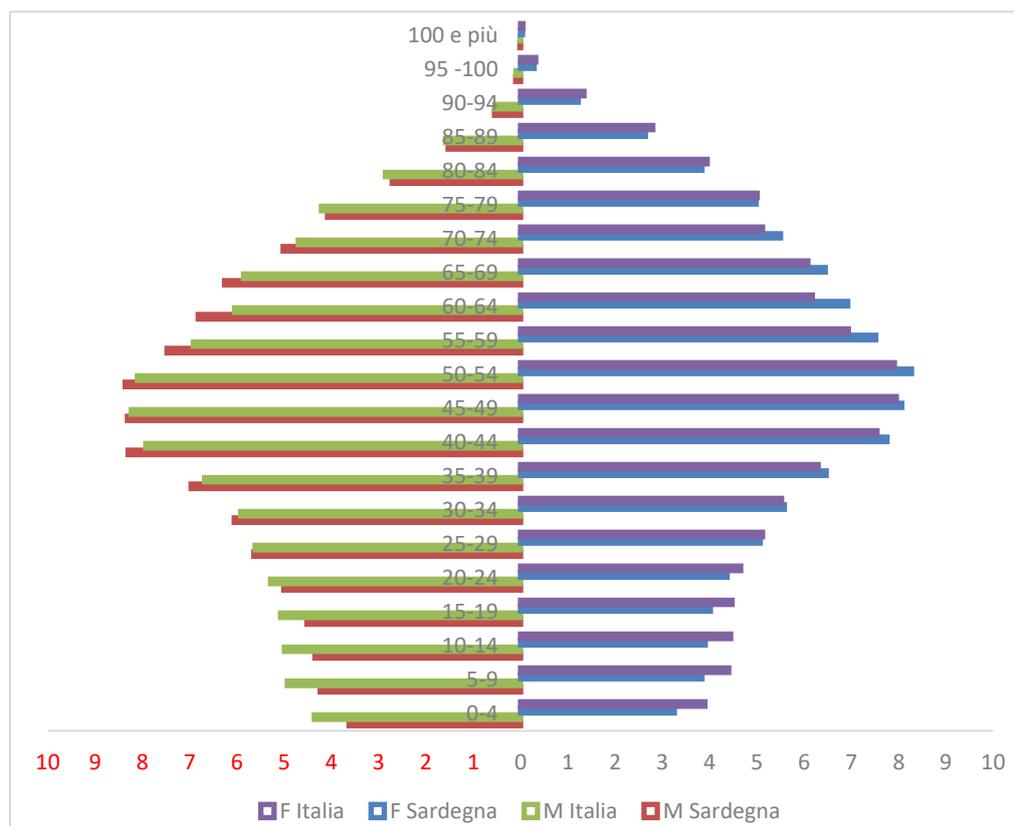
Fonte: ISTAT - Demo Demografia in cifre

Struttura per età della popolazione

La lettura della piramide di età consente di cogliere gli effetti delle dinamiche demografiche: la base più ristretta rispetto alla parte centrale è dovuta al calo della fecondità e natalità che erode la consistenza quantitativa delle nuove generazioni; la crescente longevità produce, al contrario, un'espansione del vertice. Inoltre, rende evidente anche il vantaggio di cui godono le donne in termini di sopravvivenza con contingenti di popolazione femminile alle età avanzate più consistenti rispetto a quelli dei coetanei maschi.

La popolazione sarda, coinvolta da decenni in un continuo e progressivo fenomeno di invecchiamento, ha modificato la struttura per età divenendo meno giovane rispetto a quella nazionale, come si evince dal confronto delle piramidi di età per il 2017. Infatti, si rileva per la Sardegna la base, corrispondente alle età più giovani, particolarmente contratta e rappresentata con una quota inferiore rispetto all'Italia, mentre la cima che identifica gli ultraottantenni è di poco più ridotta. Inoltre, si osserva un lieve ingrossamento della parte centrale, nelle età 50-75 anni per entrambi i sessi (Fig. 3).

Fig 3 Piramide dell'età della popolazione residente in Italia e Sardegna, 2017 (%)



Fonte: Elaborazioni OER su dati Istat

La popolazione straniera residente in Sardegna ha una struttura essenzialmente giovane che spiega l'esperienza migratoria per motivi di lavoro, mentre la presenza di persone anziane si spiega soprattutto con i motivi di ricongiungimento familiare (padri e madri che raggiungono i figli residenti), più che con l'invecchiamento di lavoratori o lavoratrici.

Le piramidi d'età che mostrano uomini e donne per singolo anno d'età al 1° gennaio 2017 per le due componenti della popolazione sarda, italiana e straniera, assumono forme tipiche: per i sardi la forma "cilindrica", piuttosto allungata con una base poco ampia e uniforme per più generazioni (bambini e ragazzi), indice di presenza di classi di età elevate; mentre per gli stranieri la forma a "guglia", molto più corta (poca presenza di anziani), con prevalente presenza nelle classi intermedie (quelle della forza lavoro) e una base più ampia (per la significativa presenza di infanti e bambini – Fig. 4).

La figura 5, che rappresenta le proporzioni fra le due popolazioni residenti in Sardegna per cittadinanza (italiana e straniera), evidenzia l'importanza degli stranieri rispetto al totale dei residenti in particolare nelle fasce d'età dei giovani e della popolazione attiva.

Fig 4 - Piramidi d'età per i residenti stranieri e italiani, al 1-1-2017 – Regione Sardegna

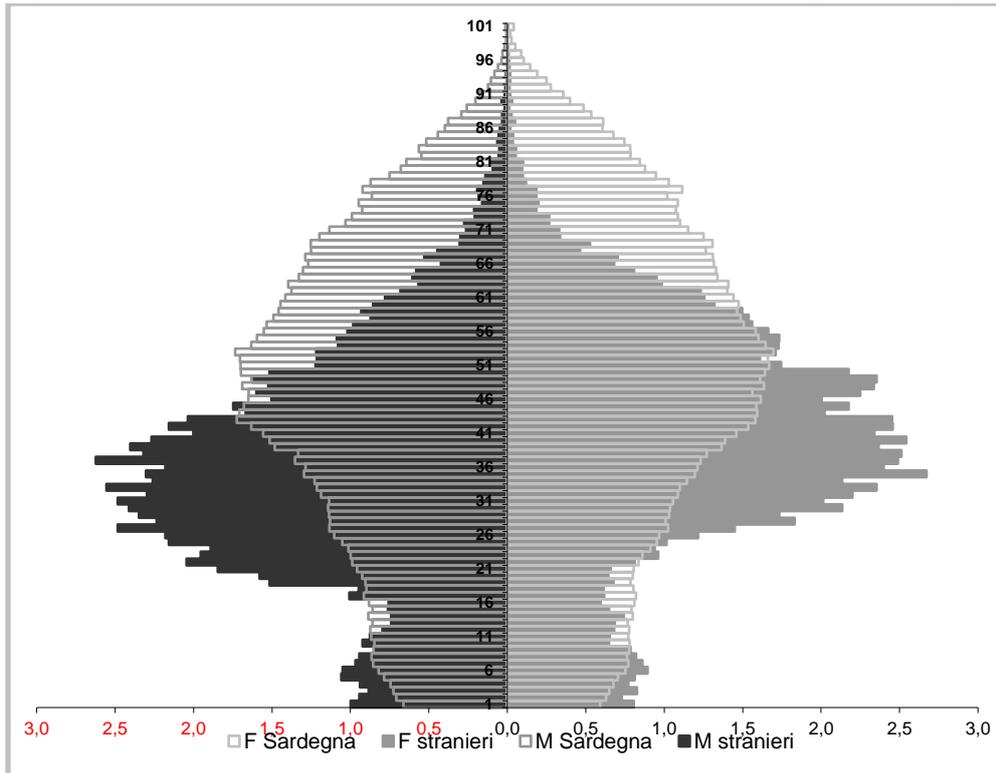
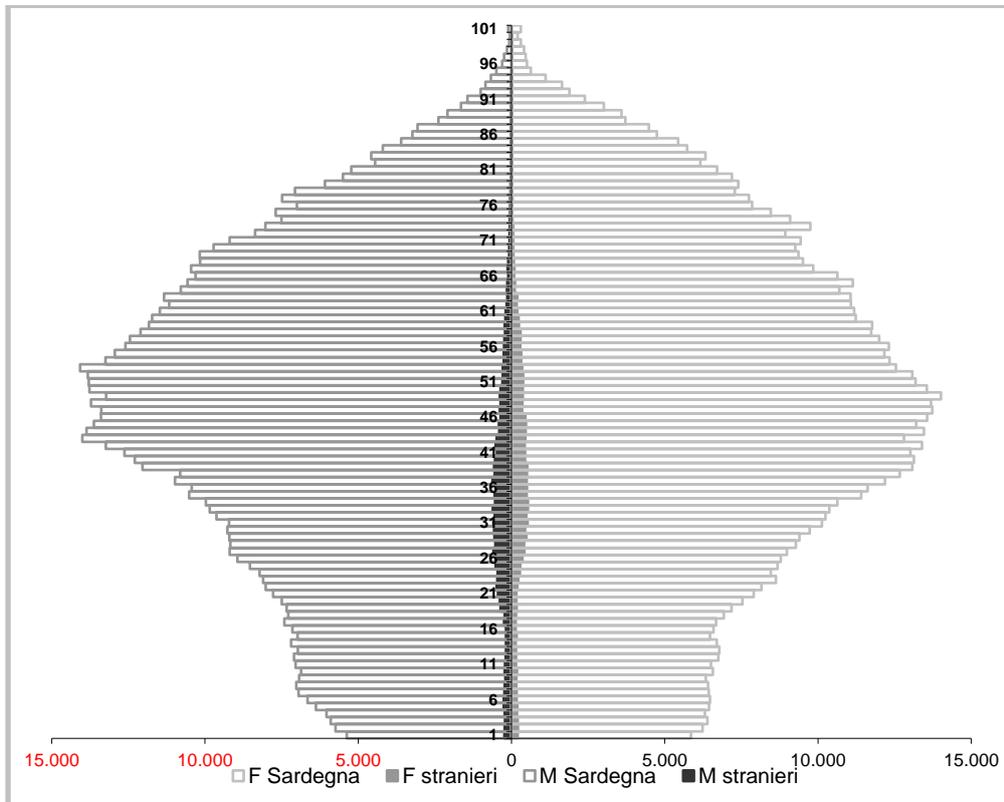


Fig 5 - Piramide d'età per la popolazione residente in Sardegna per nazionalità, al 1-1-2017



L'**indice di vecchiaia**⁹, indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione, al 1° gennaio 2017 in Sardegna è pari a 195,5 ultra 65enni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni (165,3 Italia – tab. 8), ancora in crescita rispetto agli anni precedenti (187,9 per cento nel 2016; era 169,2 nel 2013) e con intensità maggiore rispetto al Resto d'Italia (era 151,4 nel 2013); l'**età media**¹⁰ della popolazione regionale è superiore a quella nazionale (46,1 anni vs 44,9).

L'incidenza degli ultra 65enni (**indice di invecchiamento**¹¹) è pari al 22,7% della popolazione regionale, in linea col riferimento nazionale del 22,3% ma più stabile negli ultimi anni, mentre la proporzione di età pediatrica (0-14 anni), attualmente pari al 11,6% è inferiore al dato nazionale (13,5%).

L'**indice di dipendenza strutturale**¹² fornisce una misura indiretta della sostenibilità del carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva di una popolazione. Valori superiori al 50 per cento indicano una situazione di squilibrio generazionale. La Sardegna ha raggiunto tale valore nel 2015 (52,1 nel 2017).

- In particolare l'**indice di dipendenza degli anziani**¹³ aumenta raggiungendo il valore nazionale (34,5 anziani su 100 individui in età lavorativa; 34,8 Italia) a riprova del tendenziale e progressivo invecchiamento della popolazione.

Tab 8 - Indicatori di struttura della popolazione residente in Sardegna al 1° gennaio. Italia 2017

Indicatore	2013	2014	2015	2016	2017	Italia 2017
Indice di vecchiaia	169.2	174.4	180.7	187.9	195.5	165.3
Età media della popolazione	44.6	44.9	45.3	45.7	46.1	44.9
Indice di invecchiamento (per 100) - (% Over 65)	20.6	21.0	21.6	22.1	22.7	22.3
Indice di dipendenza strutturale	48.8	49.5	50.4	51.3	52.1	55.8
Indice di dipendenza degli anziani	30.7	31.5	32.5	33.5	34.5	34.8

Fonte: Istat – I.Stat

Anche in relazione ai principali indicatori demografici, le aree socio-sanitarie mostrano una certa disomogeneità. In particolare, la popolazione più giovane risiede nel territorio di Olbia e quella più anziana in quelli di Oristano e Carbonia (tab. 9).

Tab 9 - Indici di struttura della popolazione residente per ASSSL, Sardegna, Italia. Anno 2017

ASSSL	Indice di vecchiaia	Età media della popolazione	% 0-14 anni	Indice di invecchiamento (% Over 65)	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani
Sassari	194.8	46.0	11.7	22.7	52.3	34.6
Olbia	153.2	44.4	13.1	20.0	49.4	29.9
Nuoro	194.8	46.0	12.0	23.3	54.4	35.9
Lanusei	188.3	45.9	12.2	23.0	54.3	35.5
Oristano	243.3	47.6	10.4	25.4	55.9	39.6
Sanluri	223.9	46.9	10.9	24.3	54.2	37.5
Carbonia	246.9	47.7	10.0	24.7	53.2	37.9
Cagliari	183.7	45.7	11.8	21.7	50.3	32.6
Sardegna	195.5	46.1	11.6	22.7	52.1	34.5
<i>Italia</i>	<i>165.3</i>	<i>44.9</i>	<i>13.5</i>	<i>22.3</i>	<i>55.8</i>	<i>34.8</i>

Fonte: ISTAT - Demo Demografia in cifre

⁹ L'indice di vecchiaia è il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100.

¹⁰ L'età media è la media delle età, ponderata con l'ammontare della popolazione in ciascuna classe di età.

¹¹ Indice di invecchiamento è il rapporto percentuale tra la popolazione anziana (65 e oltre) e il totale della popolazione.

¹² L'indice di dipendenza strutturale è il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

¹³ L'indice di dipendenza degli anziani è il rapporto tra la popolazione anziana e quella in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Quadro epidemiologico

La speranza di vita, inversamente correlata con il livello di mortalità di una popolazione, fornisce una misura dello stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive. Secondo le ultime stime del 2017, la **speranza di vita attesa alla nascita**¹⁴ in Sardegna è di 85,1 anni per le donne e di 80,6 anni per gli uomini, valori sovrapponibili a quelli nazionali (84,9 F e 80,6 M - quest'ultimo è il valore massimo assoluto, invariato rispetto all'anno precedente), tra i più elevati in Europa. Dopo anni di crescita costante, nel 2015 la vita media subisce una battuta d'arresto che, grazie al calo dei decessi nel 2016, ha recuperato i valori del 2014; in Sardegna invece non si ferma il trend in crescita per i maschi che stanno raggiungendo il livello nazionale. Permane, in entrambi i contesti, un differenziale di genere a favore delle donne ma il vantaggio nei confronti degli uomini scende a 4,3 anni di vita in più a livello nazionale (era 6 anni nel 2000) e 4,7 in Sardegna.

Di contro, la **speranza di vita in buona salute** alla nascita pari a 54,1 anni nel complesso della popolazione regionale è inferiore al dato nazionale (58,8 anni) con oscillazioni nell'ultimo quadriennio; analogamente, la **speranza di vita senza limitazioni** nelle attività a 65 anni (7,8 anni vs 9,8 Italia) (tab 1).

Tab 1 - Speranza di vita alla nascita per sesso. Sardegna e Italia

Indicatore	2013	2014	2015	2016	2017
Speranza di vita alla nascita Femmine Sardegna	85.0	85.3	84.8	85.2	85.1
Speranza di vita alla nascita Femmine Italia	84.6	85.0	84.6	85.0	84.9
Speranza di vita alla nascita Maschi Sardegna	79.2	79.7	79.8	80.2	80.4
Speranza di vita alla nascita Maschi Italia	79.8	80.3	80.1	80.6	80.6
Speranza di vita in buona salute alla nascita	53.9	53.3	54.8	54.1	58.8 (Italia 2016)
Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni	8.0	7.1	9.2	7.8	9.8 (Italia 2016)

Fonte: ISTAT - *Demo Demografia in cifre e Rapporto BES 2017*

Nel corso del 2016 nella popolazione residente in Sardegna sono stati registrati 16.143 decessi (8.238 M e 7.905 F), quasi 400 in meno rispetto all'anno precedente caratterizzato da un aumento significativo dei decessi in parte giustificato dal "recupero" delle diminuzioni del biennio 2013-2014 e dal picco di mortalità generale del 2015. In rapporto al numero di residenti, sono deceduti 98 individui ogni 10.000 abitanti. Il **quoziente di mortalità totale** (M+F) mostra un trend quasi costantemente crescente dal 2004 e sempre inferiore al livello nazionale (101 nel 2016) al quale tende ad avvicinarsi riducendo il differenziale nel suo complesso. Il tasso stimato per il 2017 (102 Sardegna, 107 Italia) è in linea con gli anni precedenti.

L'analisi dei tassi standardizzati di mortalità offre una chiave di lettura diametralmente opposta, essendo il numero di decessi in un anno funzione del livello e della struttura per età della popolazione. Poiché un numero sempre maggiore di persone sopravvive fino ad età avanzate, il numero di decessi aumenta ma depurando l'indicatore dalla diversa struttura per età delle popolazioni a confronto, come accade con il tasso standardizzato, si evidenzia come la mortalità sia invece in netta diminuzione nel tempo.

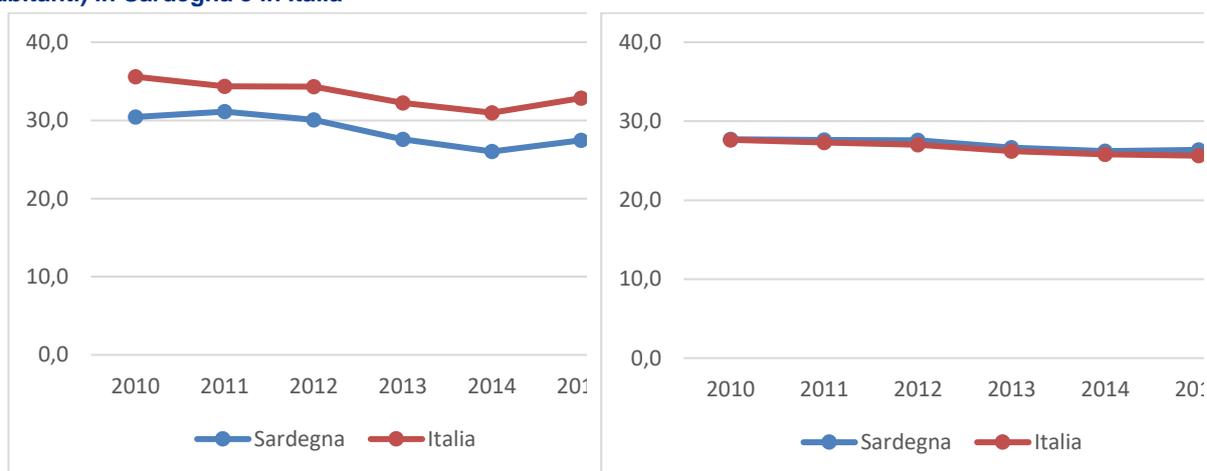
Nel periodo 2003-2014 in Italia si registra un calo del **tasso standardizzato di mortalità**¹⁵ che si è ridotto del 23% (passando da 110,8 a 85,3 individui deceduti per 10.000 residenti), con un rapporto tra i sessi sostanzialmente costante nel tempo, a fronte di un aumento del 1,7% dei decessi dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione. Nel 2015 si è registrato un picco di mortalità generale in tutto il territorio nazionale (rispettivamente 90 deceduti per 10.000 residenti in Italia e 87,2 Sardegna).

Il picco di mortalità registrato nel 2015 si riflette sui tassi per le principali cause di morte: dopo anni di costante diminuzione, aumenta la mortalità per malattie del sistema circolatorio, in entrambi gli ambiti territoriali, mentre continua a decrescere la mortalità per tumori (fig.1).

¹⁴ La speranza di vita alla nascita (o vita media) misura il numero medio di anni che restano da vivere a un neonato nell'ipotesi in cui, nel corso della sua futura esistenza, sperimenti i rischi di morte che si sono rilevati nell'anno di riferimento. A causa delle forti differenze di genere nelle aspettative di vita, la speranza di vita è calcolata distintamente per uomini e donne.

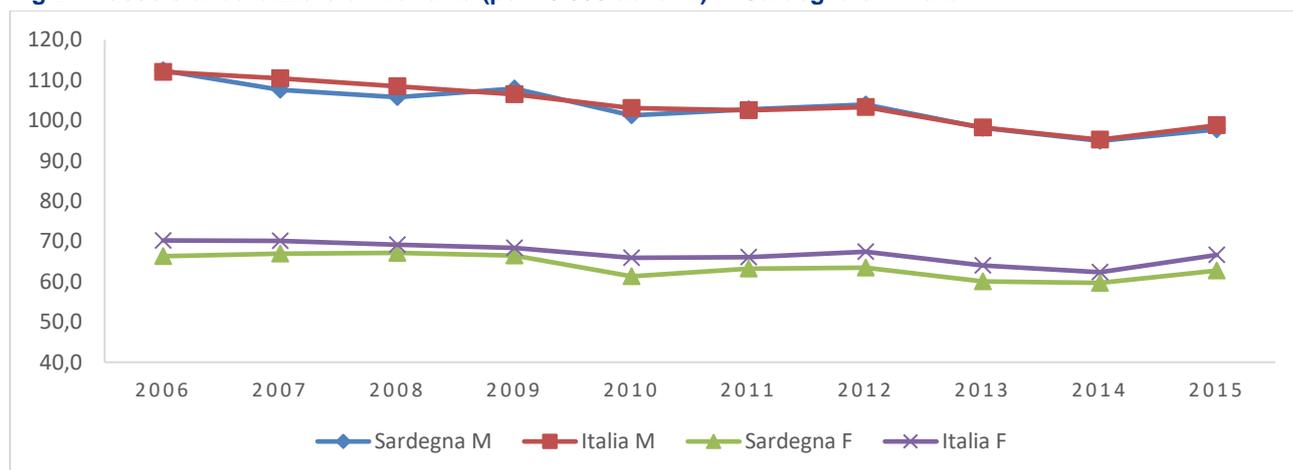
¹⁵ I tassi di mortalità standardizzati, calcolati con il "metodo diretto", consentono di confrontare i livelli di mortalità nel tempo e nello spazio, controllando l'effetto delle differenze di struttura per età delle popolazioni. La popolazione utilizzata come standard è quella media residente in Italia nel 2001. L'indicatore rappresenta i livelli di mortalità che si sperimenterebbero nelle regioni italiane se le loro specifiche caratteristiche di mortalità venissero applicate a una identica struttura per età, quella della popolazione scelta come standard.

Fig 1 – Tasso standardizzato di mortalità per Malattie del sistema circolatorio e per Tumore (per 10.000 abitanti) in Sardegna e in Italia



Stratificando per sesso si evidenzia un netto differenziale: il tasso standardizzato di mortalità è sempre più elevato nei maschi rispetto alle femmine, ed in Sardegna assume nel 2015 rispettivamente i valori 97,8 e 62,7 per 10.000. Per la popolazione maschile il dato regionale è sovrapponibile a quello nazionale, per le donne risulta inferiore (62,3 Italia – Fig. 2).

Fig 2 – Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000 abitanti) in Sardegna e in Italia



Fonte: Istat – HFA

Per valutare a quali cause attribuire principalmente la mortalità della popolazione si fa ricorso alla mortalità proporzionale, indicatore che esprime il peso percentuale di una determinata causa di morte rispetto alla mortalità totale nell'anno di riferimento (Tab 2). Fra i grandi gruppi di cause, classificate secondo la *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati* - X revisione (ICD 10), le malattie cardiovascolari e i tumori rappresentano in Sardegna, come nel resto d'Italia e del mondo occidentale, le prime due cause di morte, essendo responsabili di circa i due terzi di tutti i decessi; in particolare, mentre a livello nazionale le prime hanno un peso percentuale maggiore di 9 punti rispetto alle seconde (37% malattie cardiovascolari, 28% tumori) in Sardegna la differenza è nettamente inferiore (rispettivamente 30.1% e 31.8% dei decessi - nel 2014 erano equivalenti al 31.5%), per effetto della riduzione della mortalità per tumore rispetto all'anno precedente.

Tab 2 - Mortalità proporzionale per principali gruppi di cause. Sardegna, Italia. Anni 2014-2015. Valori %

Codici ICD10	Gruppi di cause di morte	Sardegna		Italia	
		2014	2015	2014	2015
A00-B99	Malattie infettive e parassitarie	2.1	2.4	2.2	2.5
C00-D48	Tumore	31.4	30.1	29.7	27.8
D50-D89	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici, disturbi immunitari	0.6	0.6	0.5	0.5
E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4.0	4.5	4.4	4.5
F00-F99	Disturbi psichici e comportamentali	3.9	4.1	3.0	3.3
G00-H95	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	4.8	4.8	4.1	4.4
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	31.5	31.8	36.9	37.2
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	7.1	7.3	7.0	7.5
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	4.6	4.2	3.8	3.6
L00-L99	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	0.2	0.2	0.2	0.2
M00-M99	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0.6	0.8	0.5	0.5
N00-N99	Malattie del sistema genitourinario	2.0	2.0	2.0	2.1
O00-O99	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0.0	0.0	0.0	0.0
R00-R99	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	2.4	2.5	1.9	2.1
V01-Y89	Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4.9	4.6	3.8	3.7

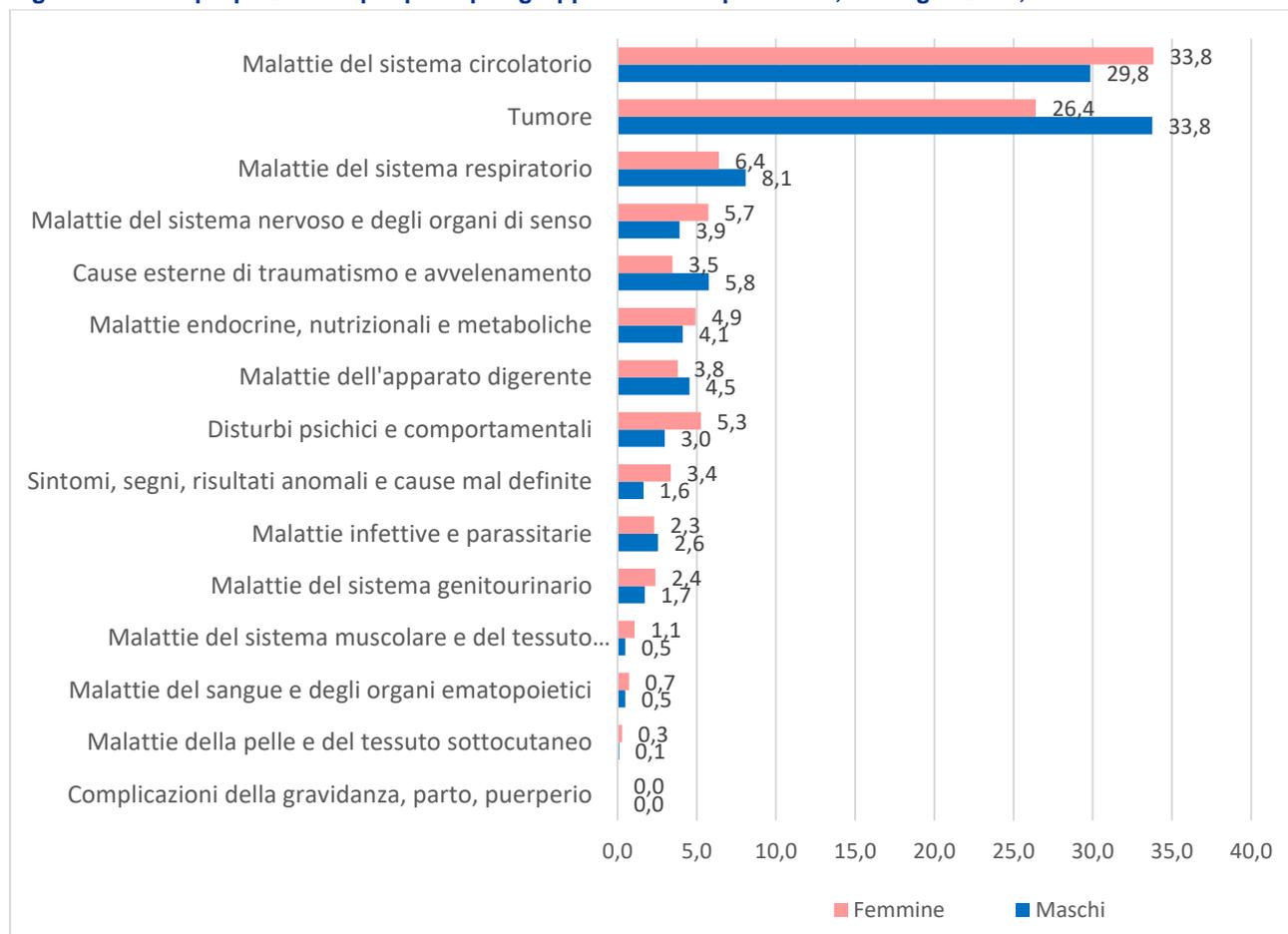
Fonte: Istat- HFA

Come nel resto d'Italia, la mortalità proporzionale prevalente per il genere maschile è quella per tumori (33.8% Sardegna, 32.5% Italia – Fig. 3), per il genere femminile prevalgono nettamente le malattie cardiovascolari (33.8% Sardegna, 40.4% Italia). In entrambi i sessi la terza causa di morte è rappresentata dalle malattie del sistema respiratorio (8.1% M e 6.4% F). Inoltre, tra i maschi si segnala la percentuale dei decessi per cause violente (5.8% per traumatismi e avvelenamenti) al quarto posto seguiti dalle malattie dell'apparato digerente (4.5%); tra le donne, le malattie del sistema nervoso ed i disturbi psichici e comportamentali sono la quarta e quinta causa di morte rispettivamente (5,7% e 5.3%).

La **mortalità infantile** per la Sardegna, con 2,3 decessi per 1000 nati vivi nel 2014, si colloca al di sotto della media nazionale (2,8 decessi per 1000 nati vivi) che raggiunge il suo minimo storico inferiore a 3 e da anni è tra i livelli più bassi in Europa.

Il tasso standardizzato di **mortalità per incidenti stradali**, che rappresentano la principale causa di morte tra gli individui di età compresa tra 15 e 34 anni, in Sardegna si mantiene più elevato rispetto all'Italia (nel 2016 pari a 0.9 rispetto a 0.7 per 10.000 residenti - Istat, "Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni alle persone"). L'incidentalità stradale ha evidenziato a livello nazionale un calo nell'ultimo decennio fino al 2013 (da 1,8 a 0,7 decessi per 10.000 residenti) per poi rimanere costante; in Regione il fenomeno è pressoché costante dal 2010, con piccole oscillazioni.

Fig 3 - Mortalità proporzionale per principali gruppi di cause e per sesso, Sardegna 2015, Valori %



Fonte: Istat- HFA

Le stime di mortalità evitabile elaborate nell'ambito della ricerca MEV(i)¹⁶ riferite al triennio 2013-2015, mostrano una lieve e progressiva riduzione dell'indicatore di sintesi standardizzato¹⁷ **giorni di vita perduti pro capite per mortalità evitabile** sia a livello nazionale che regionale, mantenendo il netto divario di genere a sfavore dei maschi. In Sardegna la mortalità evitabile resta comunque doppia negli uomini rispetto alle donne: l'indicatore assume il valore 26.6 per i maschi (3 giorni persi in più rispetto al riferimento nazionale) che la pone al 19° posto nella classifica delle Regioni, e 13.5 per le femmine (sovrapponibile col dato nazionale – tab. 3).

La mortalità evitabile, per definizione, comprende quei decessi considerati prematuri e attribuibili a cause che possono essere attivamente contrastate con interventi di sanità pubblica quali: *prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia e altra assistenza sanitaria* (ad esempio vaccinazioni, assistenza clinica). Nei maschi è caratterizzata da un maggior peso dei decessi dovuti a cause contrastabili con prevenzione primaria, legata ad abitudini e stili di vita come alimentazione, tabagismo, consumo di alcol. In questo ambito sono compresi anche traumatismi e avvelenamenti.

Tab.3 Giorni perduti pro-capite (0-74 anni) per cause evitabili e per tipologia di intervento. Triennio 2013-2015

Territorio	Maschi				Femmine			
	Tutte le cause	Prevenzione primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e assistenza sanitaria	Tutte le cause	Prevenzione primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e assistenza sanitaria
Sardegna	26.6	16.9	2.3	7.5	13.5	4.9	4.6	3.9
Italia	23.4	13.9	2.0	7.4	13.4	4.9	4.1	4.4

¹⁶ Mortalità Evitabile (con intelligenza) realizzata da Nebo Ricerche PA

¹⁷ Popolazione standard europea 2013

Secondo uno studio Eurostat sulla mortalità evitabile nei Paesi europei diffuso nel 2016, una morte è considerata evitabile se, alla luce di conoscenze mediche e tecnologia oppure della comprensione delle determinanti della salute al momento della morte, tutte o la maggior parte delle morti per questa causa (applicando limiti di età se appropriato) potrebbero essere evitate attraverso cure sanitarie di buona qualità (trattabili) o interventi di sanità pubblica nel senso più ampio (prevenibili). La mortalità trattabile (amenable, AD), e quella prevenibile (preventable, PD) sono dimensioni diverse della mortalità evitabile adottata convenzionalmente da MEV(i) e parzialmente sovrapponibili in quanto alcune cause evitabili afferiscono sia al gruppo delle cause trattabili che a quello delle prevenibili (tab. 4).

Tab.4 - Giorni perduti pro-capite (0-74 anni) per cause evitabili. Codifica tipo Eurostat. Triennio 2013-2015

Territorio	Maschi			Femmine		
	Tutte le cause	Trattabile (Amenable, AD)	Prevenibile (Preventable, PD)	Tutte le cause	Trattabile (Amenable, AD)	Prevenibile (Preventable, PD)
Sardegna	26.6	11.3	22.0	13.5	9.1	10.5
Italia	23.4	11.4	18.5	13.4	8.9	10.2

Fonte: Rapporto MEV(i) 2018 - elaborazioni Nebo Ricerche PA su dati Istat 2013-2015

Nella graduatoria provinciale, i posizionamenti parziali delle componenti della mortalità evitabile (trattabile e prevenibile – tab 5) sono sensibilmente differenti fra loro; il caso più evidente è quello dei maschi della provincia dell'Ogliastra, al 78° posto su 110 nella classifica assoluta, collocazione media tra la prima per le cause trattabili (AD) e la 103-esima per quelle prevenibili (PD).

Tab.5 - Mortalità evitabile per tutte le cause, di cui trattabile (AD) o prevenibile (PD) – Decessi 0-74 anni – Giorni perduti sdt pro capite. In parentesi è riportato il posizionamento rispetto alle province/regioni d'Italia

Territorio	Maschi			Femmine		
	Tutte le cause	Trattabile (Amenable, AD)	Prevenibile (Preventable, PD)	Tutte le cause	Trattabile (Amenable, AD)	Prevenibile (Preventable, PD)
Sassari	27.75 (103)	11.71 (69)	23.41 (109)	16.65 (73)	8.89 (61)	10.73 (96)
Olbia-Tempio	25.75 (89)	11.06 (59)	21.69 (100)	14.24 (91)	10.18 (96)	10.37 (72)
Nuoro	29.02 (107)	12.92 (79)	23.20 (106)	13.13 (55)	8.78 (57)	10.53 (79)
Ogliastra	25.14 (78)	8.07 (1)	22.16 (103)	12.86 (45)	9.14 (69)	10.33 (70)
Oristano	24.74 (70)	10.95 (55)	19.99 (84)	11.86 (16)	8.64 (51)	9.03 (14)
Medio Campidano	29.59 (109)	12.03 (76)	25.19 (110)	13.57 (69)	8.84 (60)	10.41 (76)
Carbonia-Iglesias	27.79 (104)	11.72 (70)	22.85 (105)	14.69 (97)	10.09 (94)	11.50 (103)
Cagliari	25.41 (82)	10.99 (57)	20.64 (91)	13.45 (64)	8.84 (60)	10.41 (76)
Sardegna	26.6 (13)	11.3 (13)	22.0 (19)	13.5 (19)	9.1 (12)	10.5 (14)

Fonte: Rapporto MEV(i) 2018 - elaborazioni Nebo Ricerche PA su dati Istat 2013-2015

I tassi standardizzati di mortalità evitabile, pari a 273.1 per 100.000 residenti in Sardegna di genere maschile (250.8 Italia) e 125.7 di genere femminile (128.7 Italia), oltre a confermare la maggiore intensità della casistica maschile, sono utilizzati anche per effettuare un'analisi delle principali cause di morte. Nei maschi la mortalità evitabile è dovuta in particolare a traumatismi e avvelenamenti (39.2 decessi evitabili per 100.000 residenti in Sardegna vs 26.3 Italia) ed ai tumori (114.6 vs 103.9), tra cui quelli degli apparati digerente e respiratorio, mentre per le femmine il tasso è di poco inferiore al dato nazionale ma con valori superiori per i tumori della mammella e organi genitali (30.0 vs 25.6) e per i decessi per traumatismi ed avvelenamenti (9.1 vs 7.6) tra cui rientrano le morti per cause violente o accidentali, compresi quindi incidenti stradali, domestici e sul lavoro, suicidi e omicidi (tab. 6).

Tab. 6 Tassi standardizzati di mortalità evitabile (0-74) per genere e principali gruppi diagnostici per 100.000 residenti - Triennio 2013-2015

Principali gruppi diagnostici	Maschi		Femmine	
	Sardegna	Italia	Sardegna	Italia
Tumori	114.6	103.9	68.1	65.8
<i>Tumori maligni apparato digerente e peritoneo</i>	46.4	40.8	18.4	18.3
<i>Tumori maligni apparato respiratorio e org. intratoracici</i>	51.1	48.4	14.5	16.6
<i>Tumori della donna (mammella e organi genitali)</i>	-	-	30.0	25.6
<i>Altri tumori</i>	17.1	14.7	5.2	5.3
Sistema circolatorio	60.8	66.4	23.7	27.3
Traumatismi e avvelenamenti	39.2	26.3	9.1	7.6
Malattie apparato digerente	12.9	10.4	3.6	4.1
Malattie infettive e parassitarie	10.9	8.4	4.3	4.4
Malattie apparato respiratorio	17.0	15.0	6.6	7.1
Altre cause	17.7	20.4	10.3	12.4
Totale cause	273.1	250.8	125.7	128.7

Fonte: elaborazioni Nebo Ricerche PA su dati Istat 2013-2015

Si stima che nel 2018 in Sardegna verranno diagnosticati 10.000 nuovi casi di tumore maligno di cui 5.200 negli uomini e 4.800 nelle donne. Complessivamente in Italia ogni giorno circa 1.000 persone ricevono una nuova diagnosi di tumore maligno infiltrante, 27 in Sardegna.

Le stime sono basate sui dati osservati dai Registri Tumori di popolazione riuniti nell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), che rilevano tutte le nuove diagnosi di tumore in una data popolazione residente e forniscono informazioni di qualità certificata su circa il 50% della popolazione. Anche per la Sardegna, nelle more dell'avvio dell'attività del Registro tumori regionale, i registri di Sassari e Nuoro coprono quasi metà del territorio. Le stime elaborate dall'AIRTUM per sopperire alla mancanza di informazioni in alcune aree, sono derivate sulla base di modelli statistici e, quindi, non esenti da potenziali errori.

Nella tabella 7 sono presentate, per alcuni dei principali tumori e per il totale dei tumori (esclusi gli epitelomi) e per i due sessi, le numerosità dei nuovi casi attesi nel 2018 e relativi tassi standardizzati di incidenza stimati per il 2018. È bene ricordare che i numeri presentati nelle tabelle sono stime, che hanno l'obiettivo di indicare l'ordine di grandezza del fenomeno in esame, quindi l'informazione da cogliere è l'ordine di grandezza (decine, centinaia, migliaia) e non il numero esatto.

Escludendo i tumori della cute (non melanomi), negli uomini prevale il tumore del colon-retto che rappresenta il 16% di tutti i tumori diagnosticati; seguono il tumore della prostata e il tumore del polmone (15%), e della vescica (12%). Tra le donne il tumore della mammella rappresenta il 28% delle neoplasie femminili, seguito dai tumori del colon-retto (13%).

Tab. 7 - Numero di nuovi tumori e tassi di incidenza standardizzati stimati per l'anno 2018 per le principali sedi tumorali, per il totale (esclusi gli epitelomi) e per sesso. Sardegna

Sede	Numero di nuovi casi		Tasso di incidenza standardizzato[18] (per 100.000)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Stomaco	200	100	20.4	10.9
Colon-retto	850	600	97.8	56.1
Polmone	800	250	91.3	25.2
Cute (melanomi)	100	100	13.7	11.7
Mammella		1350		134.4
Utero cervice		50		6.1
Prostata	800		91.3	
Vescica	600	150	67.2	13.4
Tutti	5200	4800	594.2	467.4

Fonte: I numeri del cancro in Italia 2018 (AIRTUM-AIOM-PASSI)

Per fornire un quadro epidemiologico completo dell'oncologia a livello regionale, oltre alle stime di incidenza si riportano le stime di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi, per le principali sedi tumorali, precisando che non rappresentano un valore soglia per la guarigione. Questa, infatti, può essere

raggiunta in tempi diversi (minori dei 5 anni, come per il tumore del testicolo o della tiroide, o maggiori, come per il tumore della mammella femminile) con differenze importanti anche in funzione del sesso e dell'età alla quale è stata fatta la diagnosi. Inoltre si precisa che i valori di sopravvivenza osservati per tutti i tumori dipendono dai livelli di sopravvivenza rilevati per le singole patologie, anche molto diversi tra loro, che variano da 90% circa (dopo 5 anni dalla diagnosi) per tumori quali testicolo, mammella e prostata e scendono a meno del 10% per tumori come il pancreas.

L'immagine regionale che se ne ricava è quella di valori leggermente inferiori al dato nazionale (che nel suo complesso presenta un quadro di sopravvivenza pari o superiore alla media europea), sia per il totale dei tumori sia per quelli oggetto di programmi di screening organizzato (mammella femminile, cervice uterina e colon-retto) che risentono di una diffusione ancora non ottimale. Al contrario, si osservano valori superiori di sopravvivenza per i linfomi di Hodgkin, il tumore della tiroide e del fegato (tab. 8).

Tab. 8 - Sopravvivenza netta¹⁸ a 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) in Sardegna, Italia ed Europa

Sede	Sardegna %	Italia[19] %	Europa[20] %
Tutti i tumori, esclusi i carcinomi della cute (M)	49	54	49
Tutti i tumori, esclusi i carcinomi della cute (M)	60	63	57
Colon-retto	58	65	57 C, 56 R
Mammella	85	87	82
Prostata	83	92	83
Polmone	13	16	13
Stomaco	27	32	25
Fegato	21	20	12
Pancreas	6	8	7
Melanoma	78	87	83
Cervice	58	68	62
Ovaio	42	40	38
Utero corpo	75	77	76
Testicolo	-	91	89
Tiroide	97	93	-
Leucemie	45	-	-
Linfoma di Hodgkin	87	84	81
Linfoma non-Hodgkin	64	65	59

Fonte: I numeri del cancro in Italia 2018

Gli indicatori sugli stili di vita, rilevati attraverso l'indagine Istat "Indagine Aspetti della vita quotidiana", anche per monitorare le strategie intraprese per il contrasto alla diffusione di patologie cronico-degenerative (tra cui alcuni tumori) attraverso la prevenzione primaria, mostrano limitati miglioramenti. Per tutti gli stili di vita permangono le differenze di genere a favore delle donne, più propense a seguire stili di vita salutari, ad eccezione della sedentarietà (Rapporto BES 2017).

Nel 2016 continua a ridursi la **sedentarietà** (proporzione standardizzata¹⁹ di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica – tab. 9) pari a 33,9% in Sardegna (31,9 M, 35,8 F; 39,4% Italia); e la quota di adulti in **eccesso di peso** (proporzione standardizzata di persone di 18 anni o più in sovrappeso o obese) si attesta su 42,8% con netto svantaggio per gli uomini (51,6 M, 34,3 F; 44,8% Italia, tra i livelli più bassi in Europa).

La quota di **fumatori** sardi (persone di 14 anni o più che dichiarano di fumare attualmente) negli ultimi 10 anni mostra un trend con minime oscillazioni e una diminuzione nell'ultimo anno (17,7% nel 2016, era 20,6 nel 2015).

¹⁸ la sopravvivenza non imputabile ad altre cause diverse dal cancro dette "cause competitive". I pazienti con tumore sono esposti al rischio di morire per questa malattia, ma anche per tutte le altre cause che interessano la popolazione non affetta da tumore. Stimare la sopravvivenza netta consiste nel ricondursi alla ipotetica (fittizia) situazione in cui la patologia in studio sia l'unica causa di morte.

¹⁹ Standardizzazione con la popolazione europea al 2013

La Sardegna si caratterizza per una maggiore quota di persone che consumano abitualmente quantità di alcool oltre le soglie specifiche per genere e fasce di età o praticano *binge drinking*²⁰ (episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni). Rispetto allo scorso anno si mantiene stabile il consumo a rischio di alcool (proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol) e sempre superiore al valore nazionale (20.7 vs 16.7 nel 2016), con un netto svantaggio degli uomini rispetto alle donne (32.8 M, 9.0 F).

Tab 9 – Stili di vita. Valori percentuali

Fattore di rischio	2012	2013	2014	2015	2016	Italia 2016
Sedentarietà	42.9	38.4	37.9	36.4	33.9 (31,9 M, 35.8 F)	39.4
Eccesso di peso	42.4	42.3	41.6	42.1	42.8 (51.6 M, 34.3F)	44.8
Fumo	18.9	20.9	20.0	20.6	17.7 (22.3 M, 13.4 F)	20.0
Alcool	20.5	19.3	19.2	20.8	20.7 (32.8 M, 9.0 F)	16.7

Fonte: Istat, *Indagine Aspetti della vita quotidiana – Rapporto BES 2017*

Relativamente alla salute materno-infantile, il ricorso al taglio cesareo (TC) per il parto mostra un trend in graduale riduzione pur mantenendosi al di sopra del valore nazionale, sia con riferimento ai casi in cui la donna lo subisce per la prima volta (TC primari nel 2016: 25.2% Sardegna, 20.6% Italia – tab. 10) che a tutti i parti nel complesso (TC: 38.8% vs 35.1% Italia).

Tab.10 - Indicatori (valori per 100) - Anni 2011-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Italia 2016
Proporzione di parti con Taglio Cesareo	41.5	41.1	41.9	40.1	39.8	38.8	35.1
Proporzione di parti con Taglio Cesareo primario	28.3	27.5	28.6	26.7	26.1	25.2	20.6

Fonte dei dati: Ministero della Salute. *Rapporto Osservasalute 2017*

In totale nel 2016 sono state notificate in Sardegna 1861 **interruzioni volontarie di gravidanza** (IVG – tab. 11), il 4% in meno rispetto all'anno precedente, confermando il continuo andamento in diminuzione del fenomeno che interessa quasi tutte le Regioni d'Italia (-3,1%) seppur con intensità differenti. Il 12.9% delle IVG totali in Sardegna è a carico delle donne straniere (il 30% in Italia).

Il **tasso di abortività** (numero di IVG rispetto a 1000 donne di 15-49 anni residenti) è risultato pari a 5.2 per 1000 nel 2016 in Sardegna (6.5 Italia), con un decremento dell'1.7% rispetto al 2015 (variazione percentuale calcolata sui tassi arrotondati a due cifre decimali). È confermato l'andamento in diminuzione in entrambi gli ambiti territoriali.

Il **rapporto di abortività** (numero delle IVG rispetto a 1000 nati vivi) è pari a 178.1 per 1000 in Sardegna nel 2016, con un incremento dello 0.9% rispetto al 2015, mentre a livello nazionale registra una riduzione dell'1.4% (da 185.1 nel 2015 a 182.4). Si tenga conto che tale indicatore è correlato all'andamento della natalità, pertanto le variazioni annuali dei rapporti di abortività risentono sia delle variazioni delle IVG che di quelle dei nati. Nell'ultimo biennio il fenomeno della diminuzione dei nuovi nati ha avuto in Sardegna una intensità maggiore rispetto al livello nazionale.

²⁰ Sotto i 18 anni di età qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e per gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare 1 Unità Alcolica (UA1=12 grammi di alcol puro); per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le 2 UA, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. È sempre sconsigliato il binge drinking, ossia il consumo di quantità eccessive di alcol, più di 6 UA, concentrato nel tempo e in una singola occasione (il fegato è in grado di smaltire non più di 6 grammi di alcol all'ora).

Tab.11 - Interruzioni volontarie di gravidanza. Anni 2015-2016

	Sardegna		Italia	
	2015	2016	2015	2016
IVG	1.938	1.861	87.639	84.926
Rapporto di abortività	169.4	178.1	196.2	182.4
Tasso di abortività	5.3	5.2	6.6	6.5

Fonte: Ministero della salute – ISS – Istat. 2018

La Sardegna è fra le 11 regioni che hanno raggiunto e superato l'obiettivo nazionale di immunizzare almeno il 95% dei nuovi nati con il vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B, emofilo b) nell'anno 2017, confermando una tendenza già in atto da anni.

Le coperture vaccinali a 24 mesi (l'ultima coorte rilevata è quella dei bambini nati nel 2015 – tab. 12) per i nove vaccini obbligatori in Sardegna sono superiori al dato nazionale ed in particolare oltre la cosiddetta soglia di gregge del 95% per tutti i vaccini contenuti nel composto esavalente. Le vaccinazioni per Morbillo, Parotite e Rosolia hanno avuto un incremento percentuale superiore ai due punti (+2,6 punti) rispetto alla coorte 2014 rilevata a fine 2016. Anche per le vaccinazioni non obbligatorie la Sardegna supera i valori nazionali: la copertura regionale a 24 mesi per la Varicella è dell'81,6% (con un incremento di 3,7 punti percentuali rispetto alla coorte precedente), quasi doppia rispetto alla media nazionale; quella per il Meningococco C è di 90,13.

Insieme alle coperture vaccinali per i cicli di base, sono riportate anche quelle per i richiami in età pre-scolare, generalmente somministrati a 5-6 anni (relative ai bambini nati nell'anno 2010). Rispetto all'anno precedente la copertura in Sardegna per Varicella è passata da 22.51 (coorte 2009) a 64.26 (coorte 2010), inoltre sono stati registrati incrementi di 1,8 punti percentuali per Morbillo, Parotite, Rosolia.

Tab.12 - Coperture vaccinali al 24° mese ed a 5-6 anni (per 100 abitanti) – Sardegna e Italia. Anno 2017

Vaccino	Coperture vaccinali al 24° mese (Coorte 2015)		Coperture a 5-6 anni (Coorte 2010)	
	Sardegna	Italia	Sardegna	Italia
Polio	95.98	94.54	91.41	88.68
Difterite	95.97	94.57	91.41	88.75
Tetano	95.99	94.64	91.32	88.87
Pertosse	95.95	94.56	91.41	88.65
Epatite B	95.93	94.34		
Hib	95.93	94.24		
Morbillo	92.91	91.68	88.93	85.80
Parotite	92.89	91.62	88.93	85.56
Rosolia	92.91	91.64	88.93	85.62
Varicella	81.58	45.6	64.26	31.59
Meningococco C	90.13	83.06		

Fonte: OER- Ministero della Salute - aggiornamento al 31/12/2017

La vaccinazione contro il papilloma virus (anti-HPV) è offerta gratuitamente e attivamente alle bambine nel dodicesimo anno di vita (undici anni compiuti) in Sardegna dal 2008, come in altre regioni. Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 ha posto l'obiettivo di raggiungere una copertura con ciclo completo pari o superiore al 70% nelle dodicenni a partire dalla coorte 2001, all'80% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002, al 95% nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2003. Il PNPV 2017-2019 ha confermato l'obiettivo del 95% per le ragazze nel dodicesimo anno di vita ed esteso la vaccinazione ai ragazzi nel dodicesimo anno di vita.

La Sardegna ha superato l'obiettivo del 70% per la coorte del 2001, ma successivamente la copertura è andata calando. È più bassa nell'ultima coorte (2005) rispetto alle precedenti (1997 è la prima coorte invitata attivamente nel corso del 2008) in cui prosegue l'attività di recupero. Complessivamente è al di sotto della soglia ottimale prevista dal PNPV (95%) e della media nazionale (36,38% Sardegna vs 49,92 Italia nell'ultimo anno – tab.13).

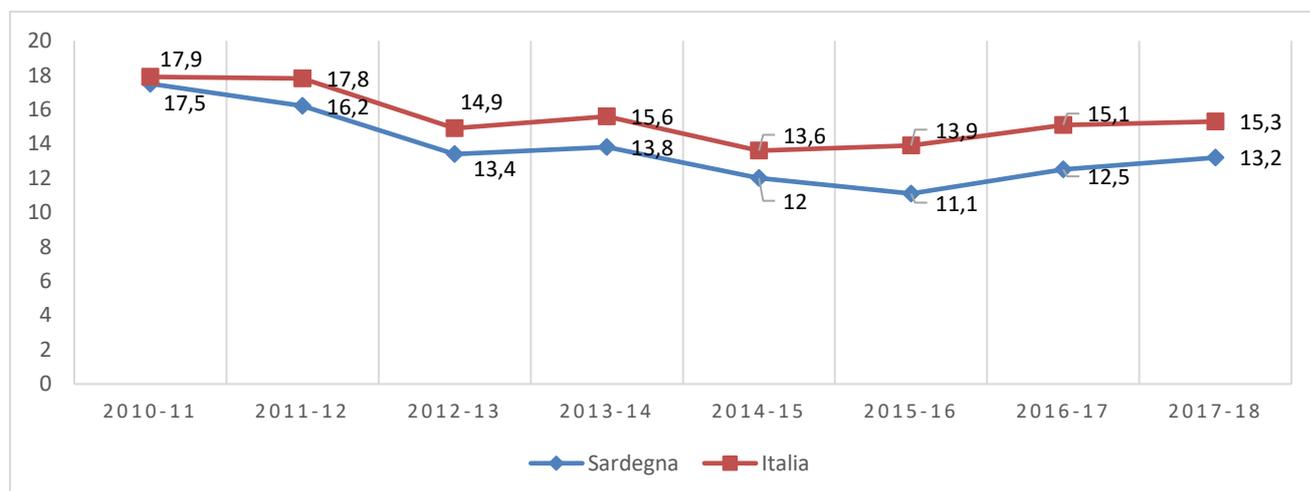
Tab. 13 - Popolazione target, adesioni e coperture vaccinali (%) HPV nelle corti di nascita 1997 - 2005. Sardegna vs Italia (solo femmine), dati al 31/12/2017

Coorte di nascita	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	Italia % vaccinate con ciclo completo
1997	6.307	91.04	87.55	68.74
1998	6.288	85.11	77.66	69.52
1999	6.161	86.76	76.77	71.43
2000	6.295	86.2	75.42	71.93
2001	6.326	82.07	70.87	70.56
2002	6.049	77.72	66.36	67.5
2003	6.070	72.36	60.79	64.71
2004	6.008	67.56	55.16	63.46
2005	6.251	52.06	36.83	49.92

Fonte: OER- Ministero della Salute - aggiornamento al 2 luglio 2018

Anche la vaccinazione antinfluenzale è meno diffusa in Sardegna rispetto alle altre Regioni, con coperture inferiori alla media nazionale pur seguendo lo stesso andamento: in crescita dopo il calo registrato nelle stagioni 2014-15 e 2015-16 (13,2% Sardegna vs 15,3 Italia nella stagione 2017-18. Fig 4).

Fig. 4- Vaccinazione antinfluenzale. Coperture vaccinali nella popolazione generale (per 100 abitanti). Stagioni 2010-2018.



Fonte: OER- Ministero della Salute - aggiornamento al 19 giugno 2018

Quadro socio-economico

Istruzione e formazione

L'istruzione, la formazione e il livello di competenze influenzano il benessere delle persone e aprono opportunità altrimenti precluse. L'istruzione non ha solo un valore intrinseco ma influenza il benessere delle persone in modo diretto. Negli ultimi anni si assiste ad un diffuso miglioramento del livello di istruzione della popolazione italiana, anche se con forti differenze territoriali, in particolare per quanto riguarda la partecipazione al sistema di istruzione e formazione, gli abbandoni precoci, i tassi di conseguimento di un titolo universitario.

La Sardegna è tra le regioni con il livello di istruzione più basso. La quota di adulti 25-64enni con almeno il diploma superiore pari al 49,7% nel 2016, pur essendo in lieve crescita assume il secondo valore più basso a livello nazionale (al pari della Sicilia e seguita solo dalla Puglia) che a sua volta, nonostante il continuo incremento di 8,8 punti percentuali negli ultimi 10 anni, occupa ancora le ultime posizioni della graduatoria europea (60,1% Italia, media UE 76,9% – Rapporto BES 2017²¹).

²¹ BES 2017. Il benessere Equo e sostenibile in Italia. ISTAT

In particolare, è in calo l'uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione (tasso di abbandono precoce) misurata, nell'ambito della Rilevazione sulle Forze di lavoro –ISTAT, dalla percentuale di giovani (18-24 anni) che hanno conseguito solo la licenza media e non partecipano ad attività di educazione o formazione.

In Italia il fenomeno è in progressivo calo: nel 2016 la quota di giovani italiani che dopo aver conseguito la licenza media non ha terminato un corso di formazione professionale riconosciuto dalla regione di durata superiore ai due anni e non frequenta corsi scolastici o altre attività formative è pari al 13,8 % (il 16,1% tra gli maschi e il 11,3% tra le femmine con un differenziale di genere 4,8). Le donne tendono meno ad abbandonare gli studi. In particolare, nel 2016 il tasso di abbandono precoce si posiziona al di sotto dell'obiettivo nazionale fissato per il 2020 (16% - Rapporto BES 2017).

Il fenomeno degli abbandoni scolastici precoci presenta intensità ancora elevate in Sicilia (23,5%), in Campania e Sardegna (entrambe al 18,1% nel 2016). Il dato regionale della Sardegna, dopo aver raggiunto l'incidenza maggiore a livello nazionale nel biennio 2011-2012 (25%), ha invertito la tendenza iniziando a decrescere e facendo registrare nell'ultimo anno la maggiore riduzione dell'intero territorio nazionale (4,8 punti percentuali). Si conferma il differenziale di genere doppio, a sfavore degli uomini (23,6 M e 12,1 F – tab.1).

Tab. 1 Giovani che abbandonano prematuramente gli studi²². Sardegna, Italia 2011-2016 (Valori percentuali)

Territorio	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Sardegna	25.1	25.0	24.3	23.4	22.9	18.1 M+F	23.6 M	12.1 F
Italia	17.8	17.3	16.8	15.0	14.7	13.8 M+F	16.1 M	11.3 F

Fonte: Istat, Rilevazione sulle Forze di lavoro – RAPPORTO BES 2017

Da diversi anni a livello europeo è costantemente monitorata la quota dei Neet (Not in Education, Employment or Training), giovani non più inseriti in un percorso scolastico/formativo ma neppure impegnati in un'attività lavorativa, per i quali si ritiene che un prolungato allontanamento dal mercato del lavoro e dal sistema formativo possa comportare il rischio di una maggiore difficoltà di reinserimento.

La **quota dei Neet**²³ (tab. 2) - i giovani tra i 15 e 29 anni che non lavorano e non studiano (con la sola esclusione delle attività formative "informali" quali l'autoapprendimento) – dopo il quinquennio 2010-2014 di crescita continua, ha iniziato a diminuire attestandosi sul 25,7% nel 2015 e 24,3% nel 2016. Il fenomeno è in diminuzione in quasi tutte le regioni, compresa la Sardegna, pur mantenendosi su livelli più elevati. Nel 2016 il 30,5% della popolazione sarda tra i 15 e i 29 anni risulta fuori dal circuito formativo e lavorativo e, contrariamente all'andamento nazionale, l'incidenza dei Neet è più elevata tra gli uomini (31,8%) rispetto alle donne (29,1%).

Tab 2 - Persone di 15-29 anni che non lavorano e non studiano (Neet). Sardegna, Italia 2010-2016 (Valori percentuali)

Territorio	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Sardegna	25.4	27.6	28.2	32.0	34.2	31.8	30.5 M+F	31.8 M	29.1 F
Italia	22	22.5	23.8	26.0	26.2	25.7	24.3 M+F	22.4 M	26.3 F

Fonte: Istat, Rilevazione sulle Forze di lavoro – RAPPORTO BES 2017

Dal ciclo di studi terziario nel 2016 arrivano segnali incoraggianti. In Sardegna il **tasso di passaggio dalla scuola all'università**²⁴, seppure inferiore al livello nazionale, mostra un miglioramento nell'ultimo

²² Percentuale di persone di 18-24 anni che hanno conseguito solo la licenza media e non sono inseriti in un programma di formazione sul totale delle persone di 18-24 anni.

²³ La quota di popolazione in età 15-29 anni né occupata e né inserita in un percorso di istruzione o formazione. Il riferimento è a qualsiasi tipo di istruzione scolastica/universitaria e a qualsiasi tipo di attività formativa (corsi di formazione professionale regionale, altri tipi di corsi di formazione professionale, altre attività formative quali seminari, conferenze, lezioni private, corsi di lingua, informatica, ecc), con la sola esclusione delle attività formative "informali" quali l'autoapprendimento. Dalla condizione di Neet sono dunque esclusi non solo i giovani impegnati in attività formative regolari (dette anche "formali"), ma anche quelli che svolgono attività formative cosiddette "non formali".

²⁴ Non sono considerati i neo-diplomati che si iscrivono agli altri percorsi dell'istruzione terziaria: Istituti Tecnici Superiori, Istituti di Alta Formazione Artistica, Musicale e Coreutica (AFAM), Scuole superiori per Mediatori linguistici nonché presso università straniere.

quadriennio, infatti, con riferimento all'anno scolastico 2016/2017 la quota degli studenti sardi che si sono immatricolati per la prima volta all'Università nello stesso anno in cui hanno conseguito il diploma è pari al 48,7%, e sta raggiungendo il dato nazionale che è sostanzialmente stabile sul 50% (differenza percentuale rispetto all'Italia pari a -1,6, era - 4.0 due anni prima; tab.3).

Tab 3 - Diplomatici che si iscrivono per la prima volta all'università nello stesso anno in cui hanno conseguito il diploma di scuola secondaria di II grado - Anni scolastici 2013/2014 -2016/2017 (valori percentuali)

Territorio	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
Sardegna	46.1	45.1	47.6	48.7
Italia	49.7	49.1	50.3	50.3

Fonte: Dati MIUR – Rapporto BES 2017

La quota di persone di 30-34 anni con un titolo universitario (laurea o titolo post-laurea) in Sardegna assume valori particolarmente contenuti (20,3% nel 2016 - Rapporto BES 2017), insieme a Sicilia e Campania, rispetto al dato nazionale (26,2%) che a sua volta, nonostante il lieve e continuo incremento di 8 punti percentuali negli ultimi 10 anni, si colloca fra i valori più bassi a livello europeo. Nel 2016 l'Italia ha raggiunto, per la prima volta, l'obiettivo nazionale previsto in Europa 2020 (26-27%), tuttavia il livello del tasso rimane molto inferiore alla media UE (39,1%), superiore soltanto al dato della Romania.

Lo svantaggio maschile rispetto al livello di istruzione è ancor più elevato fra i laureati italiani: la quota di donne con titolo universitario è più alta di 12,6 punti percentuali rispetto a quella degli uomini (32,5 % femmine e 19,9% maschi; era 10,8 nel 2015); in Sardegna tale svantaggio è meno accentuato (26,1% F, 14,8% M).

Lavoro e situazione economica

Il **tasso di occupazione** della popolazione in età 20-64 anni in Sardegna è inferiore alla media italiana (nel 2016: 53,6% Sardegna vs 61,6% Italia), anche se in aumento negli ultimi due anni rispetto al biennio 2013-2014 (Indagine Istat "Rilevazione delle forze di lavoro" - Tab. 4). A livello provinciale, negli ultimi due anni, il tasso di occupazione più elevato si osserva nel territorio di Cagliari (57% nel 2016); la provincia di Olbia-Tempio, che mostrava negli anni fino al 2012 valori mediamente superiori a quelli nazionali, negli ultimi quattro anni si avvicina alla media regionale. I tassi di disoccupazione più bassi si osservano nella provincia di Carbonia-Iglesias ed in quella del Medio-Campidano.

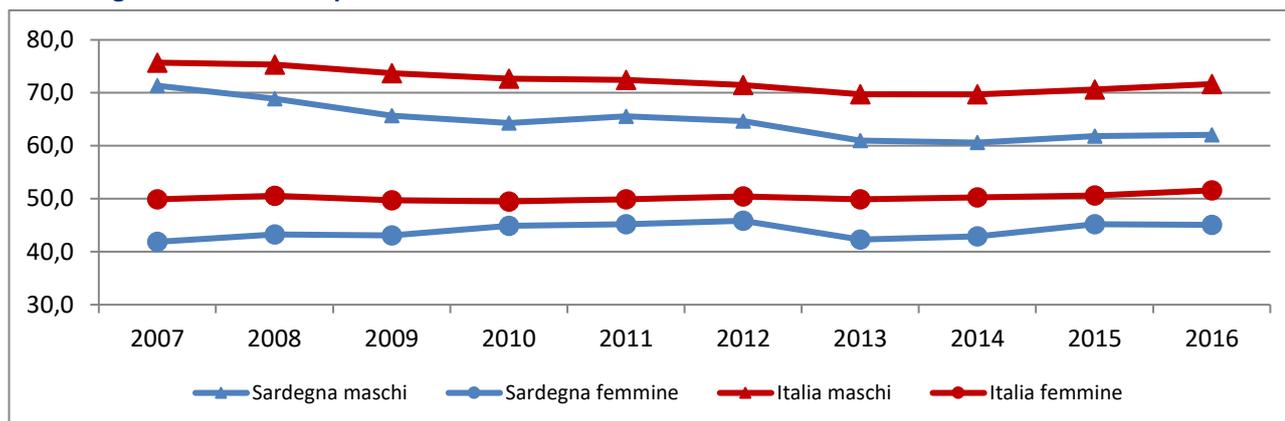
Anche a livello regionale è evidente un marcato squilibrio di genere a favore dei maschi (62% contro 45% nel 2016) (fig. 1). Nel corso degli anni, il tasso di occupazione maschile in Sardegna ha subito una marcata diminuzione passando dal 71,3% del 2007 al 60,6% del 2014, per salire al 62% nel 2016. Al contrario, il tasso di occupazione femminile è cresciuto fino al 2012 (45,9%), ha avuto un calo nel 2013 e negli ultimi due anni si attesta intorno al 45%.

Tab. 4 Tasso di occupazione 20-64 anni, valori provinciali, regionali e nazionali, anni 2007-2016

Territorio	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sassari	57.3	51.3	51	55.3	55.1	56.1	52.9	50.8	54.9	49.9
Nuoro	54.9	54.6	54.1	55.8	56.6	58.2	54.3	54.8	52.8	56.2
Cagliari	57.1	58.7	57	55.1	55.8	56.1	52.4	53.6	55.3	57
Oristano	54.8	55.4	54.8	52.9	55.3	54.1	52.7	52.6	53.7	55.2
Olbia-Tempio	..	64.2	59.4	62.4	63.5	61.4	54.3	54.4	53.5	55.1
Ogliastra	..	54.2	52.8	50.3	54	50.6	51	52.1	50.1	54.2
Medio Campidano	..	51.4	48.8	50.8	50.5	50.1	44.8	43.4	48	46.2
Carbonia-Iglesias	..	54	50	46.7	47.5	46.1	42.9	44.3	48.2	46.8
Sardegna	56.6	56.1	54.4	54.6	55.4	55.3	51.6	51.8	53.5	53.6
Italia	62.7	62.9	61.6	61	61	60.9	59.7	59.9	60.5	61.6

Fonte: "Rilevazione delle forze di lavoro"

Fig.1 – Tasso di occupazione

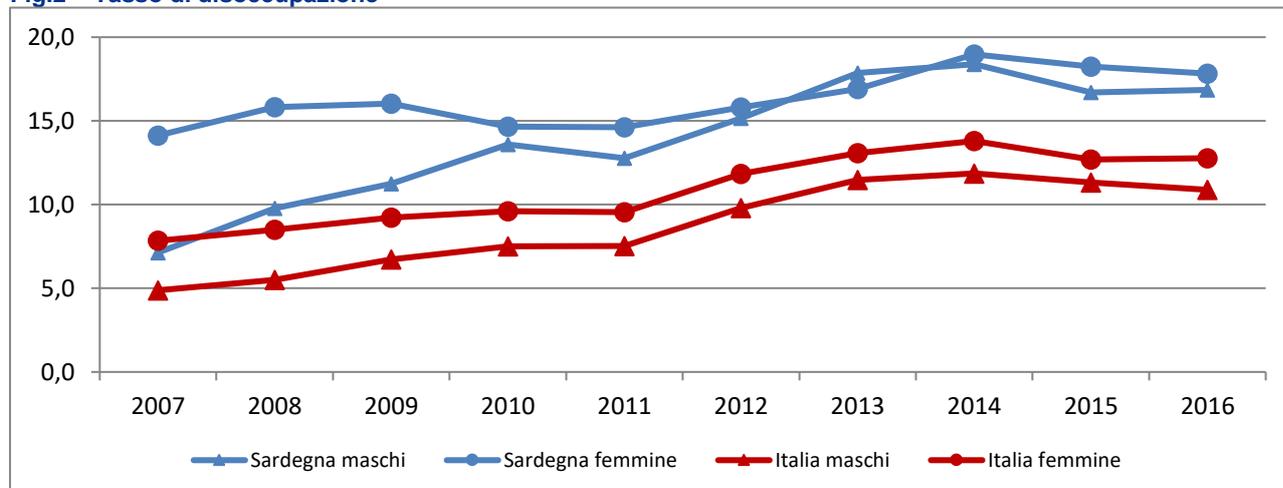


Il tasso di disoccupazione regionale (Tab. 5) mostra un andamento crescente fino al 2014, mentre negli ultimi due anni decresce, restando comunque più elevato di quello nazionale (17,3% vs 11,7% nel 2016). Il tasso più elevato negli ultimi quattro anni si osserva nel Medio-Campidano (28% circa nel 2016) e il minimo nel territorio di Nuoro (14,7% nel 2015) e in Ogliastra (12,2% nel 2016). Il divario di genere a livello regionale, molto evidente nel periodo 2007-2009, si avvicina negli ultimi anni a quello nazionale (fig. 2). A livello provinciale la situazione è disomogenea, con differenze di genere che vanno dai quasi quattordici punti percentuali tra maschi e femmine (22,2M vs 35,9F nel 2016) nella provincia del Medio-Campidano a differenze minime nei territori di Nuoro e Oristano (rispettivamente 12,7M vs 12,6F e 19,8M vs 19,7F nel 2016). Il differenziale è generalmente a favore del genere maschile, con le eccezioni dei territori di Sassari e Ogliastra dove raggiunge il valore massimo (14,5M vs 9F).

Tab. 5 Tasso di disoccupazione 15 anni e più, valori provinciali, regionali e nazionali, anni 2007-2016

Territorio	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sassari	9,9	16,7	18,7	16,2	13,8	15,9	16,8	20	16,7	21,9
Nuoro	10,8	12,9	9,9	9,9	9,1	11,4	10,1	11,8	14,7	12,7
Cagliari	9,3	11,3	11	12,5	13,2	15,5	17,7	17,9	17,7	14,3
Oristano	10,7	11,5	13,5	15,1	15,3	17,4	17,8	19,7	19,7	19,8
Olbia-Tempio	..	8,8	14,6	14,8	14,6	12,9	17,4	18,4	15,5	13,1
Ogliastra	..	12,2	12,5	17,1	17,1	22,4	19,3	16,9	16,2	12,2
Medio Campidano	..	11,5	11,6	11,7	13,2	16,2	27,1	27,9	21,7	27,8
Carbonia-Iglesias	..	10	11,9	18,4	14,8	15,9	18,6	19,2	17,2	20,6
Sardegna	9,8	12,2	13,2	14	13,5	15,4	17,5	18,6	17,4	17,3
<i>Italia</i>	<i>6,1</i>	<i>6,7</i>	<i>7,7</i>	<i>8,4</i>	<i>8,4</i>	<i>10,7</i>	<i>12,1</i>	<i>12,7</i>	<i>11,9</i>	<i>11,7</i>

Fig.2 – Tasso di disoccupazione



Fonte: "Rilevazione delle forze di lavoro"

La povertà è fortemente associata al territorio, alla struttura familiare (in particolare alla numerosità dei componenti e alla loro età), a livelli di istruzione e profili professionali poco elevati, oltre che all'esclusione dal mercato del lavoro. In Sardegna 225 mila famiglie vivono in una situazione di disagio economico (Noi Italia 2015, ISTAT). Il 40% circa delle famiglie giudica che la propria situazione economica sia peggiorata (poco o molto) rispetto all'anno precedente (Indagine "Aspetti della vita quotidiana", anno 2016, Istat), mentre il 7% circa pensa che sia migliorata (poco o molto).

L'indicatore sintetico di **deprivazione**²⁵ nel 2013 è di 32,3 (su cento famiglie residenti sarde); valore in netto aumento rispetto al dato regionale del 2012 (23,7) e superiore a quello nazionale (23,4%). Tra le deprivazioni più frequenti a livello nazionale c'è la rinuncia alle vacanze lontano da casa (50,4% delle famiglie), l'impossibilità di riscaldare adeguatamente l'abitazione (19%), non potersi permettere un pasto adeguato almeno ogni due giorni (14,5%), restare in arretrato con almeno un pagamento tra mutuo, affitto, bollette o debiti diversi dal mutuo (12%).

La **povertà assoluta**²⁶ in Italia, sostanzialmente stabile tra il 2015 e il 2016, nel 2017 cresce sia in termini di famiglie (tab. 6) sia di individui, per effetto dell'inflazione registrata in quest'anno: si stimano in povertà assoluta 1 milione e 778 mila famiglie residenti in cui vivono 5 milioni e 58 mila individui (l'8,4% dell'intera popolazione nazionale). L'**incidenza di povertà assoluta** è pari al 6,9% per le famiglie (da 6,3% nel 2016) e all'8,4% per gli individui (era 7,9%). Entrambi i valori sono i più alti della serie storica, che prende avvio dal 2005. È più accentuata nel Mezzogiorno (10,3%) rispetto al Nord e al Centro (5,4% e 5,1% rispettivamente) e con **intensità**²⁷ superiore (22,7% contro 20,1% e 18,3% di Nord e Centro).

Tab. 14 Incidenza e intensità di povertà assoluta, valori per ripartizione geografica (su 100 famiglie residenti). Anno 2017

Territorio	Famiglie povere	
	Incidenza di povertà	Intensità di povertà
Nord	5.4	20.1
Centro	5.1	18.3
Mezzogiorno	10.3	22.7
<i>Italia</i>	6.9	20.9

Fonte: Indagini sui consumi delle famiglie, ISTAT. Aggiornamento giugno 2018

Anche la **povertà relativa**²⁸ cresce nel 2017 (da 10,6% di famiglie in povertà relativa nel 2016 a 12,3%), in maniera disomogenea nel territorio nazionale: decisamente più contenuta al Nord (5,9%), aumenta al centro (7,9%) e tocca i valori massimi nel Mezzogiorno dove almeno una su quattro è relativamente povera (24,7%). In Sardegna l'**incidenza di povertà relativa** è aumentata al 17,3% (era 14% del 2016); l'**intensità della povertà relativa** è maggiore, ossia i livelli di spesa sono più bassi, rispetto alla media nazionale (25,8% contro 24,3% nel 2016), le famiglie in povertà relativa sono più di 100 mila, ossia quasi una su sette.

²⁵ L'indicatore sintetico di deprivazione rappresenta la quota di famiglie che dichiarano almeno tre delle nove deprivazioni riportate di seguito: non riuscire a sostenere spese impreviste; avere arretrati nei pagamenti (mutuo, affitto, bollette, debiti diversi dal mutuo); non potersi permettere una settimana di ferie in un anno lontano da casa, un pasto adeguato (proteico) almeno ogni due giorni, il riscaldamento adeguato dell'abitazione, l'acquisto di una lavatrice, o di un televisore a colori, o di un telefono, o di un'automobile (Noi Italia 2014).

²⁶ L'incidenza della povertà assoluta è calcolata sulla base di una soglia corrispondente alla spesa mensile minima necessaria per acquisire un paniere di beni e servizi che, nel contesto italiano e per una famiglia con determinate caratteristiche, è considerato essenziale a uno standard di vita minimamente accettabile. La soglia di povertà assoluta è definita in base all'età dei componenti, alla ripartizione geografica e alla tipologia del comune di residenza.

²⁷ L'intensità della povertà rappresenta, in termini percentuali, quanto la spesa mensile delle famiglie povere è mediamente sotto la linea di povertà.

²⁸ Una famiglia viene definita povera in termini relativi se la sua spesa per consumi è pari o al di sotto della linea di povertà relativa, che viene calcolata sui dati dell'indagine sulle spese per consumi delle famiglie. Per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media mensile per persona che, nel 2017, è risultata di 1.085,22 euro mensili (+2,2% rispetto al valore soglia nel 2016, quando era pari a 1.061,35 euro). L'intensità della povertà indica, in termini percentuali, quanto la spesa media mensile delle famiglie classificate come povere sia al di sotto della linea di povertà

Tab. 13 Incidenza e intensità di povertà relativa familiare (su 100 famiglie residenti) in Sardegna e Italia. Anni 2016-2017

Territorio	Incidenza della povertà relativa (% di famiglie in povertà relativa)		Intensità della povertà relativa (differenza % dalla soglia di povertà)	
	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2016	Anno 2017
Nord	5.7	5.9	24.7	22.9
Centro	7.8	7.9	23.7	22.6
Mezzogiorno	19.7	24.7	24.3	24.8
<i>Italia</i>	10,6	12,3	24,3	24.1
Sardegna	14	17,3	25,8	-

Fonte: Indagini sui consumi delle famiglie, ISTAT. Aggiornamento giugno 2018

In Sardegna il reddito familiare netto medio è diminuito di circa 2.000 euro al mese fino al 2014 (24.079 euro nel 2014) allontanandosi dal reddito medio nazionale (29.472 euro), per aumentare nel 2015 (26.013 euro in Sardegna, 29.988 Italia), con il 50% delle famiglie che percepisce meno di 23.233 euro (poco più di 1.900 euro al mese – “Indagine sul reddito e condizioni di vita” - Eu-Silc, Istat). L'indice di Gini²⁹, una misura del grado di disuguaglianza nella distribuzione del reddito netto familiare (esclusi i fitti imputati), in Sardegna è aumentato costantemente negli ultimi anni (0.319 nel 2012, 0.326 nel 2013 – Fonte: I.Stat) fino al 2014 (0.339), anno in cui ha superato, per la prima volta in 11 anni, il valore nazionale (0.326). Nel 2015 è rimasto invariato, mentre cresce in Italia (0.334).

Siti con particolari problemi ambientali

Dal punto di vista ambientale l'isola mostra come, accanto a larghi tratti in cui domina incontrastata la natura, sia presente una vasta superficie in cui attività industriali, minerarie e militari hanno generato impatti notevoli sull'ambiente.

Sono presenti infatti nella regione due aree identificate come Siti di Interesse Nazionale (SIN), individuate e perimetrate dal Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare (istituzionalizzati nel 2001 e 2002), in relazione alla quantità e alla pericolosità degli agenti inquinanti presenti e all'impatto che gli stessi possono avere sull'ambiente in termini di rischio sanitario ed ecologico. Si tratta del SIN del Sulcis-Iglesiente-Guspinese, che interessa una vasta area del territorio sud-occidentale sardo (comprende 34 comuni) in cui si concentra un'ampia superficie interessata da attività industriali quali l'agglomerato di Portovesme, che accoglie insediamenti industriali riconducibili prevalentemente ai settori energetico e metallurgico; quello di Sarroch, insediamento occupato per il 90% circa dalla raffineria di petrolio e dalle attività petrolchimiche e di servizio collegate; l'area industriale di Assemini che, con il polo industriale di Macchiareddu, è uno dei più importanti agglomerati della Sardegna meridionale. Interessa lo stagno di Santa Gilla e i comuni di Assemini, Capoterra e Uta. Sono inoltre comprese in quest'area il poligono militare di Capo Teulada e le miniere dismesse di Arbus e Iglesias. L'altro SIN è quello di Porto Torres, situato nel comprensorio nord occidentale e che si estende nel territorio dei comuni di Porto Torres e Sassari, e si sviluppa a ridosso del Golfo dell'Asinara. L'area comprende il Polo Petrolchimico, il Polo Elettrico, industrie di vario genere (chimiche, meccaniche). Dal 2005 fa parte del SIN anche la discarica di Calancoi, ubicata in prossimità dell'abitato di Sassari.

Oltre i due SIN descritti ci sono altre aree circoscritte. Si tratta dell'area industriale, ormai dismessa, che interessa il territorio di Ottana, occupata per decenni dall'industria chimica; l'inceneritore di Tossilo; il poligono militare del salto di Quirra e l'ex sito militare di La Maddalena.

²⁹ L'indice di concentrazione di Gini è una misura sintetica del grado di disuguaglianza della distribuzione del reddito ed è calcolato sui redditi familiari equivalenti, cioè resi comparabili mediante l'applicazione di una scala di equivalenza che tiene conto della diversa composizione delle famiglie. Questo indice è pari a zero nel caso di una perfetta equità della distribuzione dei redditi, nell'ipotesi cioè che tutte le famiglie ricevano lo stesso reddito; è invece pari a uno nel caso di totale disuguaglianza, nell'ipotesi che il reddito totale sia percepito da una sola famiglia.

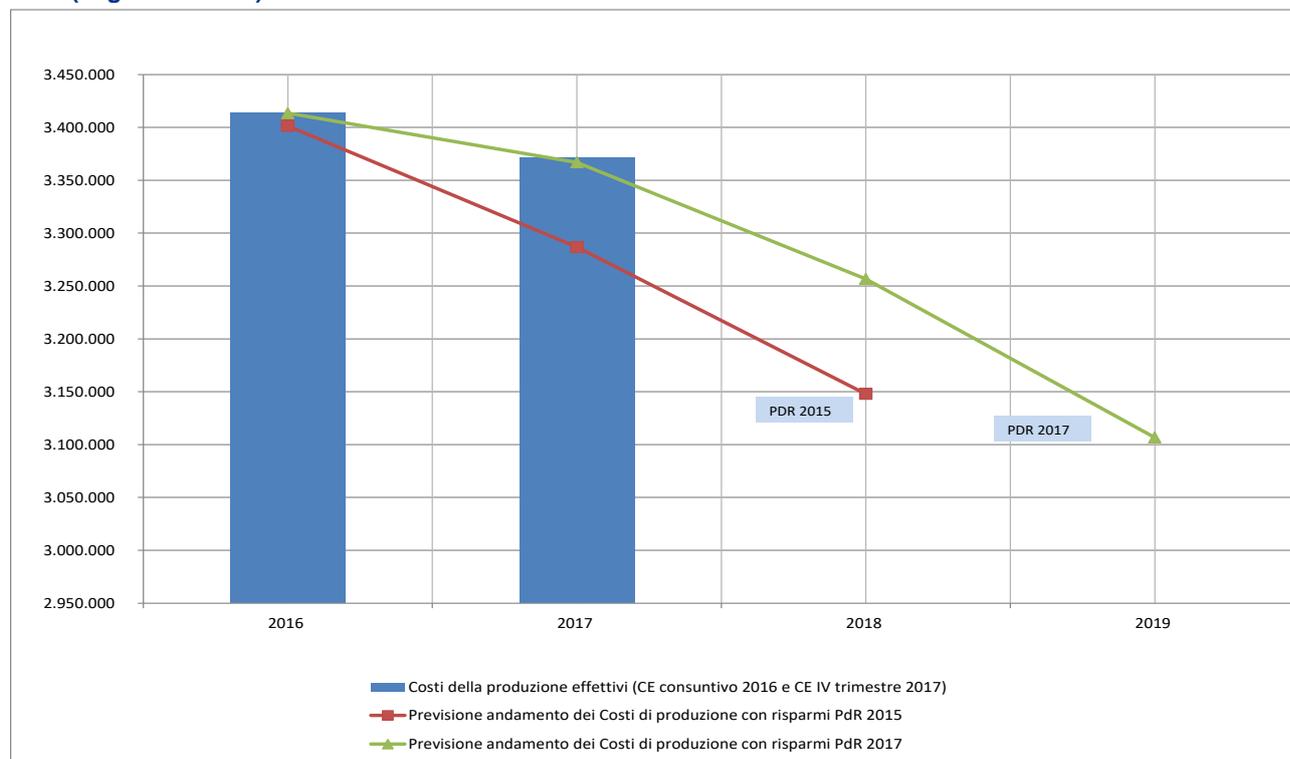
Il Piano di razionalizzazione e i Programmi operativi: risultati conseguiti negli anni 2016 - 2017

Il grafico di seguito riportato mostra l'andamento dei costi di produzione nei Piani di rientro approvati nel 2015 e 2017 ed il livello dei costi di produzione effettivi nel 2016 e 2017.

Giova premettere che i Piani formulati nel 2015 e nel 2017, nonché il Piano approvato con questa deliberazione, partono dall'assunto che non si registrino tra un anno e l'altro incrementi di costo di natura straordinaria. Tali ultimi costi hanno determinato nel 2015 e nel 2016 un incremento del disavanzo rispetto a quello programmato e l'esigenza di destinare, nel triennio 2018 – 2020, maggiori risorse nel bilancio regionale.

I costi di natura straordinaria, sui quali ha fortemente inciso l'immissione in commercio dei farmaci innovativi ad alto costo, sono stati inoltre generati da anomalie nella erogazione della spesa delle gestioni pregresse, quali ad esempio le improprie proroghe delle procedure di gara per gli acquisti di beni e servizi, con incremento dei costi di approvvigionamento e imputazione degli stessi in esercizi successivi rispetto a quelli di competenza.

Figura 2: Costi della produzione effettivi e previsti nei Piani di riorganizzazione e riqualificazione 2015 e 2017 (migliaia di euro)



Ciò premesso, si riportano di seguito i dati relativi all'evoluzione dei piani.

Tabella 1 – Piano 2015

	PdR iniziale (delibera 63/24 2015)				Risparmi Realizzati		Differenza Realizz/prev 2016
	2016	2017	2018	Totale			
AZIONI							
Area Tematiche 4- Rapporti con gli erogatori							
Riqualficazione rete dei laboratori	500.000	1.500.000	3.000.000	5.000.000	1.500.000		1.000.000
Revisione tariffe e contestuale decurtazione dei budget	3.000.000	7.400.000	7.400.000	17.800.000	0		-3.000.000
Contenimento spesa dialisi	750.000	1.000.000	1.000.000	2.750.000	742.000		-8.000
Riorganizzazione rete servizi di radiologia	300.000	3.000.000	3.000.000	6.300.000	0		-300.000
Area tematica 5 - Cure primarie e reti territoriali							
Riorganizzazione rete cure primarie	0	0	0	0	0		0
Area tematica 6 - Riorganizzazione della rete ospedaliera							
Riordino rete ospedaliera	400.000	55.000.000	55.000.000	114.000.000	0		-4.000.000
Area tematica 8 - Ridefinizione delle regole del sistema							
Governo dei processi gestionali (Assetto ASL, gestione per budget degli ospedali)		400.000	11.000.000	11.400.000	0		0
Riduzione della spesa per il personale	8.000.000	1.000.000	2.000.000	11.000.000	8.227.000		227.000
Revisione sistema acquisti	10.000.000	15.000.000	22.000.000	47.000.000	0		-10.000.000
Riorganizzazione logistica fornitura farmaci (Hub unico)		12.000.000	6.000.000	18.000.000	0		0
Azioni sistematiche sui profili prescrittivi	16.000.000	14.000.000	10.000.000	40.000.000	21.997.000		5.997.000
Altri risparmi spesa farmaceutica ex DGR 63/24 del 15/11/2015 e DGR 15/9 del 21/03/2017	20.053.000	12.400.000	11.400.000	43.853.000	18.017.000		-2.036.000
Altri risparmi del sistema legati alla revisione dei meccanismi di finanziamento degli extra LEA	0	0	0	0	0		0
Controllo appropriatezza prescrittiva prestazioni di specialistica		4.000.000	7.000.000	11.000.000	0		0
Altri risparmi per riduzione degli oneri diversi di gestione	0	0	0	0	0		0
Totale Risparmi per anno	62.603	126.700	138.800	328.103	50.483.000		-12.120.000
Totale risparmi cumulati	62.603						

Nel suo primo anno di operatività il Piano di riorganizzazione e riqualificazione del SSR ha raggiunto l'80% del valore degli obiettivi di risparmio assegnati. Le criticità di realizzazione maggiori sono ascrivibili agli acquisti: come detto sopra, a fronte dell'attesa razionalizzazione della spesa, sono al contrario emersi nuovi costi derivanti da proroghe improprie, manifestatisi nell'anno a seguito dei processi di incorporazione.

Sono stati realizzati importantissimi risparmi sulla spesa farmaceutica, in particolare le azioni sulla convenzionata hanno prodotto circa 22 milioni di euro di risparmi, mentre le altre azioni individuate nella deliberazione 63/24 hanno determinato oltre 18 milioni di risparmi sui 20 previsti. In totale, le azioni sulla farmaceutica hanno portato a 40 milioni di euro di risparmi nel 2016. Tali risparmi hanno consentito alla Regione di affrontare le maggiori spese per farmaci HCV, pur in assenza di contributi da parte dello Stato.

Il piano sopra descritto, se letto congiuntamente all'andamento dei costi della produzione, è un evidente esempio di come i risparmi realizzati siano stati interamente riassorbiti dagli oneri straordinari di cui si è detto nel presente paragrafo e nel precedente.

Nel 2017, secondo anno di operatività del Piano di riorganizzazione e riqualificazione del Sistema sanitario regionale, adeguato con la deliberazione n. 39/4 del 09.08.2017, sono stati prodotti 41,8 milioni di euro di risparmi, pari all'89,6% degli obiettivi assegnati per l'anno.

Tabella 2 – Piano 2017

	Aggiornamento 2017 (delibera 39/4 2017)					Totale	Risparmi Realizzati		Differenza Realizz/prev
	2.016	2.017	2.018	2.019					2.017
AZIONI									
Area Tematiche 4- Rapporti con gli erogatori									
Riqualificazione rete dei laboratori	1.500.000	0	1.500.000	1.500.000		4.500.000	0		0
Revisione tariffe e contestuale decurtazione del budget	0	3.000.000	7.400.000	3.000.000		13.400.000	0		-3.000.000
Contenimento spesa dialisi	742.000	500.000	1.000.000	0		2.242.000	0		-500.000
Riorganizzazione rete servizi di radiologia	0	0	3.000.000	3.000.000		6.000.000	0		0
Area tematica 5 - Cure primarie e reti territoriali									
Riorganizzazione rete cure primarie	0	0	0	0		0	0		0
Area tematica 6 - Riorganizzazione della rete ospedaliera									
Riordino rete ospedaliera	0	0	38.000.000	76.000.000		114.000.000	0		0
Area tematica 8 - Ridefinizione delle regole del sistema									
Governo dei processi gestionali (Assetto ASL, gestione per budget degli ospedali)	0	500.000	10.900.000	0		11.400.000	2.016.000		1.516.000
Riduzione della spesa per il personale	8.227.000	4.500.000	0	0		12.727.000	2.987.000		-1.513.000
Revisione sistema acquisti	0	10.000.000	12.000.000	25.000.000		47.000.000	-1.030.000		-11.030.000
Riorganizzazione logistica fornitura farmaci (Hub unico)	0	0	6.000.000	6.000.000		12.000.000	0		0
Azioni sistematiche sui profili prescrittivi	21.997.000	6.000.000	10.000.000	0		37.997.000	12.000.000		6.000.000
Altri risparmi spesa farmaceutica ex DGR 63/24 del 15/11/2015 e DGR 15/9 del 21/03/2017	18.017.000	20.400.000	11.400.000	0		49.817.000	-4.217.000		-24.617.000
Altri risparmi del sistema legati alla revisione dei meccanismi di finanziamento degli extra LEA	0	0	0	23.447.000		23.447.000	0		0
Controllo appropriatezza prescrittiva prestazioni di specialistica	0	0	4.000.000	7.000.000		11.000.000	0		0
Altri risparmi per riduzione degli oneri diversi di gestione	0	1.728.000	5.000.000	5.000.000		11.728.000	30.129.000		28.401.000
Totale Risparmi per anno	50.483.000	46.628.000	110.200.000	149.947.000		357.258.000	41.885.000		-4.743.000
Totale risparmi cumulati	50.483.000	97.111.000	207.311.000	357.258.000					

Larga parte dei risparmi sono stati ottenuti dalla riduzione degli oneri di gestione, derivanti dal processo di complessiva revisione organizzativa imputabile alla costituzione dell'ATS, mentre i risparmi sulla spesa farmaceutica hanno subito un consistente rallentamento a causa dell'incremento della spesa per l'acquisto di farmaci ospedalieri (ad esempio, dei farmaci oncologici). Permangono infine le difficoltà relative al sistema degli acquisti, già descritti in precedenza. Per il 2017 non erano invece previsti risparmi derivanti dalla attivazione dell'HUB unico del farmaco: un confronto con le altre Regioni ha infatti portato ad una più corretta quantificazione degli effetti del processo di razionalizzazione e di conseguenza alla rideterminazione dei risparmi derivanti dall'attivazione dell'HUB, la cui organizzazione è stata posticipata, in prima battuta, al 2018.

I mancati risparmi relativi all'area tematica 4, derivanti dalla revisione delle tariffe, non hanno potuto essere conseguiti a causa della esigenza di attendere l'adozione del provvedimento nazionale di revisione delle stesse coerente con il DPCM 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza), che ha determinato un ritardo nella approvazione della deliberazione della Giunta regionale.

Nel complesso tuttavia i risparmi mostrati nella Tabella 2, hanno avuto un impatto maggiormente positivo sul disavanzo del servizio sanitario, per effetto del contenimento delle partite straordinarie.

Ambito di programmazione

L'esecutivo regionale ha dato avvio alla riforma della rete ospedaliera e territoriale, con i seguenti provvedimenti:

- DGR n. 38/12 del 28.7.2015;
- DGR n. 6/15 del 2.2.2016;
- DGR n. 60/2 del 2.12.2015.

Il processo di riforma si è completato con l'approvazione da parte del Consiglio regionale, nella seduta del 25 ottobre 2017, della ridefinizione della rete ospedaliera regionale

A fianco a tali interventi sono state impartite specifiche disposizioni in materia di organizzazione e gestione del personale. In particolare si precisa che:

- con DGR n. 23/7 del 12.5.2015 sono state impartite dalla Giunta regionale indicazioni operative agli enti ed aziende del SSR in materia di contenimento della spesa relativa al personale, piano di superamento del precariato, proroga graduatorie concorsuali e attivazione procedure di mobilità ex art. 30 D.Lgs. n. 165/2001;
- con DGR n. 43/09 del 1/09/2015 sono stati dettati dalla Giunta regionale indirizzi e disposizioni in materia di contenimento della spesa per il personale ed è stato disposto il blocco del turnover;
- con DGR n. N. 1/12 del 12.1.2016 sono state impartite le prime linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende del SSR che tuttavia non potranno dispiegare appieno efficacia in assenza dell'approvazione da parte del Consiglio regionale della nuova rete ospedaliera;
- con successiva DGR n. 45/35 del 2.8.2016 sono state impartite ulteriori disposizioni in materia di stabilizzazione del personale precario del SSR ai sensi del D.P.C.M. 6 marzo 2015, attuativo dell'articolo 4, comma 10, del decreto legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito nella L. 30 ottobre 2013, n. 125 e si è provveduto al recepimento delle linee guida adottate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 30 luglio 2015;
- con DGR n. 67/6 del 16.12.2016 sono state emanate direttive e linee di indirizzo in materia di personale e, in particolare, di definizione dei nuovi fondi contrattuali del personale;
- Sono stati dettati indirizzi per l'adozione degli atti aziendali delle Aziende del SSR con i seguenti atti deliberativi:
 - DGR n. 22/31 del 3.5.2017 concernente "Indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale dell'Azienda per la tutela della salute (ATS). Approvazione preliminare";
 - DGR n. 29/1 del 16.6.2017 concernente "Indirizzi per l'adozione dell'atto aziendale dell'Azienda per la tutela della salute (ATS). Approvazione definitiva";
- Gli atti aziendali sono stati oggetto di approvazione con i seguenti provvedimenti:
 - DGR n. 42/2 del 11.9.2017 concernente "Verifica di conformità dell'Atto aziendale della Azienda per la tutela della Salute";
 - DGR n. 42/4 del 11.9.2017 concernente "Verifica di conformità dell'Atto aziendale della Azienda ospedaliera G. Brotzu";
 - DGR n. 42/3 del 11.9.2017 concernente "Verifica di conformità dell'Atto aziendale della Azienda ospedaliero universitaria di Sassari";
 - DGR n. 42/1 del 11.9.2017 concernente "Verifica di conformità dell'Atto aziendale della Azienda ospedaliero universitaria di Cagliari";
- Con i seguenti provvedimenti si è dato avvio all'AREUS:
 - DGR n. 49/53 del 27.10.2017 concernente "Nomina del Direttore generale dell'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS). L.R. n. 17/2016, art. 16, comma 21";
 - DGR n. 55/10 del 13.12.2017 concernente "Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Legge regionale 17 novembre 2014, n. 23. Direttive e linee di indirizzo per l'avvio dell'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS)".

- Al fine di rendere coerente la dimensione dell'organico con l'organizzazione della nuova rete ospedaliera regionale, con la DGR n. 27/3 del 29.05.2018 sono state impartite le seguenti direttive:
 - il limite relativo al personale appartenente ai ruoli amministrativo e professionale stabilito dalla deliberazione n. 1/12 del 12.1.2016 per l'ATS è stato innalzato al 10,5% della dotazione organica complessiva;
 - il limite relativo al personale appartenente ai ruoli amministrativo e professionale stabilito dalla deliberazione n. 1/12 del 12.1.2016 per l'AO Brotzu e le AOU di Cagliari e Sassari è stato fissato al 7% e, per le AOU, è stato stabilito che nel computo di tale limite il personale universitario sia conteggiato nella misura di un terzo;
 - detti limiti rappresentano altrettanti valori tendenziali di programmazione e possono essere superati dalle Aziende sanitarie, nelle more della piena attuazione delle disposizioni dettate dalla L.R. n. 17/2016, nel rispetto dei target di contenimento della spesa sanitaria stabiliti dalla Giunta regionale con deliberazione n. 23/6 del 8.5.2018;
 - gli eventuali esuberanti di personale dei ruoli amministrativo e professionale rispetto ai limiti sopra descritti dovranno essere gestiti attraverso la mobilità tra Aziende del SSR o gradualmente riassorbiti attraverso le cessazioni per quiescenza;
 - l'AO Brotzu e le AOU di Cagliari e Sassari, nel caso in cui espletate le procedure di mobilità risultino possedere una dotazione di personale dei ruoli amministrativo e professionale inferiore al 7%, possano procedere all'assunzione di personale in tali ruoli, a invarianza di costo per il SSR nel suo complesso;
 - l'ATS non potrà riconvertire né colmare il contingente necessario ai fini dell'adeguamento delle dotazioni organiche delle Aziende ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie e i processi assunzionali dovranno essere gestiti dalle aziende in forma coordinata;
 - è stato approvato lo sblocco totale del turnover del personale amministrativo, professionale e tecnico disposto con la Delib.G.R. n. 43/9 del 1.9.2015 e confermato successivamente con la Delib.G.R. n. 7/16 del 13.2.2018, nel rispetto dei vincoli di spesa imposti dalla vigente normativa nazionale e regionale;

1.1 Tendenziali e programmatici 2018-2020

Il Programmatico 2018-2020 è stato costruito sulla base di quanto previsto nel Tendenziale 2018 e 2019 cui sono state applicate le stime degli impatti economici delle azioni programmate.

Le manovre riepilogate nel quadro sinottico di riepilogo del presente capitolo sono poi esplicitate negli specifici paragrafi oggetto di tale documento.

Essendo ancora in corso la chiusura dei dati di Consuntivo per l'anno 2018, si è utilizzato per esso il dato di Consuntivo 2017.

Il prospetto con il dettaglio della confluenza delle singole voci CE è riportato nell'allegato 2.

RICAVI 2018 - 2020

A1.1 - Contributi in c/esercizio indistinti

Per l'anno 2018 il FSR indistinto è pari a quanto indicato nella proposta per il Riparto raggiunta dalla Conferenza delle Regioni in data 26/07/2018, che prevede un importo (AA0030) per la Regione Sardegna di 2.970 mln/€ al lordo della mobilità pari 82.271 mln/€.

La Regione Sardegna ha inoltre stanziato a titolo di risorse aggiuntive extra fondo (AA0080) 242 mln/€.

Per gli anni 2019 e 2020 il FSR indistinto è stato stimato applicando la quota di accesso regionale pari al 2,74% alla stima (in incremento) del FSN proposta dalla Conferenza. Il valore iscritto in AA0030 al lordo della mobilità stimata (vedi dopo) è pari a 2.998 mln/€. Per quanto riguarda la quota di risorse aggiuntive extra fondo (AA0080 – aggregato I della tabella di sintesi di cui sopra) gli importi sono stati stimati nella misura di 212 €/mln per il 2019 e 218 €/mln per il 2020.

A1.2 - Contributi in c/esercizio a destinazione vincolata

Nel triennio 2018 – 2020 il FSR Vincolato è stato stimato pari al valore di 6,8 mln/€ riportato nell'ultima proposta di Riparto.

A2 - Entrate Proprie

Per le voci "A2.1 Ulteriori contributi", "A2.2 Ticket", "A2.3 Ricavi intramoenia", "A2.4 Altre entrate proprie" nel triennio 2018 – 2020 sono stati riportati i valori di Consuntivo 2017 ad eccezione della voce "AA0920 Ulteriore Pay Back" che riporta la quota di competenza per l'anno 2018 con un valore inferiore a quello del consuntivo 2017.

A3 – Costi capitalizzati

Per gli anni 2018 – 2020 per la valorizzazione della voce Costi capitalizzati sono stati seguiti i criteri definiti dal D.lgs 118/2011 e si è stimato un valore in aumento rispetto al Consuntivo 2017 di +1,4 mln/€ nel 2018 e + 7,8 mln/€ nel 2019 e 2020. Il maggior valore è stato stimato in funzione del trend di miglioramento previsto rispetto alla capacità di sterilizzazione intercorsa nel triennio precedente, che lascia presupporre un aumento della voce di conto AA0980 A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio, che nel biennio 2019-2020 dovrebbe assestarsi intorno ai 63.878€/mgl pari a circa il 94% del totale degli ammortamenti per il 2019 e al 91% per il 2020.

A4 - Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti

La voce accoglie la quantificazione degli effetti derivanti dall'applicazione dell'art.29, comma 1, lettera b) del D. Lgs. 118/2011, così come modificato dall'art.1, comma 36 della L.228/2012. Per i Tendenziali 2018, 2019 e 2020 l'importo, in sostanziale decremento rispetto al Consuntivo 2017, è stato stimato sulla base delle analisi condotte sui Piani di Investimento Aziendali e sull'analisi dei contributi in conto capitale per investimenti presunti nel triennio 2018-2020. Il valore delle rettifiche dei contributi in c/esercizio nel 2018 si assesta intorno agli 11.000 €/mgl rispetto ai 37.000 €/mgl del Consuntivo 2017 a causa del congiunto effetto derivante dalla riduzione degli Investimenti nel 2018 e dalla diminuzione della spesa per investimenti in conto esercizio a favore delle uscite per investimenti in conto capitale.

Nel 2019 e nel 2020 il trend del minor utilizzo del contributo in conto esercizio per gli investimenti si mantiene costante in diminuzione, unitamente ad un aumento sostanziale, tuttavia, degli investimenti nel biennio 2019-2020. Questo duplice effetto contrario genera sia un aumento dei contributi in conto

esercizio (per l'aumento generale degli investimenti) sia una sua riduzione (a causa della ulteriore e sostanziale diminuzione del ricorso ai contributi in c/esercizio per gli investimenti) e pertanto si è ritenuto di mantenere la stima del medesimo valore per le rettifiche di contributi in conto esercizio per il biennio 2019 – 2020 pari a circa 11.000 €/mgl.

COSTI 2018 - 2020

B1 - Personale

Nei Tenzionali degli anni 2018 - 2020, il costo del personale è stato costruito partendo dal valore consuntivo 2017 incrementato dell'importo dovuto al personale del comparto a seguito della firma del nuovo contratto per il triennio economico 16-18. Tale importo è stato stimato in circa 22 €/mln. Per l'area delle dirigenza, in vacanza di rinnovo contrattuale, il costo è stato stimato in misura pari a quanto iscritto a consuntivo 2017, si tiene inoltre conto del ricalcolo dei fondi contrattuali dell'AOU di Sassari.

AREA FARMACO (B2 – Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati e C2 – Farmaceutica Convenzionata)

La voce “Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati” per il triennio 2018-2020 presenta un trend di crescita che porta ad un incremento di costo rispetto al consuntivo 2017 pari a 7,7 mln/€ per il 2018, 17,4 mln/€ per il 2019 e 28,9 mln/€ per il 2020. La stima dell'aumento di costo è stata determinata applicando un tasso di crescita calcolato sulle serie storiche dei dati di consumo del triennio precedente.

La voce “Farmaceutica Convenzionata” presenta un trend di riduzione del costo a partire dal 2019. La riduzione rispetto al valore consuntivo 2017 è pari a 8,2 mln/€ per il tendenziale 2019 e pari a 12,2 mln/€ per il tendenziale 2020.

AREA BENI E SERVIZI (B3 – Altri beni sanitari, B4 – Beni non sanitari, B5 – Servizi non sanitari, B6 – Servizi sanitari e B7 - Manutenzioni)

Per l'aggregato di voci di costo relativo ai beni e servizi compresa la voci “Manutenzione” è stato applicato per il triennio 2018-2020 l'incremento del tasso d'inflazione programmato (TIP) stimato al 2% nel 2018 e al 1% negli anni 2019 e 2020. Più precisamente i valori per il Tendenziale 2018 sono stati costruiti a partire dal Consuntivo 2017 mentre per i costi dei Tenzionali 2019 e 2020 il TIP è stato applicato ai valori riportati nei tendenziali degli anni precedenti:

B8 – Godimento beni di terzi e B9 –Oneri diversi di gestione

Per le voci “Godimento beni di terzi” e “Oneri diversi di gestione” per il triennio 2018-2020 i costi sono stati costruiti a partire dei valori del Consuntivo 2017 incrementati del TIP (2% nel 2018, 1% nel 2019 e 2020)

B10 –Ammortamenti

Per le voci “Ammortamenti” per il triennio 2018-2020 sono stati riportati i seguenti valori di Ammortamenti Totali, tendenziali e programmatici (dati in €/Mgl):

TOTALE AMMORTAMENTI		
2018	2019	2020
64.846,74	67.731,97	69.890,88

La quantificazione prende le mosse da un'analisi dei valori del Consuntivo 2017 e del successivo Piano degli Investimenti 2018-2020. I valori sono stati stimati applicando agli investimenti circoscritti al triennio '18-20 un'aliquota flat del 3% in aumento sull'ammontare degli ammortamenti (dal momento che la quasi totalità dei nuovi investimenti si riferisce a migliorie ed interventi manutentativi sui fabbricati delle Aziende Sanitarie Regionali, ammortizzabili al 3%) unitamente ad una diminuzione stimata al 12,5% dell'ammontare degli ammortamenti (aliquota media per impianti e macchinari) dal momento che i fabbricati originari allo 01.01.1998, ammortizzati al 3%, saranno ancora indiscutibilmente ammortizzati nelle annualità 2018 – 2020 mentre si suppone che quelli per impianti e macchinari, saranno anno per anno, dismessi.

B11 –Accantonamenti

Il dato tendenziale nel triennio 2018-2020 per la macro-voce prevede un incremento rispetto ai valore del Consuntivo 2017. Tale incremento è dovuto alla rideterminazione della quota di accantonamenti

per i rinnovi contrattuali del personale dipendente applicando l'aliquota (3,48%) prevista dalla circolare MEF n. 33 del 20 dicembre 2017. Si specificano di seguito gli impatti della rideterminazione della voce a tendenziale:

- Tendenziale 2018: il differenziale rispetto agli accantonamenti rilevati a Consuntivo è pari a 5,8 € milioni dovuto ai maggiori accantonamenti stimati per il personale dirigente pari a 19,6 mln/€ parzialmente compensato dall'azzeramento degli accantonamenti sul comparto che nell'anno 2018 sono stati contabilizzati a costo di competenza del personale;
- Tendenziali 2019 e 2020: il differenziale rispetto agli accantonamenti del Consuntivo 2017 è pari a 27,7 mln/€ dovuto ai 19,6 mln/€ di accantonamenti per il personale dirigente (posti uguali al Tendenziale 2018) e ai 21,8 mln/€ di accantonamenti del personale del comparto il cui contratto è in scadenza al 31/12/2018.

B12 –Variazioni rimanenze

Per le voci "Variazioni rimanenze per il triennio 2018-2020 sono stati riportati i valori di Consuntivo 2017

C –Costi esterni

Per le voci relative a "C1-Medicina di base", "C3-Prestazioni da privato ospedaliera", "C4 – Prestazioni da privato Ambulatoriale", "C5 – Prestazioni da privato – Riabilitazione extra ospedaliera" e "C9 – Prestazioni da pubblico" è stato considerato il valore del consuntivo 2017.

Per le voci relative a "C6 – Trasporti sanitari da privato" "C7 – Assistenza integrativa e protesica da privato" e "C8 – Prestazioni da privato – altro" è stato considerato l'incremento del tasso d'inflazione programmato pari al 2% nel 2018 e all'1% negli anni 2019 e 2020.

E1–Saldo della gestione finanziaria

I valori per il triennio 2018-20 sono stati costruiti prendendo come riferimento i saldi del Consuntivo 2017.

E2–Oneri fiscali e E3 - Saldo della gestione straordinaria

Per l'aggregato di voci di costo relativo a "Oneri fiscali" e "Saldo della gestione straordinaria" sono stati riportati per il triennio 2018-2020 i valori di Consuntivo 2017 ad eccezione dell'IRAP il cui valore è stato rideterminato in funzione dell'andamento del costo del personale, in tendenziale incremento per effetto dei rinnovi contrattuali del comparto. L'importo è stato determinato nella misura del 8,5% del valore totale del personale stimato nel tendenziale 2018.

Con riferimento agli oneri e i proventi straordinari il tendenziale del triennio 2018 - 2020 è stato costruito come segue:

- le sopravvenienze attive e passive sono state decrementate nella misura del 50% (sopravvenienze attive) e 10% (sopravvenienze passive). Il decremento è dovuto al combinato disposto di una maggiore efficienza amministrativa nell'accertamento per competenza e al venir meno di operazioni straordinarie e non ricorrenti verificatesi nel 2017 e non preventivabili negli anni di programmazione
- le insussistenze attive e passive e le minusvalenze sono state mantenute ai livelli del consuntivo 2017

G - Saldo mobilità

L'importo del saldo di mobilità extra regionale a tendenziale 2018 è pari circa 82 €/mln in coerenza con quanto definito dall'Intesa Stato Regioni del 26 Luglio 2018. (CSR 59e60/2018 del 26/07/2018).

Gli importi di mobilità attiva e passiva e il conseguente valore di saldo per gli anni 2019 e 2020 (rispettivamente 70 €/mln e 67 €/mln) sono stati posti pari allo stanziamento previsto nel bilancio regionale.

Sintesi delle manovre - Dati in €/mgl	2018	2019	2020
Risultato Economico Tendenziale	12.156	34.000	43.431
Governo dei processi gestionali (Assetto ASL, gestione per budget)	4.600	6.600	16.600
Riqualificazione della rete dei laboratori	-	700	2.400
Riqualificazione della rete di radiologia	-	820	820
Revisione delle tariffe delle prestazioni specialistiche	-	6.000	6.000
Controllo appropriatezza prescrittiva prestazioni di specialistica	-	4.000	11.000
Revisione sistema acquisti	8.919	21.419	33.919
Riorganizzazione logistica fornitura farmaci (Hub unico)	-	6.000	12.000
Altri risparmi spesa farmaceutica ex DGR 63/24 del 15/11/2015 e DGR 15/9 del 21/03/2017	11.076	16.076	21.076
Esame e discussione con i prescrittori dei profili prescrittivi	11.000	16.000	16.000
Riduzione contratti atipici, prestazioni aggiuntive, SUMAI	899	3.162	4.808
Implementazione modello organizzativo AREUS	-	3.750	5.500
Riordino della rete ospedaliera - gestione del personale	- 24.338	- 49.735	- 78.187
Riqualificazione reti a carattere socio assistenziale	-	- 792	- 8.505
Risultato Economico Programmatico	-	-	-

Di seguito si rappresentano in sintesi le manovre e i relativi impatti economici meglio argomentate nei paragrafi che seguono, la cui dinamica ha determinato la costruzione dei Programmatici 2018 – 2020, a partire dai relativi Tendenziali:

Il Programma Operativo 2018-2020 intende finalizzare il completamento di quegli interventi solo parzialmente attuati durante la vigenza del Piano di cui alla DGR n. 63/24 del 15.12.2015 e s.m.i.

L'intero piano di razionalizzazione genera complessivamente risparmi per circa 146 milioni di euro per l'arco temporale 2018 – 2020. Le economie sono soltanto parzialmente compensate da incrementi dovuti in modo pressoché esclusivo alle azioni di riordino della rete ospedaliera (pari a circa 60 milioni).

A tal proposito gli effetti dell'azione *“Riordino della rete ospedaliera”* menzionata nella tabella di cui sopra rappresentano un combinato disposto della valorizzazione delle economie conseguibili per effetto di accorpamenti e razionalizzazione delle attività produttive e dei maggiori costi da sostenere per dotare le strutture operative della rete del personale necessario e per gli interventi di manutenzione.

2. Area: Governo del Sistema

Programma 1: Governance del PO

Il primo programma, come indicato dalle linee guida ministeriali, ha le seguenti finalità:

- Individuazione della struttura regionale che sovrintenda all'attuazione dell'intero Programma Operativo con specificazione delle strutture ad essa subordinate;
- Azioni di potenziamento dell'attività di monitoraggio del Programma Operativo;
- Azioni volte a favorire una più stringente attività di supporto alla struttura che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo da parte di enti strumentali della regione per il Servizio sanitario regionale;
- *Governance* dei rapporti con gli organi istituzionali della regione con riferimento alla coerenza degli atti da questi assunti con gli obiettivi del Programma Operativo / rimozione provvedimenti in contrasto con il Programma Operativo.

Governance del PO: valorizzazione manovre (euro / milioni) *	2018	2019	2020
Individuazione della struttura regionale che sovrintenda all'attuazione dell'intero Programma Operativo con specificazione delle strutture ad esso subordinate	-	-	-
Potenziamento dell'attività di monitoraggio del Programma Operativo	-	-	-
Messa a punto dei flussi informativi	-	-	-
Responsabilità delle ASR relativamente all'attuazione del Programma Operativo			
Azioni volte ad una maggiore razionalizzazione, omogeneizzazione ed integrazione dei sistemi informativi aziendali con i sistemi centrali	-	-	-

Costruire un assetto di *governance* robusto ed efficiente è condizione essenziale per governare in modo finalizzato il SSR. Con il Programma Operativo 2018-2020, appare necessario sancire in maniera chiara e inequivocabile il sistema di *governance* del SSR in modo da individuare tre soli livelli decisionali per l'intero sistema:

- La Giunta regionale, l'Assessore regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale e l'Assessore della Programmazione, bilancio, credito e assetto del territorio che svolgono un ruolo preminente sulle politiche di sistema. La Giunta regionale svolge nei confronti delle aziende sanitarie regionali le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo. La Direzione generale della sanità, che ha il compito di garantire l'assistenza tecnica all'Assessore ed alla Giunta Regionale, per l'esercizio delle funzioni di programmazione sanitaria, la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, il monitoraggio e la verifica sulla realizzazione dei programmi.
- Le Aziende sanitarie regionali (di seguito ASR) che rappresentano i soggetti cui è affidata la tutela e promozione della salute sul territorio e la continuità assistenziale. Ogni direzione aziendale assume pertanto un mandato che implica il perseguimento degli obiettivi generali e specifici, attraverso la ricerca di interventi efficaci e sostenibili.
- Le ASR partecipano alla programmazione di sistema, riportando alla programmazione regionale le esigenze specifiche e contestuali ad una visione complessiva e multidimensionale a garanzia dell'equità ed appropriatezza dei servizi, nonché della razionalizzazione³⁰ dei fattori produttivi. I flussi informativi a supporto di tali processi - opportunamente codificati, condivisi, validati e tradotti in indicatori - potranno permettere alla programmazione regionale di fondarsi su valutazioni sanitarie, tecniche ed economiche basate su evidenze oggettive.

³⁰ In merito a queste azione che non rappresenta una manovra risulta complesso quantificare un effettivo risparmio economico/finanziario rappresentando interventi di carattere di governo, gestione e controllo messe in campo dalla Regione

- Al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi definiti nel Programma Operativo, si ritiene fondamentale il rafforzamento delle strutture di governo del Sistema Sanitario Regionale. L'obiettivo è rafforzare la capacità dell'Assessorato di presidiare tutte le aree indicate nel Programma Operativo 2018-2020, in modo da assicurare una guida alle azioni delle singole aziende e un efficace controllo sui risultati attesi. Le azioni previste dal presente Programma Operativo sono fortemente integrate fra loro nel perseguire l'obiettivo di un migliore utilizzo delle risorse, con risparmio in termini di razionalizzazione della spesa del SSR. Tali azioni esigono il coinvolgimento della Direzione Sanità dell'Assessorato, in modo tale che possa esercitare un'azione trainante di programmazione, monitoraggio e controllo.

Intervento 1.1: Individuazione della struttura regionale che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo con specificazione delle strutture ad essa subordinate.

La struttura regionale che sovrintende all'attuazione dell'intero Programma Operativo del PdR è il Comitato permanente di monitoraggio dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie, e della qualità dei livelli essenziali di assistenza erogati, costituito con Deliberazione della Giunta Regionale n. 38/27 del 30 settembre 2014.

Le attività di verifica sono già attualmente effettuate con cadenza almeno trimestrale, salvo verifiche straordinarie per la valutazione dei bilanci preventivi e consuntivi e, con cadenza di norma semestrale, per la valutazione globale dei livelli essenziali di assistenza. Il Comitato permanente di monitoraggio è composto dal Presidente della Regione o da un suo delegato, dall'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale o da un suo delegato, dall'Assessore della Programmazione, Bilancio, Credito e Assetto del Territorio o da un suo delegato, dal Direttore generale della Sanità e da tre tecnici operanti presso l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Il Comitato permanente, oltre alle funzioni individuate nella DGR 38/27, è chiamato a verificare il rispetto delle azioni dei Piani Operativi del PdR e dei tempi di attuazione, nonché dei risultati conseguiti. Rispondono al tavolo e sono a questo subordinati, tutti i servizi della Direzione Generale della Sanità.

Gli esiti delle attività svolte dal Comitato permanente di monitoraggio sono trasmessi alle aziende sanitarie, all'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, all'Assessore della Programmazione, Bilancio, Credito e Assetto del Territorio e al Presidente della Regione.

Risultati programmati

- Garanzia della puntualità, della completezza e della coerenza degli interventi e delle azioni previste dal Programma Operativo 2018-2020, evitando le criticità che hanno caratterizzato la gestione del Piano del 2015 e s.m.i.

Indicatori di risultato

- Adeguamento della composizione del Comitato sulla base dei nuovi assetti organizzativi dell'Assessorato;
- Almeno n° 1 riunione del Tavolo al mese;
- Livello di attuazione dei Programmi Operativi;

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Generale della Sanità.

Intervento 1.2: Potenziamento dell'attività di monitoraggio del Programma Operativo

È necessario proseguire nell'azione di potenziamento delle specifiche funzioni di controllo contabile e gestionale, e di verifica dei flussi informativi. Si rileva come, già a partire dal 2015, sia stata avviata una attività di controllo dei flussi finanziari che ha consentito in corso d'anno di verificare in maniera abbastanza puntuale l'andamento della spesa. Tuttavia, il processo di fusione delle otto aziende territoriali nella ASL 1 di Sassari e l'istituzione dell'ATS da un lato e l'incorporazione del PO SS. Annunziata nell'AOU di Sassari dall'altro, hanno determinato criticità dal punto di vista della tempestività e della concomitanza delle rilevazioni dei fatti contabili con l'aggiornamento dei CE. Alle gravi criticità di tipo organizzativo legate alla contestuale gestione dei rapporti interaziendali, si è unita l'applicazione del D.lgs. 118/2011 a partire dal 1 gennaio 2015. Tale recepimento ha implicato una serie di interventi di adeguamento dei sistemi contabili che è andato a coincidere, nelle tempistiche, con il riallineamento dei conti e delle anagrafiche ai fini dell'incorporazione delle otto aziende territoriali nell'ATS.

Ad oggi, pertanto, le Aziende sono dotate di un unico piano dei conti e di anagrafiche comuni (es. clienti, fornitori, personale, etc.) ma il sistema informativo non è dotato delle funzionalità necessarie a garantire la reportistica richiesta dal D.lgs. 118/2011 che quindi deve essere prodotta manualmente sia in sede di chiusura dei bilanci che in sede di consolidamento dei conti. Ciò ha determinato un importante carico di lavoro aggiuntivo in capo ai pochi dipendenti coinvolti nelle attività in parola.

Con particolare riferimento alle circolarizzazioni, entrate a regime a partire dal 2016, la Regione Sardegna si è dotata di una funzionalità che consentisse di visualizzare per ciascuna Azienda tutti gli impegni aperti per anno di provenienza in modo tale da consentire, con immediatezza, una quadratura dei ricavi e dei crediti delle Aziende. Tale funzionalità ha favorito un riallineamento della contabilità regionale e di quella aziendale.

Ai fini della governance del Programma Operativo, si ritiene ora necessario che lo stesso sia gestito come momento prioritario e di indirizzo generale e che, proprio dall'attuazione degli interventi e delle azioni previste, discendano i piani di lavoro dei Servizi della Direzione regionale Sanità.

Obiettivo ulteriore è quello di dotare l'Amministrazione di un Sistema di integrazione delle informazioni economico/finanziarie e gestionali che sia in grado di soddisfare le esigenze di analisi dei fenomeni della Sanità Regionale e, di conseguenza, supportare il perseguimento degli obiettivi tipici di un Piano di Rientro (nel seguito, "PdR").

Per rispondere in maniera esaustiva a tali esigenze si potrebbero implementare strumenti quali:

- Analisi e realizzazione di un cruscotto di monitoraggio a supporto della gestione del Piano di Rientro. L'intervento dovrebbe garantire l'analisi integrata dei dati di produzione e di gestione e delle info economico/finanziarie dando evidenza degli scostamenti economico gestionali al fine di identificare aree di criticità
- Realizzazione di un "cruscotto" di monitoraggio dello stato di avanzamento del piano di rientro che consenta di mappare i processi collegandoli agli obiettivi ed ai titolari delle azioni da intraprendere.

Questi strumenti saranno supportati da opportune metodologie di implementazione e messa in esecuzione.

L'attività di monitoraggio riguarderà anche le specifiche competenze e i singoli obiettivi di intervento dei Direttori Generali delle aziende sanitarie e della società in house Sardegna IT fattivamente coinvolta in alcuni interventi specifici. Il Tavolo dovrà quindi presiedere alle attività di coordinamento e indirizzo dei Direttori Generali delle singole aziende sanitarie. A tal fine il responsabile del Tavolo, presiederà le riunioni mensili di coordinamento con i Direttori Generali, tese ad assicurare una sollecita e puntuale attuazione degli interventi del Programma Operativo.

Gli strumenti organizzativi dedicati non comportano oneri aggiuntivi.

Azione 1.2.1: Implementazione del monitoraggio contabile e gestionale

Per perseguire gli obiettivi del Piano la Regione e le Aziende del SSR devono dotarsi di appropriati strumenti e metodologie di gestione e rendicontazione, che permettano di armonizzare i flussi informativi necessari a garantire il monitoraggio regionale continuo delle azioni e degli obiettivi. Il buon esito della *governance* è imprescindibile dalla reale conoscenza a livello regionale dello status economico e gestionale (sanitario e non) delle aziende sanitarie e, in ogni caso, dalla contestuale crescita da parte delle aziende nei processi organizzativi, informativi, contabili e di controllo.

Dal punto di vista regionale è pertanto necessario individuare le modalità per:

- Reimpostare il piano di rientro e il relativo monitoraggio;
- Verificare, anche nelle singole Aziende, l'adeguatezza dei processi (anche informatici) nelle aree contabilità, organizzazione e controllo.

In considerazione di quanto sinteticamente esposto, è intenzione dell'Amministrazione avvalersi di interventi di supporto tecnologico, informativo ed organizzativo finalizzati: all'analisi, sistematizzazione ed eventuale integrazione del patrimonio informativo ad oggi disponibile coerentemente, in prima battuta, con le esigenze di *governance* e monitoraggio indotte dal piano di rientro e, nel medio periodo, per migliorare la conoscenza dei fatti contabili e gestionali a livello aziendale; all'utilizzo di soluzioni informative che consentano di disporre, in un'unica piattaforma regionale, dei dati economici, gestionali e produttivi delle Aziende del SSR raccolti ed integrati secondo logiche e metriche condivise ed omogenee, nonché di monitorare con tempestività l'effettiva realizzazione delle azioni di Piano ed i

risultati effettivamente conseguiti; all'affiancamento operativo e metodologico alla definizione degli obiettivi al fine del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario nonché degli indicatori qualitativi/quantitativi di monitoraggio e del cronoprogramma delle azioni per il loro raggiungimento. Si definiranno e condivideranno alcune specifiche per la "sistematizzazione" delle informazioni da implementare nel sistema monitoraggio. Il modello di monitoraggio del SSR che si intende adottare si basa su metodologie per sviluppare ed applicare la raccolta e l'analisi del patrimonio informativo mediante il quale programmare e monitorare sia l'erogazione dei LEA sia l'equilibrio economico finanziario, di sistema e di singola Azienda.

Il monitoraggio, deve essere realizzato quale momento di verifica delle azioni poste in essere in un'ottica di governo proattivo del sistema e attraverso l'analisi tempestiva di indicatori economici, patrimoniali, finanziari e gestionali di dettaglio dei dati prodotti e rendicontati dalle Aziende del SSR, secondo un modello individuato.

Di seguito si riporta un esempio di quadro sinottico di un set di indicatori economico/finanziari che dovrebbe essere aggiornato e monitorato con cadenza trimestrale³¹

Composizione dell'Attivo e del Passivo		2017	2016	Variazione %
Rigidità degli impieghi	$\frac{\text{Attivo Fisso}}{\text{Totale Attivo}}$	40,1%	44,9%	-10,7%
Elasticità degli impieghi	$\frac{\text{Attivo Corrente}}{\text{Totale Attivo}}$	59,9%	55,1%	8,7%
Dipendenza Finanziaria	$\frac{\text{Passivo consolidato} + \text{Passivo corrente}}{\text{Totale Passivo}}$	56,1%	66,4%	-15,5%
Incidenza del fondo di dotazione	$\frac{\text{Fondo di dotazione}}{\text{Totale Passivo}}$	31,6%	74,7%	-57,7%
Margine di struttura primario	$\text{Patrimonio netto} - \text{Attivo fisso}$	94.915	-239.272	-139,7%
Analisi della situazione finanziaria		2017	2016	Variazione %
Capitale circolante netto	$\text{Attivo corrente} - \text{Passivo corrente}$	499.662	164.568	203,6%
Posizione finanziaria netta	$(\text{Crediti} + \text{Disponibilità liquide} - \text{Debiti})$	356.534	18.363	1841,6%
Posizione finanziaria verso Regione	$(\text{Crediti verso Regione} - \text{Debiti verso Regione})$	656.368	413.269	58,8%
Liquidità primaria	$\frac{\text{Liquidità immediata}}{\text{Passivo corrente}}$	52,4%	40,7%	28,8%
Liquidità secondaria	$\frac{\text{Liquidità immediata} + \text{Liquidità differita}}{\text{Passivo corrente}}$	137,1%	103,9%	31,9%
Margine di tesoreria primario	$\text{Liquidità immediata} - \text{Passivo corrente}$	-473.247	-592.496	-20,1%
Margine di tesoreria secondario	$(\text{Liquidità immediata} + \text{Liquidità differita}) - \text{Passivo corrente}$	368.423	39.134	841,4%

Il monitoraggio, dunque non solo "per atti" è condizione necessaria per il conseguimento dei risultati programmati dai PdR/PO o imposti dalla normativa nazionale. Dagli atti, infatti, devono scaturire le azioni necessarie al conseguimento dei risultati programmati. In tal senso, il PdR deve essere senza dubbio integrato da un monitoraggio cd. "formale" degli atti con un monitoraggio delle azioni che devono conseguire agli atti allo scopo di modificare l'impiego e/o la configurazione dei fattori produttivi e con la misurazione dei risultati conseguiti in termini di riduzione dei costi e/o ribilanciamento delle prestazioni ricevute dagli assistiti. Questo monitoraggio potrà essere "cucito su misura" per ciascuna azione e caratterizzata dalla possibilità per l'utente di concentrarsi di volta in volta su specifiche aree).

L'amministrazione, pur salvaguardando gli investimenti già fatti, intende disporre di sistemi:

³¹ I seguenti Indicatori sono stati calcolati sulla base di dati provvisori e non ancora formalizzati. Si ricorda che in questa tabella di esempio i valori di "Variazione %" sono calcolati in termini di aumenti/diminuzioni percentuali rispetto al valore dell'anno precedente

- Per pianificare e monitorare l'andamento e migliorare l'efficienza generale a supporto della *governance*;
- Per monitorare il rispetto dei tempi e degli adempimenti;
- Per verificare i risultati delle azioni con analisi integrate dei dati di produzione e di gestione e delle informazioni economico/finanziarie;
- Per diffondere e comunicare i risultati raggiunti, le azioni e gli effetti attesi per la realizzazione degli obiettivi.

Risultati programmati

- Garantire il monitoraggio contabile e gestionale degli interventi e delle azioni previste dal Programma Operativo 2018-2020.

Indicatori di risultato

- Adeguamento sistemi informativi
- Elaborazione di un report con cadenza trimestrale.
- Set di indicatori sinottici economico/finanziari con cadenza trimestrale.
- Tempestiva individuazione di criticità in ordine al profilarsi di disallineamenti rispetto alle previsioni dei PO relativi al periodo ed adozione dei necessari provvedimenti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio sistema informativo, affari legali e istituzionali della DG Sanità;
- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, economico finanziaria e controllo di gestione della DG Sanità.

Azione 1.2.2: Implementazione del monitoraggio e della valutazione di impatto

Oltre all'analisi delle principali determinanti dell'attuale situazione economico/patrimoniale e gestionale del SSR, costituirà oggetto dell'analisi di contesto anche la disamina puntuale degli impatti delle misure di governo e delle azioni strutturali già intraprese dalla Regione Sardegna.

L'obiettivo risulta anche quello infatti di affiancare alla valutazione di efficienza ed efficacia delle azioni di Piano previste ovvero già poste in essere dall'Amministrazione Regionale, valutazioni di impatto di altro carattere, ritenendo che tale attività sia fondamentale per supportare la prosecuzione del percorso già intrapreso.

In questo ambito il PdR propone di avvalersi di nuove tecniche di valutazione delle politiche, dei programmi di investimento e dei singoli interventi, che vadano oltre l'analisi delle risorse impiegate rispetto agli outcome realizzati, superando il concetto di efficienza nell'utilizzazione nei fattori produttivi. Saranno definite per tipologie di programma di intervento e/o servizio erogato metodologie di misurazione improntate a principi di oggettività e comparabilità, spostando il focus sul cambiamento generato, sull'effetto e sull'impatto creati.

Le attività di analisi e progettazione svolte in questa fase permetteranno di identificare il miglior modello di valutazione degli impatti dei processi e delle prestazioni da utilizzare. Nello specifico, saranno individuati gli Indicatori più adatti agli oggetti da valutare, sia in termini di programmi, sia in termini di processi e che di prestazioni. L'applicazione del modello di valutazione, ossia nella misurazione degli impatti sui programmi, sugli interventi, sulle macro categorie di processi e prestazioni avverrà seguendo un percorso metodologico che prevede:

- Definizione degli obiettivi di misura;
- Selezione delle fonti dati per la raccolta delle informazioni necessarie;
- Misurazione degli impatti, applicando il modello via via identificato ed il relativo set di KPI, valori target e pesi;
- Valutazione comparata di eventuali alternative (programmi, prodotti, processi);
- Produzione della reportistica e fine tuning del modello di valutazione applicato;
- Risultato della misurazione e della valutazione comparata.

In questa tale fase è fondamentale il coinvolgimento di tutti gli stakeholder interni, così da rilevare in modo esaustivo la molteplicità delle situazioni anche in funzione delle interconnessioni tra processi e tra AA.SS. e Regione.

Risultati programmati

- Garantire il monitoraggio e la valutazione di impatto degli interventi e delle azioni previste dal Programma Operativo 2018-2020.

Indicatori di risultato

- Elaborazione di un modello di valutazione di impatto.
- Set di indicatori sinottici e KPI.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Generale della Sanità.
- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, economico finanziaria e controllo di gestione della DG Sanità.
- Dirigenti della Direzione Generale della Sanità.

Azione 1.2.3: Potenziamento della struttura amministrativa della Direzione Sanità

Per assicurare l'ottimale governo dell'attuazione del Piano di rientro è necessario provvedere ad un adeguato potenziamento della Direzione Generale Sanità.

È importante sottolineare che la grave situazione di sottodimensionamento dell'apparato amministrativo della DG Sanità è stata oggetto di rilievi già dal 2012 senza che sia stato assunto un provvedimento organico volto a sanare le connesse criticità.

Già nel 2011 i rapporti della Corte dei Conti, da ultimo nella deliberazione n.23/2011/SSR- depositata l' 8.4.2011 che testualmente recita *attesi gli impegnativi compiti affidati alle strutture incardinate nella Direzione generale sanità, dovendosene verificare in questa sede il grado di efficienza, soprattutto nelle attività di indirizzo e controllo nei confronti degli enti del sistema ...si devono sollevare alcune problematiche, per quanto di carattere apparentemente solo quantitativo.... Si tratta cioè di valutare la funzionalità dell'apparato assessoriale a far fronte ai compiti in esame attese le sue dotazioni di personale. A tal fine si vuole aggiungere una ulteriore annotazione, in dipendenza di una disamina comparata delle dotazioni dei diversi comparti assessorati della Regione. Infatti, dal documento predisposto per la manovra finanziaria 2011-2013 (volume stato dei costi dell'organizzazione regionale) si ricava il prospetto allegato a pag. 42 il quale espone la consistenza del personale al 31.12.2009 e si possono ricavare le decisioni poste a fondamento dell'assetto organizzativo da parte dell'amministrazione regionale, nonché le eventuali correzioni che si potrebbero rendere necessarie. Certamente non può ignorarsi la consistente divergenza rilevabile tra la dotazione dell'Assessorato alla sanità se confrontate, per esempio, con quelle attribuite all'Assessorato enti locali/pianificazione urbanistica, ovvero quelle attribuite all'Assessorato all'ambiente. Ad avviso la questione va urgentemente affrontata dalla Regione ... a vantaggio di una più razionale distribuzione. Fin d'ora, tuttavia, pare a questa sezione di poter sottolineare l'inadeguatezza delle strutture a disposizione della sanità, con ciò condividendo le preoccupazioni espresse dall'Autorità assessorati sulle difficoltà di funzionamento.*

Altresì la Settima Commissione Consiliare, in sede di parere sui criteri di riparto del FSR tra le aziende sanitarie, si è così espressa *la Commissione, preliminarmente, ha espresso preoccupazione riguardo all'adeguatezza quantitativa e qualitativa della dotazione organica dell'Assessorato dell'igiene sanità e assistenza sociale; infatti, la carenza di organico, veramente esiguo rispetto ai notevoli impegni e ai pressanti compiti (tantè che la delibera individua ex post criteri di riparto riferiti all'anno appena trascorso) né di individuare nuovi criteri, impedendo di conformarsi alle indicazioni più volte impartite dalla Commissione.*

Da ultimo, la legge regionale n. 17 del 2016 che stabilisce che *allo scopo di dare attuazione all'adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale e di garantire un adeguato supporto alle funzioni regionali di indirizzo, coordinamento e controllo previsti con la presente legge, alla Direzione generale regionale competente in materia di sanità è assegnato un contingente di personale, non inferiore alle venti unità, dotato di adeguate competenze professionali.* Tale norma è rimasta ad oggi quasi totalmente inattuata.

Deve rilevarsi che dal 2011 si è registrato un ulteriore progressivo peggioramento acuito dai numerosi pensionamenti e permangono gravissime criticità anche per lo svolgimento delle attività aventi carattere ordinario. Tali criticità sono state solo in parte tamponate grazie al supporto temporaneo di personale delle Aziende sanitarie che, comunque, non può supplire in via definitiva e organica alle carenze in essere.

Quanto espresso evidenzia la necessità di un intervento urgente onde evitare il collasso del sistema gestionale della Sanità

Alla luce di quanto sopra, la Direzione Sanità ha provveduto all'identificazione degli ambiti della propria organizzazione, il cui potenziamento è ritenuto funzionale all'ottimale supporto delle strutture deputate al monitoraggio dell'attuazione dei Programmi operativi, nonché ai relativi numeri e tipologie delle risorse umane da assegnare, come di seguito riportato:

	Dirigenti	D	C	B	A	Lista speciale ex legge regionale 5 marzo 2008, n. 3 art. 6	CoCoCo e altro	Progetti obiettivo Aziende Sanitarie (DGR n. 1/11 DEL 18.1.2005)	Totale	Ulteriore fabbisogno
DG	1	1	1	1					4	2
Serv 1	1	8	6	5	4	1	0	2	27	12
Sett. 1.1		4						1	5	
Sett. 1.2		2	3	4	4	1			14	
Sett. 1.3		2	3	1				1	7	
Serv 2	1	7	3	2	1	3	1	2	20	10
Sett. 2.1		2	2				1	1	6	
Sett. 2.2		3			1	2			6	
Sett. 2.3		1		2		1			4	
Sett. 2.4		1	1					1	3	
Serv 3	1	6	1	1	0	6	0	1	16	5
Sett. 3.1		2				2			4	
Sett. 3.2		2	1			1			4	
Sett. 3.3		1		1		1			3	
Sett. 3.4		1				2			3	
Serv 4	1	7	0	4	0	0	2	8	22	11
Sett. 4.1		2		1				1	4	
Sett. 4.2		3		1				2	6	
Sett. 4.3		2		2			2	5	11	
Serv 5	1	7	1	0	0	0	0	4	13	5
Sett. 5.1		2	1					1	4	
Sett. 5.2		3						1	4	
Sett. 5.3		2						1	3	
Serv 6	0	8	1	0	0	2	0	4	15	6
Sett. 6.1		5	1			1		2	9	
Sett. 6.2		1							1	
Sett. 6.3		2				1		2	5	
Totale	6	44	13	13	5	12	3	21	117	51

Risultati programmati

Adeguato potenziamento della struttura amministrativa della Direzione Sanità al fine di assicurare un idoneo supporto alle componenti organizzative deputate al monitoraggio dell'attuazione dei P.O.

Indicatori di risultato

Adozione, entro il 31/01/2019, degli atti di selezione e attribuzione delle risorse umane agli ambiti organizzativi individuati e di assegnazione dei relativi incarichi di responsabilità.

Responsabili del procedimento attuativo

- Assessore Affari Generali, Personale e Riforme
- Direttore Generale della Sanità

- Direttore Generale del Personale

Intervento 1.3. Responsabilizzazione delle ASR relativamente all'attuazione del Programma Operativo 2018-2020

Per la concreta attuazione del programma operativo si rende necessario rendere cogente, integrando il contratto di prestazione d'opera intellettuale in vigore con i direttori generali delle ASR, richiamare espressamente, tra le clausole risolutive espresse, la decadenza automatica in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico. Pertanto, a partire dall'anno 2019, sarà richiesta ai Direttori Generali delle singole Aziende di verificare la coerenza dei bilanci preventivi già adottati con quanto riportato nel presente Programma Operativo e di adottare le eventuali determinazioni che si rendessero necessarie.

Risultati programmati

- Responsabilizzazione dei direttori generali delle ASR nei confronti del rispetto dei risultati attesi, dei contenuti e dei tempi di attuazione del Programma Operativo 2018-2020.

Indicatori di risultato

- Report relativo alla verifica trimestrale di coerenza tra CE aziendale, azioni poste in essere da ciascuna ASR e risultati attesi dai PO.
- Puntualità ed efficacia delle azioni di ciascuna ASR finalizzate alla realizzazione dei PO nel periodo di riferimento.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Generale della Sanità.

Programma 2: Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi³²:

- Individuazione della struttura responsabile della piena attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo;
- Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011;
- Realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011;
- Redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR.

Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011: valorizzazione manovre (euro/mln) *	2018	2019	2020
Individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo	-	-	-
Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	-	-	-
Realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	-	-	-
Redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR	-	-	-

Intervento 2.1: Individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo

In attuazione dell'articolo 22 del Decreto Legislativo n. 118/2011, la Regione Sardegna ha individuato quale responsabile del consolidamento relativamente alle competenze di cui al comma di cui al comma 3 lettera c: il Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, economico finanziaria e controllo di gestione.

Ai sensi dell'Art. 22 del Decreto Legislativo n. 118/2011 "Individuazione delle responsabilità all'interno delle regioni nel caso di sussistenza della gestione sanitaria", accentrata presso la regione, la Regione Sardegna, avrebbe dovuto indicare il responsabile della GSA (Gestione Sanitaria Accentrata); tuttavia, Regione Sardegna ha più volte precisato, in primis con deliberazione n. 29/1 del 22 luglio 2014 "Adeguamento del sistema della contabilità economico-patrimoniale delle aziende sanitarie al Titolo II D.lgs. 23 giugno 2011, n. 118 concernente "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", di aver optato per non costituire una Gestione Sanitaria Accentrata (GSA), in quanto erogante i servizi sanitari per il tramite delle Aziende del Servizio Sanitario regionale.

Il competente Servizio ha altresì provveduto a:

- Analisi dell'ordinamento finanziario e contabile vigente e adeguamento dello stesso al D.lgs. 118/2011;
- Ricognizione dell'area di consolidamento;
- Ricognizione e aggiornamento dei modelli e degli schemi contabili in essere;
- Definizione delle modalità di raccordo tra Titolo I e Titolo II del D.lgs.118/2011.

Allo stato attuale, al fine di coordinare tutte le iniziative volte all'applicazione da parte della Regione del D.lgs. 118/2011, è necessario istituire, con decreto dell'Assessore della Sanità, un Gruppo di Lavoro composto da dirigenti/funzionari della Direzione Generale della Sanità e delle Aziende, con il compito di individuare strategie ed azioni propedeutiche in ordine ai seguenti ambiti:

³² In merito a queste azione che non rappresenta una manovra risulta complesso quantificare un effettivo risparmio economico/finanziario rappresentando interventi di carattere di governo, gestione e controllo messe in campo dalla Regione

- Implementazione degli strumenti informatici a supporto del sistema informativo contabile;
- Definizione delle modalità di confronto con altre pubbliche Amministrazioni al fine di trarne informazioni e dati utili a livello di “best practices”, in ottica di benchmark migliorativo e di virtuoso scambio informativo.

Risultati programmati

- Adeguamento dei sistemi contabili alle disposizioni del D.lgs. 118/2011.

Indicatori di risultato

- Adozione del primo bilancio consolidato del servizio sanitario regionale con gli strumenti informatici implementati.
- Monitoraggio degli adempimenti previsti dal D.lgs. 118/2011.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio sistema informativo, affari legali e istituzionali della DG Sanità
- Direttore del Servizio della Programmazione sanitaria, economico finanziaria e controllo di gestione della DG Sanità.
- Gruppo di Lavoro composto da dirigenti/funzionari della Direzione Generale della Sanità e delle Aziende.

Intervento 2.2: Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011

L'attuazione del D.lgs.118/2011 necessita non solo di nuove regole e strumenti ma anche l'applicazione delle stesse attraverso una modificazione strutturale dei comportamenti contabili assunti da parte degli attori coinvolti.

Tale risultato ha imposto la realizzazione di un processo di cambiamento organizzativo ancora in atto che necessita di una adeguata assistenza e di un continuo monitoraggio. A tal fine si rende necessario attivare sin da subito il monitoraggio dei processi volti all'applicazione della nuova norma attraverso la messa in opera di verifiche continuative finalizzate a garantire, da un lato, l'applicazione dei decreti adottati nell'ambito del PAC dall'Assessorato e la traduzione degli stessi in linee guida aziendali, dall'altro l'effettiva applicazione delle nuove procedure. Tali verifiche, se svolte in maniera sistematica, potrebbero evidenziare le principali criticità del percorso di adeguamento segnalando le attività o gli ambiti che avrebbero bisogno di essere assistiti con interventi mirati volti al superamento delle problematiche che potranno emergere. Di qui la necessità di porre in essere e formalizzare un sistema di controllo interno che comprenda procedure e figure professionali adeguate a garantire il rispetto delle norme.

Il sistema delle procedure per il controllo interno è rappresentato dall'insieme delle direttive e dalle tecniche adottate dall'azienda sanitaria allo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Conformità dell'attività degli organi aziendali all'oggetto che la stessa azienda si propone di conseguire ed alle politiche impartite dal management aziendale;
- Salvaguardia del patrimonio aziendale;
- Affidabilità dei dati.

Gli obiettivi principali del controllo interno possono essere enucleati come segue:

- tutte le operazioni effettuate devono essere autorizzate, a livello generale o specifico, dai dirigenti responsabili;
- tutte le operazioni devono essere registrate tempestivamente e per il loro corretto ammontare, nei conti appropriati e nel periodo contabile di competenza;
- l'accesso ai beni aziendali e alle relative registrazioni va limitato tramite un sistema di autorizzazioni;
- deve essere verificata periodicamente l'esistenza fisica dei beni e comparata con quella contabile;
- eventuali differenze devono essere indagate e, laddove necessario, intraprese le relative azioni;
- deve essere verificata la coerenza tra dati contabili e dati della produzione sanitaria;
- deve essere verificato del rispetto dei limiti di spesa imposte dalle vigenti normative (nazionali e regionali);

- tutte le operazioni devono essere eseguite nel rispetto delle procedure amministrativo-contabili imposte dalle norme e dai regolamenti aziendali;
- deve essere garantita la attendibilità del sistema informativo aziendale per la predisposizione della relativa documentazione e/o modulistica contabile gestionale.

Per le finalità illustrate dovrà essere definito un completo sistema di reporting sia trimestrale che annuale dal quale emergano le attività di controllo avviate, nonché le relative risultanze. Laddove si rilevassero criticità dovranno essere adottate le necessarie misure affinché queste ultime vengano rimosse e/o rimodulate secondo i corretti parametri dettati dalla vigente normativa.

I processi e le attività sopra riportate, inoltre, sono strettamente connesse al percorso di certificabilità dei bilanci e quindi alla valutazione del sistema di controllo interno aziendale (*internal audit* e/o controllo di gestione) che provvede a verificare su tutti gli enti inclusi nel perimetro di consolidamento, l'efficacia e l'efficienza delle procedure di controlli interni di cui si è dotata la Direzione Generale della sanità, per individuare e mitigare i rischi connessi alla inattendibilità ed errori nelle poste di bilancio aziendali che inevitabilmente si ripercuoterebbero sul bilancio consolidato regionale. Il sistema di controllo deve essere messo a punto con un adeguato monitoraggio degli andamenti economico-patrimoniali e finanziari sia rispetto al dato del precedente esercizio che rispetto al dato previsionale.

Risultati programmati

- Definizione delle procedure minime di controllo relative alle aziende ed al consolidato regionale;
- Definizione del sistema di *reporting* trimestrale e annuale.

Indicatori di risultato

- Aggiornamento dei provvedimenti vigenti relativi alla definizione delle procedure minime di controllo relative alle aziende e al consolidato regionale, nonché alla definizione del sistema di *reporting* trimestrale e annuale, entro il 30/04/2019.
- Invio di report trimestrali e annuali per gli anni 2019 e 2020.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, economico finanziaria e controllo di gestione della DG Sanità.

Intervento 2.3: Realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011

In attuazione dell'articolo 20 del Decreto Legislativo n. 118/2011, la Direzione Sanità e la Direzione Bilancio hanno completato, con il bilancio regionale 2018 - 2020, le attività per l'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite del servizio sanitario regionale attraverso l'analisi di tutti i capitoli di entrata che finanziano la gestione sanitaria e di tutti i capitoli di spesa afferenti alla gestione sanitaria (missione 13, programmi 01 – 06 e 08)

Con riferimento alle operazioni di riconciliazione delle risultanze dal bilancio regionale e quelle delle contabilità delle Aziende sanitarie, la Regione Sardegna a partire dal 2016 ha posto in essere le seguenti attività:

- estrazione dal bilancio regionale delle movimentazioni dei capitoli di spesa afferenti agli impieghi del SSR;
- Riconciliazione delle risultanze di cui alle attività precedenti con i bilanci delle Aziende e allineamento.

In attuazione degli artt. 25 e 26 del Decreto legislativo n. 118/2011, la Regione Sardegna ha adottato gli schemi da utilizzare ai fini della predisposizione del bilancio preventivo economico annuale e del bilancio d'esercizio. Conseguentemente, la Regione procederà approvazione del primo bilancio d'esercizio consolidato del servizio sanitario regionale per l'anno 2016 ed all'approvazione del primo bilancio preventivo economico annuale per gli esercizi 2018 e 2019, secondo gli schemi individuati dal D.lgs. 118 entro il mese di dicembre 2018.

Con D.A. del 2015, in coerenza con il Decreto legislativo n. 118/2011, è stato adottato il nuovo piano dei conti unico regionale, univocamente riconducibile ad una sola voce dei modelli di rilevazione SP o CE, di cui al DM 15/06/2012, detto piano sarà allineato ai nuovi schemi di CE e SP attualmente in corso di approvazione, entro marzo 2019. Per tale finalità è necessario il supporto della società i in house Sardegna.it che dovrà intervenire sui riclassificatori utilizzati nell'ambito di un sistema informativo delle

Aziende del servizio sanitario regionale. Entro giugno 2019, inoltre, la Regione provvederà ad aggiornare il piano dei conti in oggetto, al fine di garantire la tracciabilità delle operazioni *intercompany* e la corretta elisione ai fini della predisposizione del consolidato regionale del SSR.

Risultati programmati

- Implementazione degli adempimenti previsti dal D.lgs. 118/2011 sulla base delle procedure amministrativo-contabili;
- Incontri informativi all'interno della Regione per la condivisione delle procedure amministrativo-contabili definite;
- Allineamento dei bilanci delle singole Aziende con le risultanze delle attività di riconciliazione con il bilancio finanziario;
- Aggiornamento del piano dei conti;
- Omogeneità delle rilevazioni da parte delle Aziende.

Indicatori di risultato

- Approvazione del primo bilancio d'esercizio consolidato del servizio sanitario regionale per l'anno 2016 ed all'approvazione del primo bilancio preventivo economico annuale per gli esercizi 2018 e 2019, secondo gli schemi individuati dal D.lgs. 118 entro il mese di dicembre 2018;
- Adozione del decreto assessoriale di aggiornamento del piano dei conti entro il mese di giugno 2019;

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori generali delle ASR

Azione 2.3.1: Monitoraggio Tempestività dei pagamenti

Al fine di mantenersi compliant rispetto alle indicazioni del DPCM 22/9 2014 e art.33 D.lgs. 33 del 14/03 come modificato dal D.L.66 del 24/04/2014 Regione Sardegna provvede alla pubblicazione trimestrale dell'Indicatore di tempestività dei pagamenti che tiene in considerazione il tempo medio di pagamento relativo agli acquisti di beni, servizi, prestazioni e forniture.

Come noto, l'indicatore di tempestività dei pagamenti viene definito come il tempo (ritardo) medio di pagamento ponderato in base agli importi pagati nel periodo di riferimento (quindi pagato di ogni singola fattura su pagato complessivo dell'anno solare), espresso in giorni effettivi di calendario compresi i giorni festivi, rapportato alla somma degli importi pagati sempre nel periodo di riferimento, che intercorrono tra la data di scadenza della fattura per acquisti di beni, servizi e forniture e la data di emissione del mandato di pagamento.

Di seguito la metodologia di calcolo utilizzata:

$$\frac{\sum (\text{Giorni intercorrenti fra la data di scadenza della fattura e la data di pagamento, per ogni fattura}) \times \text{L'importo pagato per ogni singola fattura}}{\sum \text{Importo complessivo pagato nell'anno solare}}$$

1) La data di scadenza è calcolata aggiungendo trenta giorni (o sessanta nel caso della Gestione Sanitaria) alla data di ricevimento della fattura o di una richiesta di pagamento di contenuto equivalente

L'indicatore, misurato in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, attribuisce, pertanto, un peso maggiore ai casi in cui sono pagate in ritardo le fatture che prevedono il pagamento di somme più elevate.

Rispetto ai valori al 31.12.2017 si riportano i seguenti dati per ogni singola Azienda:

ENTI	Indicatore annuale tempi di pagamento anno 2014	Indicatore annuale tempi di pagamento anno 2015	Indicatore annuale tempi di pagamento anno 2016	Indicatore annuale tempi di pagamento anno 2017	Indicatore trimestrale tempi di pagamento I trimestre anno 2018	Indicatore trimestrale tempi di pagamento II trimestre anno 2018
101	30,7	82,05	100,49			
102	36,9	26,07	61,35			
103	-18,5	-7,94	-1,13			
104	50	1,09	25,71			
105	-16,4	6,53	-0,92			
106	-24,6	-17,83	-11,57			
107	11,3	26,71	52,61			
108	22	31	32			
201				27,26	27,38	27,70
904	98,2	54,26	112,19	52,96	18,34	11,75
905	3,2	43,31	108,43	64,93	7,11	3,25
906	29,3	50,22	66,21	19,62	17,78	35,41
TOTALE (media aritmetica)	20,19	26,86	49,58	41,19	17,65	19,53

Risultati programmati

- Adeguato monitoraggio, con cadenza mensile, dei dati sulla tempestività dei pagamenti (analisi fatture, applicazione dell'algoritmo di calcolo)

Indicatori di risultato

- Pubblicazione con cadenza almeno trimestrale dell'Indicatore di Tempestività dei pagamenti ex art 9 DPCM 22/9 2014 e art.33 D.lgs. 33 del 14/03.

Responsabili del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione sanitaria, economico finanziaria e controllo di gestione della DG Sanità.
- Direttori delle ASR

Intervento 2.4: Redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR

La perimetrazione dei capitoli di bilancio relativi alle entrate e alle spese destinate al finanziamento del SSR deve garantire l'erogazione della corretta misura di risorse a favore delle Aziende del SSR, l'erogazione di tale provvista sarà monitorata tramite la redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse.

Risultati programmati

- Verifica trimestrale della percentuale di trasferimenti dalla Regione Sardegna alle aziende sanitarie.

Indicatori di risultato

- Invio trimestrale al MEF del rapporto concernente lo stato di trasferimento alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione della Direzione Generale della Sanità.

Programma 3: Certificabilità dei bilanci del SSR

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve assicurare il rispetto di quanto previsto dal PAC³³.

Certificabilità dei bilanci del SSR *	2018	2019	2020
Rispetto di quanto previsto del PAC	-	-	-
Rideterminazione delle poste contabili nel rispetto delle linee guida regionali con particolare riferimento alle perdite pregresse derivanti dalla mancata sterilizzazione degli ammortamenti	-	-	-
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-	-	-
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	-	-	-

Il percorso attuativo della certificabilità dei bilanci delle aziende del SSR è stato avviato con DGR n. 29/8 del 24.7.2013. Contestualmente, è stata costituita con decreto Assessoriale la struttura di coordinamento che ha prodotto, dall'atto del suo insediamento, tutte le linee guida richieste. Allo stato attuale, alla luce della recente istituzione dell'ATS e delle incorporazioni dei presidi Ospedalieri nell'AO Brotzu e nell'AOU di Sassari, si rende necessario che le Aziende sanitarie regionali ridefiniscano e implementino le linee guida aziendali sulla base degli atti regionali a suo tempo adottati.

Intervento 3.1: Rispetto di quanto previsto dal PAC

La Regione Sardegna, nel rispetto di quanto previsto dal Decreto Interministeriale 1/03/2013, attiverà nel corso del 2019 un sistema di monitoraggio relativo alle azioni poste in essere dalle Aziende e ai risultati conseguiti, in relazione alle tempistiche previste nel PAC trasmesso e approvato dai Ministeri competenti.

La Regione Sardegna, in considerazione del ruolo attribuito ai Collegi Sindacali dal citato DM 1/03/2013, avvierà, negli anni 2019 e 2020, una serie di incontri formativi con i rappresentanti regionali dei Collegi Sindacali, al fine di attivare specifici flussi informativi tra Regione e Aziende, per la definizione e implementazione delle linee guida aziendali (che necessitano di essere reimpostate in seguito alla costituzione dell'ATS) e la raccolta di eventuali segnalazioni a supporto del sistema di monitoraggio.

La Regione si propone di realizzare le attività di accompagnamento alle AA.SS. nell'ambito di un processo che deve portare le stesse alla certificabilità dei bilanci del SSR, in ottemperanza, tra l'altro, al disposto normativo di cui all'art. 15 della L.R. n. 17/2016 che stabilisce che *la Regione affida, in via sperimentale e per mezzo di procedura ad evidenza pubblica, la valutazione delle performance economico-finanziarie e sulla qualità dei servizi resi dal sistema sanitario regionale a enti certificatori di comprovata fama, nazionale e internazionale.*

La Regione ha definito i Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC): sulla base di quanto già realizzato dai singoli enti del SSR, si dovrebbe procedere ad effettuare un'assessment dei processi e la condivisione dello stesso con un referente aziendale opportunamente individuato (che potrebbe coincidere con il responsabile del PAC aziendale). L'obiettivo di questa analisi preliminare risulta, in particolare, quella di rappresentare:

- Lo stato di applicazione/implementazione/verifica delle procedure amministrative definite attraverso il PAC;
- Il grado di compliance delle procedure amministrativo-contabili in uso presso gli enti del SSR rispetto alle disposizioni nazionali contabili specifiche per il settore sanitario contenute del D.Lgs.118/2011 e nella casistica applicativa;

³³ In merito a queste azioni che non rappresentano una manovra risulta complesso quantificare un effettivo risparmio economico/finanziario rappresentando interventi di carattere di governo, gestione e controllo messe in campo dalla Regione

- L'analisi del modello organizzativo aziendale, sia in termini di struttura organizzativa, sia di funzioni contabili e di controllo.

Si ritiene opportuno, infatti, per l'attuazione del percorso della certificabilità, il miglioramento delle capacità di monitoraggio, controllo e indirizzo del Sistema sanitario regionale nel suo complesso ed a livello di singola Azienda. È necessario, a tal fine, disporre di metodologie di monitoraggio indispensabili per garantire che le azioni strategiche ed operative sviluppate siano orientate a migliorare il livello di assistenza fornito e siano al tempo stesso compatibili con obiettivi economici verso un più razionale impiego delle risorse finanziarie assorbite dal sistema sanitario.

Oltre, quindi, all'opportunità di avvio del percorso per addivenire alla certificazione del bilancio, è necessario disporre sia di dati economici e di produzione sanitaria corretti e tempestivi, sia di un sistema di controllo di gestione e di contabilità analitica adeguato ed affidabile da approvarsi a livello regionale di interventi da attivare per migliorare il governo del SSR attraverso lo sviluppo delle funzioni gestionali e contabili sia a livello centrale che a livello locale.

L'intervento si prefigge di creare un output comune regionale su:

- Flussi operativi e contabilità analitica, integrati nell'ottica di rilevazione dei punti elementari di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- Flusso dei dati operativi e di contabilità analitica riguardanti il fattore lavoro (dipendente, ecc.);
- Elaborazioni di contabilità puntuali, attendibili e uniformi a livello di singola azienda e di Consolidato Regionale, ai fini della certificabilità.

Peraltro, tale sistema consentirà alla Regione di verificare il rispetto di quanto previsto, di sollecitare le Aziende in caso di inerzia e di valutare anche la possibilità di prevedere eventuali azioni aggiuntive, qualora emergano fattori ostativi non presenti al momento dell'approvazione delle linee guida PAC aziendali.

Risultati programmati

- Dati economici e di produzione sanitaria corretti e tempestivi.

Indicatori di risultato

- Approvazione delle linee guida aziendali PAC entro il 31.12.2019;
- Approvazione delle linee guida regionali per le revisioni limitate da parte dei Collegi sindacali entro il 31.12.2019;
- Individuazione dell'ente certificatore.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori delle ASR.

Intervento 3.2: Rideterminazione delle poste contabili nel rispetto delle linee guida regionali con particolare riferimento alle perdite pregresse derivanti dalla mancata sterilizzazione degli ammortamenti

La tabella sotto riportata evidenzia per i bilanci d'esercizio delle Aziende del servizio sanitario regionale al 31/12/2016, perdite portate a nuovo (PAA210) sia pari a euro 619.744.000, di cui euro 137.597.000, ad oggi interamente ripianati, il patrimonio netto aggregato del SSR è positivo ed ammonta a euro 710.0440.000 con una Fondo di dotazione consolidato pari a euro 530.454.000 e con Finanziamenti per investimenti pari a euro 984.920.000.

Tabella PN 2016

		ASL 1	ASL 2	ASL 3	ASL 4	ASL 5	ASL 6	ASL 7	ASL 8	AO B	AOU SS	AOU CA	TOTALE
PAZ999	A) PATRIMONIO NETTO	-63.278	78.161	66.339	37.181	46.639	94.857	57.980	53.641	169.469	105.251	63.804	710.044
PAA000	A.I) FONDO DI DOTAZIONE	76.699	5.475	66.484	27.299	20.919	31.809	60.229	71.688	137.071	6.927	25.854	530.454
PAA010	A.II) FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI	43.035	120.273	98.998	32.346	85.363	78.728	80.355	193.968	78.925	110.400	62.529	984.920
PAA100	A.III) RISERVE DA DONAZIONI E LASCITI	489	219	853	5	1.185	24	154	0	21.874	217	0	25.020
PAA110	A.IV) ALTRE RISERVE	1.962	0	2.380	1.539	11.926	50	0	2.028	0	37.483	39	57.407
PAA160	A.IV.5) Riserve diverse	1.652	0	776	1.539	11.926	43	0	2.028	0	37.481	39	55.484
PAA170	A.V) CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE	23.703	0	0	0	0	6	0	0	14.342	3.958	0	42.009
PAA210	A.VI) UTILI (PERDITE) PORTATI A NUOVO	143.894	-29.884	-67936	-16.852	-48.606	-6.836	-49.531	-155.917	-64.964	-21.209	-14.115	-619.744
PAA220	A.VII) UTILE (PERDITA) D'ESERCIZIO	-65.272	-17922	-34.440	-7.156	-24.148	-8.924	-33227	-58.126	-17.779	-32.525	-10.503	-310.022

Nel 2017 la perdita portata a nuovo, come risulta dalla tabella sottostante, è pari a euro 575.949.000, di cui già ripianati euro 129.816.028,46 (di cui 12.397.426,26 ripianati nel 2017 ed euro 117.418.602 ripianati nel 2018) ed euro 180.212.104,54 da ripianare, il patrimonio netto aggregato del SSR ammonta a euro 1.005.606.000 con una Fondo di dotazione consolidato pari a euro 559.749.000 e con Finanziamenti per investimenti pari a euro 1.042.505.000.

Tabella PN 2017

		ATS	AOB	AOU SS	AOU CA	TOTALE
PAZ999	A) PATRIMONIO NETTO	382.508,00	281.166,00	212.340,00	129.592,00	1.005.606,00
PAA000	A.I) FONDO DI DOTAZIONE	365.769,00	182.584,00	6.927,00	4.469,00	559.749,00
PAA010	A.II) FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI	548.212,00	139.950,00	208.777,00	145.566,00	1.042.505,00
PAA100	A.III) RISERVE DA DONAZIONI E LASCITI VINCOLATI AD INVESTIMENTI	2.956,00	19.704,00	219	0	22.879,00
PAA110	A.IV) ALTRE RISERVE	18.522,00		35.022,00	39	53.583,00
PAA160	A.IV.5) Riserve diverse	16.600,00		35.021,00	39	51.660,00
PAA170	A.V) CONTRIBUTI PER RIPIANO PERDITE	15.744,00	1.783,00	1.828,00	651	20.006,00
PAA210	A.VI) UTILI (PERDITE) PORTATI A NUOVO	(472.383,00)	51.134,00)	(38.339,00)	(14.093,00)	(575.949,00)
PAA220	A.VII) UTILE (PERDITA) D'ESERCIZIO	(96.312,00)	11.721,00)	(2.094,00)	(7.040,00)	(117.167,00)

Le Aziende del SSR, nel corso del 2017 e del 2018, in accordo e secondo le direttive dell'Assessorato hanno inteso avviare una analisi ricognitiva e puntuale dei valori iscritti nel patrimonio netto e antecedenti al 2013 finalizzata verificare l'effettiva applicazione dei principi di cui al D.lgs. 118/2011 e della relativa casistica applicativa.

Nell'allegato A della DGR n. 23/6 del 8.05.2018 (allegato 13), concernente Deliberazioni della Giunta regionale n. 63/24 del 15.12.2015 e n. 39/4 del 9.8.2017 concernenti "Piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Attuazione dell'articolo 29, comma 3 della legge regionale 9 marzo 2015, n. 5. Aggiornamento", sono state tra le altre individuate, nell'area tematica 2, le seguenti azioni:

- Approvazione direttiva per la revisione del patrimonio netto, scadenza: marzo 2018. Nelle osservazioni è precisato che "Il documento consentirà di individuare i cosiddetti "contributi dormienti" ed abbattere le perdite derivanti dalla mancata sterilizzazione degli ammortamenti";
- Rideterminazione dei risultati d'esercizio, scadenza: giugno 2018 (ATS) e marzo 2019 AO – AOU, analisi volta alla verifica nel patrimonio netto di contributi accantonati non utilizzati nelle gestioni pregresse per la sterilizzazione degli ammortamenti.

Con riferimento all'azione di cui al primo punto, la stessa è stata perseguita con l'emanazione della direttiva concernente "bilancio d'esercizio 2017: direttive sul patrimonio netto".

L'attività di cui al secondo punto, finalizzata alla rideterminazione dei risultati d'esercizio sia dell'anno 2018 che con riferimento alle perdite portate a nuovo (PA2210), è stata completata dalle Aziende del SSR in concomitanza con le chiusure contabili propedeutiche all'approvazione del bilancio d'esercizio 2017. Restano definire, entro il 2019, alcune partite relative a cespiti acquistati dalle Aziende Ospedaliere per i quali è ancora in corso il collegamento con le relative fonti di finanziamento ai fini della sterilizzazione.

Il processo di ricostruzione delle perdite portate a nuovo è stato avviato con la ricostruzione del fondo di dotazione iniziale al 01.01.2017 e trattamento delle rettifiche.

Nel rispetto del principio contabile OIC 29 richiamato nella circolare regionale n° 1568 del 29 Marzo 2018:

- "Gli effetti dei cambiamenti di principi contabili sono stati determinati retroattivamente e i relativi effetti sono stati contabilizzati sul saldo d'apertura del patrimonio netto dell'esercizio in corso";

- La rettifica” è stata “rilevata negli utili portati a nuovo” e nello specifico caso a copertura delle perdite pregresse;
- Analogo trattamento è stato riservato alla correzione di errori significativi.

Le principali analisi che hanno impegnato le Aziende nella definizione del fondo di dotazione iniziale sono state le seguenti:

- Ricostruzione contributi in conto capitale di prima dotazione e recupero delle mancate sterilizzazioni,
- Analisi sui c.d. contributi dormienti ovvero contributi in conto capitale utilizzati nel tempo per investimenti ma non correlati contabilmente e non utilizzati per le sterilizzazione;
- Analisi e ricostruzione secondo omogenei principi contabili degli accantonamenti per contenziosi;
- Correzioni di minori errori presenti nei bilanci delle aziende.

Di seguito una breve sintesi delle principali attività

Ricostruzione del Patrimonio ATS:

Nella ricostruzione e contabilizzazione del patrimonio è stato seguito il seguente percorso metodologico:

- sono stati recepiti integralmente i valori presenti nei bilanci al 31 Dicembre 2016 delle Asl partecipanti alla fusione senza apportare su di essa alcuna modifica o correzione e sulla sommatoria di tali dati in data in 01 Gennaio 2017 sono state effettuate, previa approfondita analisi e classificazione dei singoli cespiti, tutte le rettifiche necessarie a rendere coerenti gli inventari, i libri cespiti e i dati contabili nonché a uniformare i principi contabili applicati, i criteri di valutazione e le stime conseguenti;
- Sono stati inoltre corretti tutti gli errori riscontrati;
- La situazione contabile così ottenuta è stata acquisita come situazione iniziale della nuova azienda.

Analisi dei c.d. Contributi dormienti:

- Sono stati definiti contributi dormienti tutti quei contributi in conto capitale impiegati negli anni ma mai correlati a nessun cespite;
- Tali contributi assommano ad un totale di € 185.345.060;
- Con successiva operazione di ricostruzione tali contributi sono stati attribuiti percentualmente in per ciascuna ASL a tutti i cespiti acquisiti tramite contributi in conto capitale ma di cui dello stesso non era stata effettuata correlazione contabile.

Classificazione dei cespiti

- Al fine della predisposizione della situazione contabile descritta i cespiti aziendali sono stati distinti in diverse tipologie (Tipo A / Tipo F) in conformità con quanto richiesto dalla circolare regionale;
- Della natura di tali tipologie e delle scritture contabili effettuate viene data illustrazione nelle pagine seguenti.

Analisi diverse tipologie di beni

- TIPO A: definizione:
 - Sono cespiti di tipo A gli immobili conferiti nel 1998 dalle ex Usl e ancora presenti nel bilancio delle Asl al 31 Dicembre 2016.
 - Per nessuno di questi cespiti al momento della trasformazione delle Usl in Asl era stato costituito il conto Finanziamenti per beni di prima dotazione (come invece indicato nel D.lgs. 118/2011). Pertanto i relativi ammortamenti non sono negli anni stati sterilizzati venendo invece spesi direttamente a costo.
 - Solo per alcuni cespiti ed per alcune Asl nel 2015 (Nuoro e Olbia) e nel 2016 (Cagliari e Sassari) erano stati ricostituiti tali contributi ed utilizzati per sterilizzare i successivi ammortamenti.

■ Tipo A: le rettifiche operate

Su tale tipologia di cespiti sono state effettuate le seguenti operazioni di ricostruzione dei dati:

- Verifica del numero di cespiti e del valore di carico in contabilità;
- Verifica degli ammortamenti pregressi (1998-2016) e delle relative sterilizzazioni;
- Riduzione del Fondo di dotazione per la ricostituzione del Finanziamenti per beni di prima dotazione per il valore residuo dei cespiti al 01 Gennaio 2017;
- Riduzione del Fondo di dotazione per la quota di Finanziamenti per beni di prima dotazione non scorporata nel 1998 e non utilizzata per le sterilizzazione degli ammortamenti per il periodo 1998-2016 imputando tale quota al Conto “Rettifiche contributi prima dotazione non sterilizzati immobili di tipo A”.

■ Tipo A: i valori

	Valore immobili al 01/01/1998	Ammortamenti al 31/12/2016	di cui non sterilizzato	Finanziamenti per beni di prima dotazione al 31/12/2016	Fondo dotazione a finanziamenti per beni di prima dotazione	Totale finanziamenti di prima dotazione al 01/01/2017	Fondo di dotazione a Rettifiche contributi prima dotazione non sterilizzati immobili di tipo A
ASL 1	23.006	12.700	11.879	10.306	0	10.306	11.879
ASL 2	17.447	8.325	7.278	9.123	0	9.123	7.278
ASL 3	45.648	25.334	22.891	20.313	0	20.313	22.891
ASL 4	13.488	7.033	7.033	0	6.456	6.456	7.033
ASL 5	27.354	14.896	14.896	0	12.458	12.458	14.896
ASL 6	10.606	5.763	5.763	0	4.844	4.844	5.763
ASL 7	40.809	22.036	22.036	0	18.773	18.773	22.036
ASL 8	28.432	15.346	14.411	13.085	0	13.085	14.411
	206.791	111.433	106.185	52.827	42.530	95.358	106.185

■ Tipo B: Definizione

- Sono cespiti di tipo B gli immobili conferiti nel 1998 dalle ex Usl e non più presenti nel bilancio delle Asl al 31 Dicembre 2016.
- Per nessuno di questi cespiti al momento della trasformazione delle Usl in Asl era stato costituito il conto Finanziamenti per beni di prima dotazione (come invece indicato nel D.lgs 118/2011). Pertanto i relativi ammortamenti non sono negli anni stati sterilizzati venendo invece spesi direttamente a costo.

■ Tipo B: le rettifiche operate

Su tale tipologia di cespiti sono state effettuate le seguenti operazioni di ricostruzione dei dati:

- Verifica del numero di cespiti e del valore di carico in contabilità;
- Verifica degli ammortamenti pregressi (1998-data di dismissione) e delle relative sterilizzazioni;
- Riduzione del Fondo di dotazione per la quota di Finanziamenti per beni di prima dotazione non scorporata nel 1998 e non utilizzata per le sterilizzazione degli ammortamenti per il periodo 1998-data di dismissione imputando tale quota al Conto “Rettifiche contributi prima dotazione non sterilizzati immobili di tipo B”.

■ Tipo B: I Valori

	Valore immobili al 01/01/1998	Ammortamenti al 31/12/2016	di cui non sterilizzato	Fondo di dotazione a rettifiche contributi prima dotazione non sterilizzati immobili tipo B
ASL 1	7.098	3.727	3.727	3.727
ASL 2	0	0	0	0
ASL 3	936	255	255	255
ASL 4	0	0	0	0
ASL 5	67	28	28	28
ASL 6	45	8	8	8
ASL 7	505	83	83	83
ASL 8	53.934	23.390	23.390	23.390
	62.585	27.490	27.490	27.490

■ Tipo C: Definizione

- Sono cespiti di tipo C gli immobili acquisiti successivamente al 1998 e presenti nel bilancio delle Asl al 31 Dicembre 2016.

- Per questi cespiti al momento dell’acquisizione non era stata correlata o solo parzialmente correlata contabilmente la fonte di finanziamento.
- Pertanto i relativi ammortamenti non sono negli anni stati sterilizzati per la quota corrispondente ai contributi in conto capitale utilizzati.

■ Tipo C: le rettifiche operate

Su tale tipologia di cespiti sono state effettuate le seguenti operazioni di ricostruzione dei dati:

- Verifica del numero di cespiti e del valore di carico in contabilità;
- Correlazione in procedura contabile dei contributi utilizzati per l’acquisizione attraverso l’utilizzo del conto “Finanziamenti da Regione per investimenti”;
- Verifica degli ammortamenti pregressi (data di acquisizione - 31 Dicembre 2016);
- Riduzione dei “Finanziamenti da Regione per Investimenti” per recupero delle precedenti sterilizzazioni non operate imputando tale quota al conto “Correzione errori ex OIC 29 bilancio apertura ATS” per immobili di Tipo C.

■ Tipo C: I Valori

	Valore di carico sterilizzabile	Ammortamenti al 31/12/2016	di cui non sterilizzato	Valore residuo sterilizzabile al 01/01/2017	Totali contributi dormienti da determinare ricognitive ex asl	%	Contributi dormienti a Correzione errori
ASL 1	48.334	19.839	19.839	28.494	5.862	11	2.180
ASL 2	71.041	12.624	12.624	58.417	34.240	42	5.302
ASL 3	51.840	14.178	14.178	37.663	32.455	58	8.286
ASL 4	15.504	4.255	4.255	11.250	219	1	50
ASL 5	32.112	2.943	2.943	29.169	21.839	67	1.972
ASL 6	7.530	540	540	6.990	13.527	95	513
ASL 7	32.919	11.914	11.914	21.005	27.727	79	9.437
ASL 8	39.933	12.756	12.756	27.178	49.477	98	12.462
	299.214	79.048	79.048	220.166	185.345		40.203

■ TIPO D: definizione

- Sono cespiti di tipo D le Attrezzature, impianti, macchinari conferiti nel 1998 dalle ex Usl. Tali cespiti risultano, per loro natura, completamente ammortizzati al 01 Gennaio 2017.
- Per nessuno di questi cespiti al momento della trasformazione delle Usl in Asl era stato costituito il conto Finanziamenti per beni di prima dotazione (come invece indicato nel D.lgs 118/2011). Pertanto i relativi ammortamenti non sono negli anni stati sterilizzati venendo invece spesi direttamente a costo.

■ Tipo D: le rettifiche operate

Su tale tipologia di cespiti sono state effettuate le seguenti operazioni di ricostruzione dei dati:

- Verifica del numero di cespiti e del valore di carico in contabilità;
- Verifica degli ammortamenti pregressi (1998-completamento del processo di ammortamento o dismissione) e delle relative sterilizzazioni;
- Riduzione del Fondo di dotazione per la quota di Finanziamenti per beni di prima dotazione non scorporata nel 1998 e non utilizzata per le sterilizzazione degli ammortamenti per il periodo 1998-2016 imputando tale quota al Conto “Rettifiche contributi prima dotazione non sterilizzati cespiti di tipo D”.

■ Tipo D: i valori

	Valore attrezzature al 01/01/1998	Ammortamenti effettuati	di cui non sterilizzati	Fondo di dotazione a Correzione Errori
ASL 1	9.124	9.124	9.124	9.124
ASL 2	2.580	2.580	2.580	2.580
ASL 3	6.419	6.419	6.419	6.419
ASL 4	1.819	1.819	1.819	1.819
ASL 5	2.891	2.891	2.891	2.891
ASL 6	2.190	2.190	2.190	2.190
ASL 7	2.377	2.377	2.377	2.377
ASL 8	4.007	4.007	4.007	4.007
	31.408	31.408	31.408	31.408

■ TIPO E: definizione

- Sono cespiti di tipo E le Attrezzature, impianti, macchinari acquisiti dopo il 1998 ed esistenti al 01 Gennaio 2017.
- Per questi cespiti al momento dell’acquisizione non era stata correlata o solo parzialmente correlata contabilmente la fonte di finanziamento.
- Pertanto i relativi ammortamenti non sono negli anni stati sterilizzati per la quota corrispondente ai contributi in conto capitale utilizzati.

■ Tipo E: le rettifiche operate

Su tale tipologia di cespiti sono state effettuate le seguenti operazioni di ricostruzione dei dati:

- Verifica del numero di cespiti e del valore di carico in contabilità;
- Correlazione in procedura contabile dei contributi utilizzati per l’acquisizione attraverso l’utilizzo del conto “Finanziamenti da Regione per investimenti”;
- Verifica degli ammortamenti pregressi (data di acquisizione - 31 Dicembre 2016);
- Riduzione dei “Finanziamenti da Regione per Investimenti” per recupero delle precedenti sterilizzazioni non operate imputando tale quota al conto “Correzione errori ex OIC 29 bilancio apertura ATS” per immobili di Tipo E.

■ Tipo E: i valori

	Valore di carico sterilizzabile	Ammortamenti al 31/12/2016	di cui non sterilizzato	Valore residuo sterilizzabile al 01/01/2017	Totali contributi dormienti dopo scritture tipo C	%	Contributi dormienti a Correzione errori
ASL 1	0	0	0	0	3.682	11	0
ASL 2	1.303	594	594	709	28.939	42	250
ASL 3	0	0	0	0	24.169	58	0
ASL 4	2.185	1.611	1.611	575	169	1	19
ASL 5	33	23	23	10	19.866	67	15
ASL 6	3.045	1.247	1.247	1.798	13.014	95	1.185
ASL 7	873	707	707	165	18.290	79	560
ASL 8	1.023	328	328	695	37.015	98	321
	8.463	4.511	4.511	3.952	145.142		2.350

■ TIPO F: definizione

- Sono cespiti di tipo F le Attrezzature, impianti, macchinari acquisiti dopo il 1998 e non più esistenti al 01 Gennaio 2017.
- Per questi cespiti al momento dell’acquisizione non era stata correlata o solo parzialmente correlata contabilmente la fonte di finanziamento.
- Pertanto i relativi ammortamenti non sono negli anni stati sterilizzati per la quota corrispondente ai contributi in conto capitale utilizzati.

■ Tipo F: le rettifiche operate

Su tale tipologia di cespiti sono state effettuate le seguenti operazioni di ricostruzione dei dati:

- Verifica del numero di cespiti e del valore di carico in contabilità;
- Correlazione in procedura contabile dei contributi utilizzati per l’acquisizione attraverso l’utilizzo del conto “Finanziamenti da Regione per investimenti”;
- Verifica degli ammortamenti pregressi (data di acquisizione – data di dismissione);
- Riduzione dei “Finanziamenti da Regione per Investimenti” per recupero delle precedenti sterilizzazioni non operate imputando tale quota al conto “Correzione errori ex OIC 29 bilancio apertura ATS” per immobili di Tipo F.

■ Tipo F: i valori

	Valore di carico sterilizzabile	Ammortamenti al 31/12/2016	di cui non sterilizzato	Valore residuo sterilizzabile al 01/01/2017	Totale contributi dormienti dopo Scritture di Tipo E		Contributi dormienti a Correzione errori
ASL 1	5.006.087,53	5.006.087,53	5.006.088	-	3.681.532	11%	550.144
ASL 2	8.933.317,71	8.933.317,71	8.933.318	-	28.688.965	42%	3.751.993
ASL 3	3.689.360,60	3.689.360,60	3.689.361	-	24.168.887	58%	2.156.309
ASL 4	848.659,73	848.659,73	848.660	-	149.615	1%	10.09
ASL 5	394.434,83	394.434,83	394.435	-	19.851.075	67%	264.271
ASL 6	3.678.642,72	3.678.642,72	3.678.643	-	11.828.677	95%	3.494.711
ASL 7	1.213.308,54	1.213.308,54	1.213.309	-	17.729.454	79%	961.016
ASL 8	9.685.233,33	9.685.233,33	9.685.233	-	36.693.969	98%	9.462.497
Totale	33.449.044,99	33.449.044,99	33.449.044,99	-	142.792.174		20.650.961

Ricostruzione ed attribuzione ai cespiti dei contributi dormienti per ciascuna ASL

- La attribuzione dei contributi dormienti ai singoli cespiti delle singole ASL non esaurisce il fenomeno analizzato facendo permanere importi significativi di tali contributi nel bilancio di ATS.
- Tali importi sono da ricondursi con forte probabilità a investimenti di cui si è persa la traccia contabilmente o spese di investimento (es manutenzioni straordinarie) effettuate in tempi remoti tramite i suddetti contributi ma registrate come spese di esercizio di cui pertanto si è persa traccia negli attuali bilanci.
- Di tali contributi presenti in bilancio ma non esistenti o non attribuibili si ritiene corretto dover effettuare la correzione di errore nelle modalità proposte dal OIC 29;
- Tuttavia essendo in corso un inventario straordinario dei beni mobili che probabilmente aiuterà a ridurre tale fenomeno, tale operazione contabile di correzione di errore è stata rinviata alla chiusura di tale attività ovvero nel bilancio di esercizio al 31 Dicembre 2018.

ASL 1	-
ASL 2	104.017,00
ASL 3	168.232,00
ASL 4	21.353,00
ASL 5	36.786,00
ASL 6	-
ASL 7	43.669,00
ASL 8	-
Totale	374.057,00

Riepilogo errori corretti per tipologia di cespiti:

Tipo A	106.185.069,95
Tipo B	27.490.356,55
Tipo C	40.202.568,76
Tipo D	31.407.971,38
Tipo E	2.350.317,13
Tipo F	20.650.960,61
Totale	228.287.244,38

Sulla base delle sopra richiamate direttive regionali, le rettifiche derivanti da tale ricognizione, devono essere rappresentate esclusivamente nell'ambito del patrimonio netto senza incidere sul reddito d'esercizio, movimentando la voce "utili (perdite) portati a nuovo" (e pertanto tale voce si riduce del

valore corrispondente) attraverso una scrittura di rettifica delle voci legate ai Finanziamenti per beni di prima dotazione.

Fondi rischi e oneri

È in via di definizione una ricognizione straordinaria dei Fondi rischi, con i legali/funzionari delle Aziende, i cui contenziosi e richieste di risarcimento danni risultavano ancora aperti alla data del 31.12.2017. L'attività di ricognizione è stata condotta in primis dall'ATS all'interno di un percorso formativo e lavorativo che ha consentito la condivisione uniforme del processo di valutazione, in linea con le direttive impartite dalla Regione Sardegna e dalla direzione aziendale in ordine ai "Criteri per la determinazione dei Fondi rischi" e ai contenuti dei "Fondi rischi".

Le suddette direttive hanno fornito indicazioni ed elementi essenziali di supporto alle unità operative coinvolte nella determinazione dei fondi rischi, funzionali a:

- Identificare le possibili aree di rischio;
- Valutare lo stato dei rischi aziendali;
- Quantificare l'onere potenzialmente a carico dell'ATS;
- Verificare l'adeguatezza dei fondi rischi e oneri iscritti negli esercizi precedenti;
- Supportare l'attestazione da parte dei Collegi sindacali dell'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo;
- Supportare la verifica da parte della Regione Sardegna da effettuare ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettera g) del D.lgs. 118/2011.

Si illustra di seguito il percorso metodologico adottato da ATS e seguito, a regime, da tutte le Aziende. Nei bilanci delle Aziende preesistenti la fusione risultavano accantonati ingenti fondi a fronte di rischi da contenziosi e rischi generici. Tali fondi già ad una prima ricognizione risultavano costituiti in base a principi e procedimenti contabili fortemente differenziati tra azienda ed azienda, talvolta contenenti errori di duplicazione tra un'azienda e l'altra (contenziosi trasversali) o accantonamenti relativi a contenziosi cessati.

L'esigenza avvertita da ATS è stata pertanto quella di omogeneizzare i principi di valutazione adottati nei bilanci al 31 Dicembre 2016 dalle diverse aziende, rettificarne gli errori e, conformemente a quanto indicato dalla citata DGR 33/6 del 26 Giugno 2018, delineare il corretto bilancio di apertura al momento della fusione

A tale scopo sono stati effettuati appositi incontri tra gli uffici legali delle ex aziende ed è stata condivisa una adeguata procedura conforme a quanto indicato al Principio contabile OIC 31 "Fondi per rischi e oneri e trattamento di fine rapporto" così come integrato ai sensi del D.lgs. 118/2011 dal Decreto Assessoriale n. 45 del 28.12.2016 Linee Guida PAC Debiti e Costi, Nota RAS prot. n. 10499 del 12.04.2016 Istruzioni chiusura bilanci 2015 e Nota RAS prot. n. 6912 del 09.03.2017 Istruzioni chiusura bilanci 2016;

Successivamente è stata effettuata una approfondita rivisitazione di tutti gli accantonamenti pregressi e delle posizioni per le quali si era ritenuto di non accantonare.

Conformemente a quanto indicato dalla DGR 33/6 del 26 Giugno 2018 sono stati trasferiti nel bilancio di apertura al 01 Gennaio 2017 i valori contabili dei fondi presenti nei bilanci delle aziende preesistenti. Successivamente gli errori ed i cambiamenti di principio contabile riscontrati dalla rivisitazione straordinaria sono stati trattati conformemente a quanto previsto dall'OIC 29.

Al 31 Dicembre 2017 sono stati rivisitati i fondi tenendo conto degli accadimenti in corso d'anno trattando i cambiamenti di stima nella modalità previste dall'OIC 29.

Nel bilancio al 31 Dicembre 2017 sono pertanto accantonati tutti i rischi scaturenti da contenziosi il cui esito negativo è stato ritenuto dall'analisi dei legali probabile; sono stati indicati in nota integrativa tutti i rischi il cui esito negativo è stato ritenuto dai legali possibile.

Prudenzialmente, vista la specificità della fattispecie è stato effettuato l'accantonamento nella misura del 30% per i contenziosi collegati all'autoassicurazione con eventi il cui grado di rischio sia valutato «possibile».

La copertura dei nuovi rischi evidenziati nell'analisi straordinarie è stata effettuata attraverso riclassifica di fondi costituiti a fronti di rischi non più esistenti.

FONDI RISCHI ED ONERI (non accantonati al 31.12.2016)	Importo
Accantonamenti per spese di manutenzione ordinaria ciclico o programmata	7.500.000,00
Accantonamenti ex rinnovi contrattuali MMG e Specialistica Interna	6.378.113,00
Accantonamenti per riconciliazione debiti/crediti con Università di Sassari	5.148.792,00
Accantonamenti somme contestuale ai privati accreditati	3.775.010,00
Accantonamenti ex medici condotti	3.786.352,00
Incremento fondo ammortamento cespiti Cagliari	8.417.967,00
Accantonamenti 30% sul possibile ricognizione straordinaria dei fondi rischi - circa 74 mil. (Lorusso 17.09)	15.079.664,00
Accantonamenti per TARI	2.500.000,00
TOTALE	52.585.898,00

La situazione del patrimonio netto in seguito alla correzione degli errori sulla base delle analisi illustrate è quella di seguito riportata e risultante dai CE consuntivi 2017.

CODICE	VOCE MODELLO SP		
PAA210	A.VI) UTILI (PERDITE) PORTATI A NUOVO	-	482.432,00
	di cui:		
	Perdite 2016	-	310.028,00
	Perdite per mancata sterilizzazione amm.ti	-	172.404,00

Risultati programmati

- Correttezza dei dati contabili ai fini della predisposizione delle necessarie coperture da parte dell'Assessorato della Programmazione, bilancio, credito e Assetto del Territorio.

Indicatori di risultato

- Approvazione dei bilanci d'esercizio 2017 con la corretta definizione dei risultati d'esercizio pregressi e di quello della gestione corrente entro ottobre 2019.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e Controllo di Gestione della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori delle ASR.

Intervento 3.3: Analisi e messa in regime delle operazioni di sterilizzazione degli ammortamenti e delle rettifiche dei contributi in conto esercizio secondo i modelli del D.lgs. 118/2011 e ss.mm.ii.

Come suggerito nell'analisi precedente le operazioni di sterilizzazione degli ammortamenti permetterà di ridurre, attraverso delle scritture contabili che interverranno sullo stato del patrimonio, le perdite portate a nuovo. Occorrerà ad ogni modo impegnarsi al fine di ottemperare alle giuste scritture contabili relative alla sterilizzazione degli ammortamenti e alle rettifiche dei contributi in conto esercizio.

In particolare, il D.lgs. 118/2011 prevede, inter alia, per la valorizzazione degli ammortamenti l'utilizzo di quote costanti e delle aliquote indicate nella tabella allegata al Decreto (Tabella 3).

In particolare:

- Fabbricati al 3%
- Impianti e macchinari al 12,5%
- Attrezzature sanitarie scientifiche al 20%
- Mobili e arredi al 12,5%
- Automezzi al 25%

Per i cespiti acquistati attraverso contributi in conto capitale l'art. 29 del D.lgs. 118/2011 dispone delle deroghe relative in particolare all'acquisizione dei cespiti ammortizzabili e alla relativa sterilizzazione.

Infine, i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere "interamente ammortizzati" nell'esercizio di acquisizione. Per questa tipologia di contributi si prevede "lo storno" attraverso la voce di Conto economico AA0240 "Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti" che di fatto identifica una componente negativa dell'esercizio di competenza, andando in riduzione dell'utile dell'esercizio. L'ente deve pertanto provvedere a:

- Nell'esercizio di acquisizione, iscrizione dell'immobilizzazione nello stato patrimoniale. Nell'esercizio di acquisizione e negli esercizi successivi, progressivo ammortamento dell'immobilizzazione stessa, nel rispetto del principio di competenza economica e secondo quanto previsto dalle norme generali sulle immobilizzazioni;
- Nell'esercizio di acquisizione, iscrizione a conto economico di un costo pari al valore dell'immobilizzazione, con contropartita nei "Finanziamenti per investimenti da rettifica contributi in conto esercizio" (voce PAA090 del patrimonio netto). Questa scrittura di fatto storna la quota di contributo utilizzata per acquisire l'immobilizzazione da conto esercizio a conto capitale. Lo fa però in modo indiretto, per consentire verifiche e quadrature sui dati dei contributi in conto esercizio. Nel conto economico, il costo andrà inserito in un'apposita voce della macroclasse A) (AA0240 "Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti"), con segno negativo e quindi a detrazione del valore della produzione;

A partire dall'esercizio 2016 i contributi in conto esercizio utilizzati per investimenti, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente rettificati nell'esercizio di acquisizione; per gli esercizi dal 2012 al 2015, in applicazione di quanto disposto dalla Legge di Stabilità 2013, è intercorso un periodo transitorio in cui si sono applicate le seguenti rettifiche.

Anno di acquisto	2012	2013	2014	2015	2016
2012	20%	20%	20%	20%	20%
2013		40%	40%	20%	
2014			60%	40%	
2015				80%	20%
2016					100%

- Nell'esercizio di acquisizione e negli esercizi successivi, progressivo utilizzo del finanziamento per investimenti per sterilizzare gli ammortamenti, secondo quanto previsto dalle norme generali sulle sterilizzazioni (ai sensi del decreto Interministeriale del 17 settembre 2012), e secondo le aliquote della tabella 3 allegata al D.lgs. 118/2011.

Le Aziende sanitarie e le aziende ospedaliere di Regione Sardegna, utilizzano le rettifiche dei contributi in conto esercizio (voce di conto (AA0240 "Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti"), valorizzate successivamente all'entrata in vigore della Legge 228/2012, che è andata a modificare l'art.29 del D.lgs.118/2011. Di seguito si riportano i seguenti valori pregressi (fino al 2017) e prospettici (2018-2020).

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AA0240 A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 15.827,00	- 18.702,00	- 31.700,00	- 11.648,19	- 11.648,19	- 11.648,19

Il Decreto Interministeriale (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze) del 17 settembre del 2012 inoltre, ha introdotto, attraverso dei documenti di casistica applicativa delle importanti deroghe (richiamate dall'art. 29 del D.lgs. 118/2011) relative in particolare alla sterilizzazione degli ammortamenti.

La norma prevede che i contributi in conto capitale da Regione siano iscritti in un'apposita voce di patrimonio netto, con contestuale rilevazione di un credito verso la Regione e che laddove siano impiegati per l'acquisizione di cespiti ammortizzabili, i contributi vengano successivamente stornati a proventi con un criterio sistematico, commisurato all'ammortamento dei cespiti cui si riferiscono, producendo la sterilizzazione dell'ammortamento stesso mediante la voce di CE "Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio".

Rispetto alle mancate sterilizzazioni riferite all'esercizio 2017 e precedenti, come ricordato nel precedente paragrafo, sono state effettuate dell'analisi volte a circoscrivere l'operazione "straordinaria all'esercizio 2017"³⁴. Parliamo di un importo che si aggira intorno ai 250 €/mil di valore che dovrà essere stornato dagli utili/perdite portati a nuovo a livello patrimoniale evitando di impattare sul conto economico.

Rispetto agli esercizi 2018-2020 le Aziende proseguiranno, a regime, le sterilizzazioni degli ammortamenti, per le quali è stato stimato il seguente impatto:

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
AA0980 A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	39.355,00	46.797,00	55.980,00	57.468,09	63.878,49	63.878,49

Inoltre coerentemente a quanto disposto dal DM del 15 giugno 2012 (rif. Linee guida alla compilazione del modello SP), si ricorda che in sede di redazione del primo stato patrimoniale si sarebbe dovuto procedere ad alimentare una specifica voce di Patrimonio Netto: Finanziamenti per beni di prima dotazione. Tale voce rappresenta "la contropartita ai beni ammortizzabili iscritti nell'attivo, la cui acquisizione originaria si presume sia stata finanziata da contributi in c/capitale". Rispetto allo SP 2013 delle aziende di Regione Sardegna, soltanto due enti avevano provveduto all'imputazione di tale voce: ASL 102 Olbia per 8.599 €/migl e la ASL Nuoro per 18.734 €/migl. Si ritiene pertanto utile un'operazione di analisi e sistematizzazione del patrimonio netto/fondo di dotazione "originario" al 01.01.1998.

Risultati programmati

- Correttezza dei dati contabili ai fini della quantificazione delle corrette coperture delle perdite d'esercizio da parte della Regione Sardegna.

Indicatori di risultato

- Approvazione dei bilanci d'esercizio 2017 con la corretta definizione delle sterilizzazioni degli ammortamenti e delle rettifiche dei contributi in conto esercizio e monitoraggio continuativo di queste operazioni.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori Generali delle ASR.

³⁴ Una più completa definizione dell'attività in argomento sarà rilevabile in occasione della chiusura del bilancio d'esercizio 2017 con adeguata rappresentazione nella Nota Integrativa e potrà dare luogo ad una ulteriore riduzione delle perdite pregresse.

Programma 4: Flussi informativi sanitari

Il programma, seguendo le disposizioni ministeriali vigenti, si propone la realizzazione di specifici obiettivi all'interno del "Protocollo d'intesa tra la regione Autonoma della Sardegna e le Aziende Sanitarie della Sardegna per il coordinamento strategico in ambito ICT – patto per l'ICT in Sanità" dove si definiscono il quadro dei principi, dei processi e delle metodologie per il coordinamento strategico delle azioni in ambito ICT tra la Regione Sardegna, l'Azienda per la Tutela della Salute, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari, l'Azienda Ospedaliera Brotzu e l'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza.

L'ambito di intervento del programma è specificatamente orientato ai flussi informativi delle prestazioni sanitarie erogate (c.d. debito informativo ministeriale) attraverso la piena operatività della funzione dedicata di raccordo e coordinamento del Tavolo permanente RAS – Aziende Sanitarie sui flussi informativi sanitari, istituito all'interno del citato protocollo d'intesa RAS – Aziende Sanitarie (Nota Direzione I Servizio n. 11831 del 10.05.2018).

Obiettivo del Tavolo permanente è il confronto continuo sulle principali criticità derivanti dall'analisi dei flussi informativi sanitari in termini di aderenza della rilevazione, accuratezza e tempestività, nonché la condivisione delle azioni correttive conseguenti, da strutturare tramite incontri costantemente pianificati con i referenti aziendali formalmente individuati.

Le azioni proposte si concentrano principalmente sulle maggiori criticità osservate nella raccolta, archiviazione, consolidamento e trasmissione ai competenti uffici dell'amministrazione centrale dei flussi informativi sanitari sia in relazione al riassetto del Servizio Sanitario Regionale sulla base della Legge Regionale 17 novembre 2014, n. 23 ed all'Istituzione della Azienda unica regionale per la Tutela della Salute con Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 e sia relativamente a quanto emerso dal monitoraggio degli indicatori della Griglia LEA. Infatti, sulla base della Deliberazione di Giunta regionale n. 38/27 del 30.09.2014 il Comitato permanente di monitoraggio dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie e della qualità dei livelli essenziali di assistenza erogati (costituito con Decreto dell'Assessore dell'Igiene, Sanità ed Assistenza sociale n. 79 del 13.01.2015) ha avuto tra i compiti assegnati quello di monitorare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nel territorio regionale, mantenendo un adeguato e coerente benchmark con il sistema nazionale come definito dal Comitato LEA ed ha rilevato alcuni ambiti specifici di intervento. Inoltre, in attuazione della Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna come approvata dal Consiglio Regionale nella seduta del 25 ottobre 2017, si rendono necessari alcune azioni strutturali nell'architettura del Sistema Informativo Sanitario Regionale funzionali al nuovo assetto così definito.

Gli interventi sono mirati a perseguire l'accuratezza (qualità, completezza e tempestività) delle informazioni raccolte finalizzata all'utilizzo dei dati per le finalità d'istituto e l'assolvimento del debito ministeriale: da una parte sul versante erogatori (Aziende Sanitarie e privato accreditato) con un ruolo di coordinamento da parte della Regione nel sovraintendere ed armonizzare modalità e processi di raccolta ed archiviazione dei dati entro il SISaR secondo le metriche definite; dall'altra, sul versante interno l'amministrazione regionale (Assessorato Sanità), in modo da permettere che ogni Centro di Responsabilità competente per linea di attività (quale destinatario principale dei dati e delle informazioni raccolte attraverso i flussi informativi correnti) sovraintenda e monitori il processo organizzativo che sta alla base delle prestazioni sanitarie erogate oggetto delle singole rilevazioni.

Sulla base delle analisi effettuate ed in relazione alla distanza di alcune attività dalle indicazioni ministeriali si individuano quattro interventi prioritari.

Intervento 4.1: Azioni di miglioramento, in termini di completezza, qualità e tempistica, dei flussi informativi (NSIS)

Azione 4.1.1 Accuratezza ed allineamento delle anagrafiche di riferimento

Nell'ambito delle azioni di coordinamento suddette, è stato riscontrato che la principale criticità è legata al mancato aggiornamento delle anagrafiche di riferimento per i flussi informativi sanitari, con particolare riferimento ai Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle Aziende e delle Strutture sanitarie di cui al Decreto Ministro della Salute del 5 dicembre 2006 e, più in particolare ai modelli HSP. Da un'analisi relativa al flusso SDO, è stato, infatti, riscontrato un certo disallineamento tra il tracciato delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO – File A) e le relative anagrafiche di riferimento (modelli NSIS HSP12 e HSP13), anche in relazione all'effettiva strutturazione della Rete Ospedaliera (in termini di strutture eroganti e di produzione) così come definita nel provvedimento approvato dal Consiglio

regionale nella seduta del 25 ottobre 2017.

Dall'analisi svolta sulle SDO relative ai primi mesi del 2018, risulta, infatti, che 40 Unità Operative sono presenti nei modelli in HSP ma registrano alcuna attività SDO. Viceversa, 37 Unità Operative registrano attività SDO ma non sono presenti in HSP. A seguito di tale analisi, è stato avviato già un processo di verifica e allineamento delle anagrafiche, in sinergia con le Aziende Sanitarie.

Risultati programmati

- Definizione dei processi di allineamento delle anagrafiche di riferimento;
- Completa aderenza delle anagrafiche di riferimento con le strutture aziendali e del privato accreditato
- Strutturazione di una rete regionale (Assessorato Sanità e Aziende Sanitarie) per il monitoraggio e l'aggiornamento delle anagrafiche e la corretta acquisizione dagli erogatori delle informazioni (dati) per l'alimentazione dei corrispondenti flussi informativi a garanzia dei livelli di accuratezza e completezza necessari.

Indicatori di risultato

- Unità Operative con attività tracciata nel flusso SDO coincidenti con quelle presenti nei modelli HSP (12 e 13)

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori Generali ASR

Si ribadisce che per il successo dell'azione è indispensabile il coinvolgimento vincolante delle Aziende Sanitarie per le attività interne di competenza e dell'Unità Progetti in Sanità della Società in house SardegnaIT.

Azione 4.1.2 Revisione e aggiornamento del disciplinare tecnico "Flussi Informativi Sanitari"

L'attuale disciplinare regionale dei flussi informativi si presenta nella versione 2.2 del 1 luglio 2016 e deriva da aggiornamenti successivi, ma non sostanziali, della versione approvata con Determinazione del Direttore generale della Sanità n. 1531 del 30.12.2014. Il documento riporta le specifiche funzionali dei tracciati e analizza i flussi informativi per l'alimentazione delle Banche dati Regionali ai fini del monitoraggio dei flussi sanitari correnti ed è riferito a 16 flussi informativi.

L'entrata in vigore di provvedimenti specifici, sia regionali che nazionali, tra cui si cita il Decreto del Ministro della Salute n. 271 del 07/12/2016 (nuove regole di codifica delle schede SDO) ha portato all'emanazione di diverse circolari sui flussi informativi rivolte alle aziende che hanno aggiornato quanto previsto nel disciplinare vigente.

In particolare, il DM 261/2016 richiama la finalità generale del flusso informativo delle SDO inizialmente definita dal DM 380/2000, alimentato con informazioni sintetiche e fedeli della cartella clinica per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati, ribadendo come la SDO è parte integrante della cartella clinica di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.

Prioritariamente sarà indispensabile aggiornare il disciplinare in relazione ai seguenti flussi: SDO, ARS (Assistenza Residenziale e Semiresidenziale) e ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) – come codificati nel disciplinare tecnico ministeriale attuale.

Inoltre, appare opportuno, anche alla luce degli obiettivi di monitoraggio dell'erogazione dei LEA, inserire tra i flussi regionali codificati, quelli relativi alla Salute Mentale (SISM) e alle dipendenze (SIND), attualmente rilevati e trasmessi al Ministero per l'assolvimento del relativo debito ma gestiti esternamente al SIDI – Sistema Informativo del Debito Informativo, applicazione entro SISaR che sovrintende la gestione dei flussi informativi a livello regionale.

Risultati programmati

- Aggiornamento del disciplinare per i flussi sull'assistenza domiciliare integrata (SIAD) e Sull'assistenza residenziale e semi-residenziale (FAR)

- Introduzione nel disciplinare tecnico “Flussi Informativi Sanitari” dei flussi sulla salute mentale (SISM) e sulle dipendenze (SIND).

Indicatori di risultato

- Approvazione della nuova versione del disciplinare tecnico “Flussi Informativi Sanitari” con provvedimento del Direttore generale della Sanità

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità.
- Direttore del Servizio promozione e governo delle reti di cure della DG Sanità (per le attività di aggiornamento/adeguamento ed integrazione conseguenti a disposizioni specifiche per i flussi ARS e ADI, SISM e SIND).
- Direttori Generali ASR

Si ribadisce che per il successo dell'azione è indispensabile il coinvolgimento vincolante delle Aziende Sanitarie per le attività interne di competenza

Intervento 4.2: Allineamento XMPI/ANAGS

Azione 4.2.1 Gestione completa ed accurata delle anagrafiche degli assistiti/assistibili e dei contatti.

La gestione e disponibilità dell'Anagrafe assistiti/assistibili e contatti è requisito essenziale per l'esatta quantificazione e gestione del carico assistenziale e consente sia di gestire l'erogazione dell'assistenza nel territorio (MMG/PLS e continuità assistenziale), sia di effettuare puntualmente le compensazioni per le prestazioni erogate in ambito di mobilità interregionale ed internazionale, nonché l'esatta quantificazione dei contatti, intesi come soggetti temporaneamente presenti nel territorio regionale cui è necessario fornire assistenza sanitaria nei modi e nelle forme previste dalla normativa vigente (STP, ENI, etc.).

Il sistema ANAGS è stato realizzato a partire da un intervento collocato all'interno dell'Accordo di programma quadro (ex delibera CIPE 17/2003) sottoscritto il 28 dicembre 2004 fra il Ministero per l'Innovazione e le Tecnologie, il Ministero per l'Economia e le Finanze e la Regione Autonoma della Sardegna, finalizzato allo sviluppo della Società dell'Informazione in Sardegna. In tal modo la Regione Autonoma della Sardegna si è posta l'obiettivo di realizzare il sistema di gestione dell'anagrafe sanitaria, a supporto di tutto il sistema di sanità elettronica regionale. Il punto centrale del progetto è un modello che punta a superare le difficoltà tradizionali di allineamento e certificazione dei dati demografici che stanno alla base della gestione del Sistema Sanitario Regionale (la Regione, i 377 comuni e originariamente le 8 ASL presenti sul territorio, ora Azienda Unica per la Tutela della Salute della Sardegna). L'obiettivo principale del progetto è stato l'allineamento dell'anagrafe sanitaria dei cittadini sardi con le basi dati residenti presso i comuni (per i dati demografici e di residenza), quelle presso le ASL (per le relazioni con la medicina di base) e l'anagrafe del Ministero delle Finanze (per i codici fiscali).

Il sistema è integrato con altri progetti di Sanità elettronica dei quali costituisce l'anagrafica di riferimento degli assistiti e la qualità e l'affidabilità delle informazioni in esso contenute è garantita dal costante collegamento con le fonti “certificate” dei dati anagrafici ed è stato oggetto di specifici interventi successivi per la sua estensione con la funzionalità di scelta e revoca contestuale del medico di famiglia anche via WEB, l'offerta di servizi online ai cittadini (CUPWEB), la sinergia con il progetto Tessera Sanitaria – Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS) ed altre funzionalità come la consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico o la possibilità di accesso ad altri sistemi informativi regionali in fase di realizzazione, non solo sanitari.

Fin dalla sua istituzione, con la DGR n. 2/23 del 18.01.2011, ANAGS è stata individuata quale sistema informativo unico regionale di Anagrafica degli assistiti del Servizio Sanitario Regionale da parte di tutte le Aziende Sanitarie. La sua integrazione con i sistemi informativi sanitari è avvenuta attraverso la piattaforma XMPI presso tutte le strutture delle Aziende Sanitarie della Regione (AO Brotzu, AOU di Cagliari e Sassari e le strutture delle ex otto ASL competenti per territorio – ora ATS).

Il riassetto del Servizio Sanitario Regionale sulla base della Legge Regionale 17 novembre 2014, n. 23 e l'Istituzione della Azienda unica regionale per la Tutela della Salute con Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 impongono di aggiornare gli attuali sistemi informatici sia in relazione all'architettura degli stessi, sia in termini di funzionalità che si sono rese necessarie in relazione all'evoluzione della normativa vigente.

In particolare è necessario intervenire su tutti i sistemi entro SISaR che devono interfacciarsi con ANAGS in modo che siano con quest'ultima allineati in tempo reale e prevedere le necessarie integrazioni funzionali perché si possano gestire internamente ad essa anche le BD di soggetti che non rientrano nella categoria assistiti/assistibili come previsto dall'intervento 2.3 STP/ENI Authority System regionale per la gestione dei codici STP/ENI per gli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno.

Risultati programmati:

- Aggiornamento dei sistemi presso le Aziende Sanitarie (XMPI) per un allineamento in tempo reale con ANAGS;
- Integrazione di ANAGS con la BD STP/ENI.

Indicatori di risultato:

- Messa a regime integrazione XMPI/ANAGS automatica e inclusione in ANAGS BD STP/ENI.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori Generali ASR.

Si ribadisce che per il successo dell'azione è indispensabile il coinvolgimento vincolante delle Aziende Sanitarie per le attività interne di competenza e dell'Unità Progetti in Sanità della Società in house SardegnaIT.

Azione 4.2.2. Interconnessione intra ed inter flussi informativi sanitari riguardo la pseudonimizzazione con la gestione dei dati nel rispetto del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR-Regolamento UE n. 2016/679).

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS) avviato sulla base Conferenza Stato/Regioni del 22 febbraio 2001, si propone quale strumento essenziale per il governo della sanità a livello nazionale, regionale e locale, nonché migliorare l'accesso alle strutture e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini - utenti. Il protocollo d'intesa del 23 marzo 2005 e, successivamente, il Patto per la Salute del 28 settembre 2006 hanno ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio sanitario nazionale.

Sulla base delle finalità ascritte all'NSIS, Il Decreto del Ministero della Salute del 7 dicembre 2016, n. 262 (GU Serie Generale n.32 del 08-02-2017) "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato" si prefigge di perseguire il Sistema di integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali (SIIS), inserito nell'ambito del NSIS, quale sistema di supporto ai diversi livelli del Servizio sanitario nazionale (locale/regionale e nazionale), ideato ed implementato secondo il principio che è necessario intercettare l'informazione relativa al singolo evento sanitario, su base individuale, per consentire diverse e articolate forme di aggregazione e di analisi dei dati, non essendo possibile prevedere a priori tutti i possibili criteri di aggregazione degli eventi stessi al fine del perseguimento delle finalità del NSIS. In questo contesto sono perseguibili a livello regionale le medesime finalità previste dalle procedure per l'interconnessione a livello nazionale, nell'ambito dell'NSIS, dei sistemi informativi su base individuale oggetto di specifica rilevazione (compresa l'anagrafe assistibili e la banca dati delle esenzioni per patologia):

- valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche;
- monitoraggio dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché per migliorare il monitoraggio e la valutazione della qualità e dell'efficacia dei percorsi di cura (PDTA);
- finalità statistiche perseguite dai soggetti pubblici che fanno parte del Sistema statistico nazionale (SISTAN).

Risultati programmati:

- Analisi e strutturazione di applicativo specifico WEB-based per l'evocazione di un servizio di cifratura intra ed inter-flussi che integri le funzionalità del Sistema Integrato per l'assolvimento del Debito Informativo (SIDI), permettendo in modo reversibile o irreversibile (funzionalmente alle elaborazioni interne o verso soggetti privati/istituzionali o autorità giudiziaria) la cifratura della/delle basi dati disponibili nel rispetto del GDPR Regolamento UE n. 2016/679.

Indicatori di risultato:

- Messa a regime integrazione del servizio.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori Generali ASR.

Si ribadisce che per il successo dell'azione è indispensabile il coinvolgimento vincolante dell'Unità Progetti in Sanità della Società in house SardegnaIT.

Intervento 4.3: STP/ENI Authority System regionale per la gestione dei codici STP/ENI per gli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno

Azione 4.3.1: STP/ENI Authority System

In relazione al disposto del Comma 1 dell'Art. 32 del DL n. 50 del 24.04.2017, le competenze relative al finanziamento delle prestazioni di cui all'articolo 35, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n.286, già attribuite al Ministero dell'Interno, sono trasferite al Ministero della salute, con decorrenza dal 1 gennaio 2017, in coerenza con le risorse a tal fine stanziati nel bilancio dello Stato in apposito capitolo di spesa. Pertanto, a partire da tale data, le prestazioni sanitarie erogate a soggetti STP e la relativa valorizzazione economica saranno desunte dai corrispondenti flussi informativi sanitari entro il NSIS sulla base del relativo debito informativo alimentato dalle singole Regioni e PA e su tale quantificazione si basa la regolazione finanziaria dei saldi regionali con la compensazione delle spese sostenute di anno in anno.

Pertanto è di rilevante importanza la corretta attribuzione dei codici STP con la produzione della necessaria documentazione a corredo, la registrazione degli elementi rilevanti per l'identificazione dei soggetti destinatari nei sistemi informativi aziendali e la contestuale trasmissione del relativo debito informativo sulla piattaforma Tessera Sanitaria; in tal modo si permette a livello ministeriale la verifica della corrispondenza tra i soggetti STP rilevati da flussi informativi perché destinatari di prestazioni sanitarie e quanto risulta nella corrispondente Base Dati presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze sulla base delle registrazioni effettuate dalle singole Regioni e PA (cioè la verifica che si tratta di un codice STP valido e attribuito ad un individuo avente diritto sulla base della normativa vigente).

L'analisi effettuata entro il tavolo di coordinamento "Flussi informativi sanitari" in relazione alle modalità di censimento degli stranieri e l'eventuale attribuzione dei relativi codici STP ha mostrato molteplici criticità in ordine sia all'attribuzione legittima e corretta del codice STP agli aventi diritto, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, sia alla conseguente e necessaria trasmissione di tali codici tramite la procedura scambio file presente nel Portale TS secondo specifico tracciato informatico ad hoc definito.

Infatti, allo stato attuale le funzionalità per registrare e censire soggetti STP/ENI sono disponibili in tutti i sistemi SISaR attraverso il modulo anagrafico XMPI, che all'atto della registrazione permette di generare un nuovo codice secondo una sequenza definita per le AS (AO/AOU/ASSL) che ospita l'impianto XMPI. La sequenza rispetta sintassi e progressività interna, tuttavia i codici generati non sono stati finora trasmessi al Sistema TS per cui non sono stati validati.

Per quanto riguarda i codici generati da XMPI si è aggiunto un ulteriore elemento di criticità dovuto all'istituzione della Azienda per la Tutela della Salute (ATS) che ha inglobato le precedenti 8 ASL (attualmente Aree Socio Sanitarie Locali - ASSL) ma gli impianti XMPI, riferiti alle precedenti ASL, continuano a produrre codici STP/ENI non riferiti all'attuale ATS e, quindi, generati senza utilizzare "201" come Codice della AS e senza una sequenza progressiva unica per tutte le ASSL. È stato riscontrato, inoltre, un uso improprio dei codici STP, probabilmente anche per "velocizzare" le procedure di accettazione (senza adeguata accuratezza nella registrazione della componente anagrafica e nell'acquisizione della relativa dichiarazione di indigenza).

Le anomalie procedurali, gli errori riscontrati ed il mancato invio dei codici attribuiti implicano, inevitabilmente, effetti negativi in relazione alla regolazione finanziaria dei saldi regionali con la compensazione delle spese sostenute di anno in anno da parte del Ministero della Salute. Ragione questa che ha motivato i lavori all'interno del citato tavolo di coordinamento "Flussi informativi sanitari" che, con il supporto tecnico della Società in house SardegnaIT, ha ipotizzato la realizzazione di un sistema unico regionale per il censimento degli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e soggiorno per l'accesso a cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali: l'STP/ENI Authority System.

Tale sistema centralizzato per la gestione amministrativa funge da Authority di rilascio dei codici STP/ENI e sarà facilmente accessibile da soggetti appartenenti a contesti differenti. Tale sistema sarà l'unica applicazione utilizzata per il rilascio di codici STP/ENI in Sardegna con la contestuale disabilitazione per tutti gli accessi al Sistema TS per la generazione diretta di codici STP/ENI dato che questi andrebbero a collidere con quelli generati dall'Authority. Le funzionalità di registrazione e assegnazione dei codici STP/ENI rimangono disponibili per gli operatori sanitari, in particolare di accettazione in PS e nei reparti ospedalieri, in quanto operano su un proprio gestionale (PSWEB e ADTWEB) per la fase di accettazione; gestionali che utilizzano la stessa componente anagrafica XMPI integrata col sistema di Authority per cui il censimento è effettuato direttamente sul gestionale operativo che associa i codici validi ottenuti in interoperabilità dal sistema STP/ENI Authority System. In tal modo il censimento di nuovi pazienti STP/ENI rimane direttamente disponibile per gli operatori sanitari e comporta: la richiesta di un codice STP/ENI valido al sistema STP/ENI Authority System, la creazione dell'anagrafica in XMPI, la trasmissione al STP/ENI Authority System dell'anagrafica STP/ENI creata. Il censimento di un paziente STP/ENI si completa con la stampa del tesserino e della dichiarazione di indigenza da conservare a corredo della documentazione sanitaria prodotta in relazione alla prestazione erogata, secondo procedure proprie di ciascuna Azienda.

L'STP/ENI Authority System a regime fungerà da sistema l'unico di rilascio codici STP/ENI e gli utenti amministratori del sistema presso SardegnaIT fruiranno delle funzionalità per l'estrazione del flusso STP/ENI da trasmettere al Sistema TS con la necessaria cadenza (giornaliera).

L'avvio del Sistema descritto deve essere accompagnato da una sensibilizzazione e formazione degli operatori interessati dal processo di generazione di detti codici.

Risultati programmati

- Utilizzo appropriato dei codici STP/ENI e accuratezza della loro registrazione
- Generazione di codici validi

Indicatori di risultato

- STP/ENI Authority System pienamente operativo con % di trasmissione su TS superiori al 95%

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori Generali ASR.

Si ribadisce che per il successo dell'azione è indispensabile il coinvolgimento vincolante delle Aziende Sanitarie per le attività interne di competenza e dell'Unità Progetti in Sanità della Società in house SardegnaIT.

Intervento 4.4: Gestione dei dati di ospedalizzazione in relazione all'organizzazione del Presidio Unico di Area Omogenea.

Azione 4.4.1: Adeguamento infrastruttura SISaR – ADT (Accettazione – Dimissione – Trasferimenti)

La ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna approvata dal Consiglio regionale nella seduta del 25 ottobre 2017, definisce il Presidio ospedaliero unico di area omogenea quale unica entità funzionale, organizzativa ed amministrativa, eventualmente ripartito in più stabilimenti, che garantisce l'erogazione delle attività sanitarie di ricovero ai cittadini. Il presidio ospedaliero è l'articolazione organizzativa che aggrega tutti gli stabilimenti ospedalieri aventi sede in ogni ASSL e, al fine di rendere omogenea l'organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche, la ridefinizione della rete ospedaliera stabilisce di organizzare anche le strutture sanitarie delle aziende ospedaliere in unico presidio articolato in più stabilimenti.

Il modello organizzativo adottato deve coerentemente confarsi alle disposizioni vigenti sulla disciplina del flusso informativo delle SDO e, in particolare, al Decreto del Ministro della salute n. 261 del 7 dicembre 2016 che integra le informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera e disciplina il relativo flusso informativo al fine di adeguare il contenuto informativo della SDO alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria.

La definizione del Presidio ospedaliero unico di area omogenea quale unica entità funzionale, organizzativa ed amministrativa, corrisponde a quella di istituto di cura (così come identificato nel

modello NSIS HSP11) e per cui si afferma come l'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso non deve obbligatoriamente comportare la sua dimissione e successiva riammissione (a meno della casistica per cui vi è un passaggio ordinario/diurno o viceversa, ed il passaggio da acuti/post-acuti o viceversa per cui si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO).

Sulla base delle considerazioni esposte, si è posta la necessità di aggiornare gli attuali sistemi informatici entro SISaR (ADT – Accettazione Dimissione Trasferimento) per consentire la gestione informatica delle Schede di Dimissione Ospedaliera e la conseguente produzione del relativo flusso informativo nell'ambito dello stesso ospedale sia, come già avviene, quando articolato su un unico stabilimento, sia quando, sulla base della definizione di Presidio ospedaliero unico di area omogenea, sia articolato su più stabilimenti, permettendo, in tal modo, che l'organizzazione e la gestione dell'attività di ricovero erogata sia opportunamente tracciata e rilevata nelle applicazioni informatiche a supporto.

In particolare, le attuali applicazioni informatiche SISaR devono poter puntualmente rilevare i trasferimenti tra unità operative differenti dello stesso presidio anche eventualmente dislocati su differenti stabilimenti che, per quanto indicato nella citata normativa di riferimento, si può attuare solo nell'ambito dell'attività di ricovero in regime ordinario per acuti. Possibilità che deve opportunamente veder aggiornate le anagrafiche NSIS di riferimento sia nei codici assegnati al presidio ed ai suoi stabilimenti, sia nei codici assegnati delle unità operative di ricovero all'interno dello stesso Presidio ospedaliero unico di area omogenea.

Allo stato attuale sulla base della citata "Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna" ed in relazione a quanto risulta dall'attività di ricovero erogata in produzione nell'anno di riferimento 2017, le strutture in cui è prevista un'articolazione su più stabilimenti e, pertanto, interessate a tale aggiornamento degli applicativi SISaR (ADT), sono i sei DEA di I livello di competenza ATS (Nord/Ovest, Nord/Est, Nuorese, Oristanese, Sulcis-Inglesiente, Sud/Est), il Presidio unico ospedaliero dell'area Nord/Ovest e i due dell'area Sud/Est.

Ad oggi, risultano completati gli adeguamenti del sistema ADT di due Presidi Unici Ospedalieri (area Nord/Ovest e uno dell'area Sud/Est – quest'ultimo a regime dall'inizio di ottobre 2018), mentre per il rimanente Presidio Unico Ospedaliero dell'area Sud/Est si sta valutando la realizzazione di una applicazione alternativa (che non impatta sul sistema ADT) dati i rari trasferimenti tra i due stabilimenti di riferimento.

Risultati programmati

- Gestione del flusso SDO coerente con il DM 261/2016
- Anagrafiche strutture coerenti con la riorganizzazione della rete ospedaliera

Indicatori di risultato

- Adeguamento del sistema SISaR – ADT per tutti e sei i DEA di I livello di competenza ATS

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori Generali ASR.

Si ribadisce che per il successo dell'azione è indispensabile il coinvolgimento vincolante dell'ATS per le attività interne di competenza e dell'Unità Progetti in Sanità della Società in house SardegnaIT.

Programma 5: Sistemi informativi

Intervento 5.1: Evoluzione e diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Il FSE è stato istituito dall'art. 12 del Decreto Legge n. 179/2012 e successivamente disciplinato dal D.P.C.M. n. 178/2015 mediante il quale sono state definite a livello nazionale le regole sulla base delle quali le Regioni devono predisporre o adeguare il proprio sistema di FSE. La Legge di bilancio 2017 (Legge 11 dicembre 2016, n. 232), pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 21 dicembre 2016 ed entrata in vigore il 1 gennaio 2017, prevede il commissariamento per le Regioni che non rispetteranno le regole riguardanti l'attuazione del FSE e dispone che l'interoperabilità dei FSE regionali sia attuata mediante un'infrastruttura nazionale realizzata dall'AgID (Agenzia per l'Italia digitale) in accordo con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, a cui tutte le Regioni e le Province autonome dovranno aderire, garantendo l'interconnessione entro tempistiche certe e stringenti. La Regione Sardegna dispone già di un proprio FSE operativo e funzionante, realizzato nel puntuale rispetto della normativa previgente e già interoperabile con la piattaforma nazionale FSE-INI che assicura il livello interregionale del fascicolo.

Il trend di aperture di nuovi FSE da parte dei cittadini registra un costante progresso che però necessita di un sostegno continuo mediante l'incremento dei documenti sanitari presenti, sia in termini di tipologia che di quantità di sistemi integrati inviati dati, l'adozione di interventi per la promozione e la comunicazione al cittadino, la semplificazione e agevolazione dell'accesso, il rafforzamento delle infrastrutture e la reingegnerizzazione delle architetture, la realizzazione di nuovi strumenti e servizi orientati al cittadino e agli operatori.

Con delibera n. 17/14 del 4.4.2017, la Giunta Regionale ha dato mandato alla Direzione generale della Sanità di procedere alla progettazione ed attuazione degli interventi per la realizzazione delle evoluzioni del Fascicolo Sanitario Elettronico. La fase in cui il FSE si accinge ad entrare prevede un suo popolamento ed utilizzo sempre crescenti. Sono infatti questi due principali fattori, non indipendenti tra loro, che sono in grado di accelerare quantità e qualità dell'audience del sistema e far raggiungere la massa critica necessaria per la sua progressiva capillarizzazione di utilizzo.

Le nuove funzionalità da sviluppare devono guardare a questo scenario cercando di rafforzarne i presupposti sia dal punto di vista tecnico che, soprattutto, dal punto di vista dell'esperienza che contributori, fruitori professionisti e cittadini/pazienti faranno nel prossimo futuro utilizzando i contenuti del FSE attraverso la multicanalità.

Gli obiettivi per il triennio, allineati agli indirizzi a livello nazionale, consistono:

- nell'adeguamento completo alla normativa vigente in materia di FSE;
- nella copertura del 100% della gestione dei documenti obbligatori previsti dalla normativa, aggiungendo elementi allo stato attuale mancanti quali il dossier farmaceutico e il consenso alla donazione di organi e tessuti;
- nella copertura di nuovi documenti e sezioni opzionali previsti dalla normativa, tra cui il diario delle vaccinazioni, il testamento biologico, il taccuino personale dell'assistito, etc.;
- nel miglioramento dell'usabilità e della fruibilità del sistema e nell'attivazione dell'accesso tramite app da smartphone;
- nella conduzione a regime dell'interoperabilità con il sistema nazionale FSE-INI;
- nel raggiungimento della quota del 15% della popolazione regionale con FSE attivo;
- nel caricamento sul FSE del 100% dei referti di laboratorio prodotti dalle strutture pubbliche;
- nel caricamento sul FSE dell'80% dei referti di laboratorio prodotti dalle strutture private accreditate;
- nel caricamento sul FSE da parte dei MMG/PLS dei profili sanitari sintetici dell'80% dei propri pazienti che abbiano aperto il FSE.

Si rileva pertanto la necessità di:

- attivare le azioni di adeguamento tecnico del FSE attraverso l'affidamento di un nuovo progetto di evoluzione del sistema informativo regionale;
- attivare le azioni organizzative per l'incremento della diffusione del FSE.

Azione 5.1.1: Adeguamento tecnico del FSE

La Regione dovrà assicurare entro il triennio l'esecuzione di tutti gli adeguamenti e le evoluzioni del proprio sistema informativo FSE necessari per il completo allineamento alle previsioni normative in materia, ivi incluse le nuove disposizioni che eventualmente subentreranno nel periodo, qualora fattibili nell'arco di tempo residuo disponibile. Dovranno inoltre essere sviluppate funzionalità ulteriori e ad alto valore aggiunto rispetto all'appetibilità del sistema verso il cittadino, al fine di stimolarne la diffusione. Sempre in tale ottica dovranno essere previste azioni per la semplificazione dell'accesso, l'usabilità, la fruibilità, nonché la multicanalità anche tramite smartphone.

Si noti che prerequisito fondamentale per tutte le attività che prevedono l'integrazione con i sistemi informativi delle Aziende Sanitarie è la collaborazione e l'allineamento di queste ultime per le azioni di competenza, in primis l'attuazione dei corrispondenti adeguamenti sui propri contratti di manutenzione dei sistemi terzi. In assenza di tale prerequisito si avrà un sistema regionale FSE potenzialmente adeguato a livello di struttura, funzionalità e interfacce, ma "vuoto" e non funzionante in quanto non alimentato dai sistemi informativi aziendali produttori (sourcer) dei documenti sanitari. Inoltre la presente azione risulta fortemente integrata e dipendente per il suo successo dall'attuazione delle attività di cui all'azione successiva.

Risultati programmati

- Affidamento di un nuovo contratto per l'evoluzione e adeguamento del sistema informativo FSE regionale.
- Rimodulazione delle azioni di accompagnamento progettuale in capo alla società in house SardegnaIT mediante apposito piano di progetto.

Indicatori di risultato

- adeguamento completo alla normativa vigente in materia di FSE;
- sistema in grado di gestire tutti i documenti e le sezioni obbligatorie previste dalla normativa;
- sviluppo del sistema per gestire nuovi documenti e sezioni opzionali previsti dalla normativa, tra cui il diario delle vaccinazioni, il testamento biologico, il taccuino personale dell'assistito, etc.;
- attivazione dell'accesso tramite SPID e con app da smartphone;
- conduzione a regime dell'interoperabilità con il sistema nazionale FSE-INI.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori Generali ASR.

Si ribadisce che per il successo dell'azione è indispensabile il coinvolgimento vincolante delle Aziende Sanitarie per le attività interne di competenza e dell'Unità Progetti in Sanità della Società in house SardegnaIT.

Azione 5.1.2: Azioni organizzative per la diffusione del FSE

Gli obiettivi di diffusione del FSE dipendono solo parzialmente dalla disponibilità, funzionalità e completezza del sistema informativo regionale che implementa il fascicolo. Il successo del progetto è invece fondamentalmente dipendente dalle azioni organizzative e di contesto messe in campo per sostenere l'utilizzo e la penetrazione del FSE tra cittadini e operatori del SSR.

A tal fine occorre che la Regione e le Aziende Sanitarie curino tutte le attività necessarie per assicurare il soddisfacimento dei prerequisiti strutturali a livello di organizzazione, di processo e di coinvolgimento/gestione del personale impattato dal progetto. In particolare è necessario instaurare gli opportuni vincoli e accordi verso i soggetti da cui dipende la produzione dei documenti che devono confluire sul FSE, con particolare riferimento ai laboratori di analisi, al personale ospedaliero e del distretto socio-sanitario, nonché soprattutto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, canale quest'ultimo fondamentale anche per la promozione e attivazione del FSE.

Risultati programmati

- Definizione degli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie relativi alla diffusione del FSE.

- Definizione dei prerequisiti “di dominio” indispensabili per la diffusione del FSE (cataloghi ufficiali prestazioni, disciplinari, tariffari, nomenclatori, anagrafiche, linee guida regionali, standardizzazione processi, etc.).
- Definizione e attuazione di tutte le necessarie azioni contrattuali e di gestione del personale eventualmente necessarie (adeguamento convenzioni con MMG/PLS, con strutture private accreditate, regolamenti aziendali, etc.).

Indicatori di risultato:

- 15% della popolazione regionale con FSE attivo;
- attivazione del servizio di supporto all’apertura del FSE da parte dei MMG/PLS;
- caricamento sul FSE del 100% dei referti di laboratorio dei pazienti che hanno aperto il FSE prodotti dalle strutture pubbliche;
- caricamento sul FSE dell’80% dei referti di laboratorio dei pazienti che hanno aperto il FSE prodotti dalle strutture private accreditate;
- caricamento sul FSE da parte dei MMG/PLS dei profili sanitari sintetici dell’80% dei propri pazienti che abbiano aperto il FSE.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori Generali ASR.

Si ribadisce che per il successo dell’azione è indispensabile il coinvolgimento vincolante delle Aziende Sanitarie per le attività interne di competenza e dell’Unità Progetti in Sanità della Società in house SardegnaIT.

Intervento 5.2: Patto per l’ICT in sanità

L’attuale assetto di governo del sistema informativo sanitario regionale deriva direttamente dall’ultimo inquadramento strategico complessivo effettuato dalla Regione, risalente al piano regionale del 2005, approvato con la Delibera del 13 luglio 2005, n. 32/4, poi precisato nel dettaglio per quanto concerne in particolare il sistema SISaR con la Delibera del 2 agosto 2006, n. 34/28. La concezione alla base di tale piano nasceva da un contesto di elevata disomogeneità e frammentazione del SSR e mirava all’unificazione di processi e sistemi tra le varie Aziende, mediante l’intervento invasivo e diretto della Regione, con il fine di consentire il dispiegamento di politiche di governo unitario e coerente a livello regionale. Il quadro tecnologico attuale vede il sistema SISaR ormai a regime da anni e che gli obiettivi principali di omogeneizzazione e unificazione, prima operanti in un contesto “federale” di più aziende indipendenti, hanno ora raggiunto il loro coronamento definitivo anche a livello istituzionale con la nascita dell’azienda sanitaria unica regionale (ATS), risultando così finalmente connaturati nella struttura stessa del SSR

La creazione dell’ATS stessa e dell’AREUS, la riforma della rete ospedaliera e di quella dei laboratori, nonché la riorganizzazione delle cure primarie, unitamente a tutti gli altri interventi di riordino in corso, rappresentano innovazioni radicali che richiedono un riallineamento dei principi e degli strumenti strategici rispetto al quadro preesistente. Inoltre, la legge regionale 27 luglio 2016, n. 17 “Istituzione dell’Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell’assetto istituzionale e organizzativo del SSR. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale)”, dispone all’art. 2 comma 1) lettera d) che “l’ATS, sulla base degli atti di indirizzo deliberati dalla Giunta regionale e delle direttive dell’Assessorato competente in materia di sanità, svolge le funzioni di [...] gestione accentrata [...] per tutte le aziende sanitarie della Sardegna [...] delle reti informatiche e delle tecnologie dell’informazione e della comunicazione”. Si consideri altresì che gli impatti sempre più incisivi di una nuova stagione di riforme di stampo nazionale (FSE nazionale, ANA, spending review, D.Lgs. 118/2011, piano triennale AGID 2017-2019, 730 precompilato, centralizzazione delle committenze, DLgs 50/2016, Decreto sicurezza, etc.) e comunitario (prime fra tutti il GDPR ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e la Direttiva 2016/1148 recante misure per un livello comune elevato di sicurezza delle reti e dei sistemi informativi nell’unione) impongono il ripensamento delle metodologie e l’adozione evolutiva di assetti moderni, innovativi e flessibili.

La Regione ritiene pertanto opportuno e necessario concordare con le Aziende del SSR un patto sui principi e le metodologie da adottare a livello di “sistema” salute in Sardegna per assicurare lo sviluppo armonico e coerente della innovazione digitale in sanità, in grado di aderire e reagire in modo flessibile alla variabilità e complessità del contesto del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale in rapida trasformazione e di soddisfare con tempestività e capacità innovativa i nuovi bisogni di salute emergenti nella popolazione sarda. A tal fine nel 2018 è stato stipulato un protocollo d’intesa contenente i principi generali e gli organi attuatori di tale riorganizzazione.

Gli obiettivi per il triennio consistono:

- nella definizione ed instaurazione di un nuovo modello di gestione dell’ICT nel SSR sulla base dei principi del citato protocollo d’intesa – Patto per l’ICT in sanità.

Si rileva pertanto la necessità di:

- consolidare e dare attuazione alla suddivisione delle competenze tra Regione e Aziende;
- definire le modalità di attuazione del Patto per ciascuno specifico ambito tematico e operativo;
- programmare un transitorio per l’adeguamento del quadro attuale al riassetto previsto.

Azione 5.2.1: Definizione del nuovo modello di gestione

Entro il triennio dovrà essere completamente definito il quadro di dettaglio del nuovo modello di gestione dell’ICT in sanità per la Regione Sardegna.

Risultati programmati

- Regolamentazione dell’ICT in sanità attraverso la predisposizione di un documento strategico contenente la formalizzazione del nuovo modello di gestione.
- Gestione di una fase di transitorio sia per la riassegnazione degli interventi già avviati sia per la definizione delle modalità di attuazione dei nuovi interventi avviati nelle more dell’approvazione del modello.

Indicatori di risultato

- Delibera di approvazione del nuovo modello di gestione dell’ICT in sanità.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Direttore Generale della Sanità;
- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità.

Per il successo dell’azione è indispensabile il coinvolgimento vincolante delle Aziende Sanitarie per le attività interne di competenza.

Intervento 5.3: SISaR 2.0

Con il presente intervento si intende attuare gli indirizzi espressi dalla Giunta Regionale con la Deliberazione n. 2/13 del 16.01.2018 avente ad oggetto “Indirizzi strategici sui servizi di gestione e manutenzione del sistema informativo sanitario integrato regionale SISaR”.

Tale deliberazione parte dalla considerazione che l’idea architettuale del SISaR nacque nel 2006 da una concezione altamente innovativa per un sistema informativo sanitario regionale (si pensi a titolo di esempio alla visione di un sistema unitario e omogeneo a livello regionale teso a superare il frazionamento dei sistemi preesistenti presso le Aziende Sanitarie, facilitando così la condivisione delle informazioni fra le varie Aziende Sanitarie e generando economie rispetto ai contratti di servizi preesistenti) e lo sviluppo esecutivo della stessa ha portato all’implementazione di un sistema “forte”, “monolitico” ed unitario, non fondato su una federazione di sistemi modulari funzionanti secondo logiche standard di interoperabilità.

Il SISaR si presenta oggi come uno strumento informatico-informativo che ha unificato ed omogeneizzato i processi del SSR. Esso si caratterizza:

- per una importante complessità;
- per una rilevante dimensione;
- per la delicatezza dei dati e delle funzioni gestite;
- per la conformazione tecnologica fortemente unitaria e compatta;

- per un'architettura non immediatamente scorporabile in maniera standard in sottosistemi e moduli autonomi.

Tale strutturazione, benché abbia consentito e consenta tuttora di conseguire importanti obiettivi strategici (si pensi alle indiscutibili agevolazioni che l'esistenza del SISaR abilita rispetto a riforme quali la creazione dell'ATS), risulta oggi concettualmente obsoleta e non in linea con gli indirizzi nazionali in materia di ICT nella Pubblica Amministrazione (Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione 2017–2019), e neppure adeguata rispetto alle correnti necessità del SSR. Si rende pertanto necessario adeguare il sistema ai bisogni che si intendono soddisfare, che per loro natura richiedono maggiore flessibilità, reattività, capacità di risposta ed adattamento settoriale. Le esigenze sopra rappresentate non sono compatibili con l'inerzia di un grande sistema informatico-informativo quale è il SISaR nella sua attuale conformazione.

Alla luce di tali peculiarità ed in ragione delle condizioni architetture descritte si è ritenuto necessario definire un percorso che conduca progressivamente alla realizzazione delle condizioni che consentano l'affidamento sul libero mercato dei servizi di gestione e manutenzione del sistema, con modalità tali da non generare criticità sull'operatività del SSR anche in ragione dell'attuale fase di profonda e radicale riorganizzazione dello stesso e delle tendenze di sviluppo delle reti di cure, per le quali sarà ancora più necessario innestare sull'attuale infrastruttura nuovi sistemi e servizi quali ad esempio quelli relativi alla telemedicina.

L'obiettivo è quello di creare un'architettura modulare che consenta un'efficace apertura al mercato e che permetta di poter dotare il sistema nel suo complesso delle più rilevanti eccellenze negli specifici settori verticali. Al fine di contenere eventuali tendenze alla disgregazione e salvaguardare l'unitarietà del SISaR, ed in particolare l'omogeneità dei dati, dei processi e delle interfacce, nonché la disponibilità di un patrimonio informativo vastissimo e di sommo valore, si prevede un rigoroso governo del progetto che stabilisca politiche e infrastrutture di integrazione forte tra i sottosistemi.

La Deliberazione quindi stabilisce di aggiornare il sistema in ragione delle suddette esigenze strategiche prevedendo l'evoluzione dello stesso verso uno schema modulare, interoperabile e federato tramite infrastrutture di integrazione standardizzate ed autonome. Considerate le dimensioni del SISaR e la sua complessità, nonché gli impatti sull'operatività del SSR, e dato atto della necessità di aprire il SISaR alla possibilità di ingresso di nuovi fornitori, si rende indispensabile che la transizione sia caratterizzata da un'opportuna progressività, accuratamente programmata mediante un piano pluriennale.

A tale proposito, ad esito degli studi e delle analisi effettuate dal gruppo tecnico appositamente istituito, composto da esperti informatici dell'Assessorato, delle Aziende Sanitarie e di SardegnaIT, si ritiene opportuno un percorso articolato in due fasi:

- Fase 1: trasformazione del sistema dalla corrente conformazione "monolitica" ad un'architettura pienamente modulare e federata su un'infrastruttura di integrazione autonoma e standardizzata. Nel contempo e in corso d'opera dovrà essere garantita la continuità dell'operatività del sistema, nonché le manutenzioni normative ed evolutive che si dovessero rendere necessarie. La gara si configurerà come un lotto unico per i servizi di gestione, di manutenzione e di reingegnerizzazione dell'architettura per l'intero SISaR non essendo possibile, per i motivi precedentemente rappresentati, una suddivisione in più lotti ai fini dell'affidamento dei servizi per sottosistema. L'infrastruttura di integrazione potrà essere acquisita nel medesimo appalto ovvero con procedura separata purché strettamente sincronizzata rispetto alle esigenze ed alle tempistiche della prima.
- Fase 2: realizzata la configurazione modulare di cui alla fase 1, si dovrà procedere all'affidamento dei servizi di gestione e manutenzione per singola componente integrata, eventualmente con l'opzione di sostituzione dei singoli moduli da parte dei fornitori con nuovi prodotti rispondenti agli indirizzi in materia. Tale seconda fase potrà attuarsi con gare aperte distinte ovvero multi-lotto, da svolgersi ove opportuno anche in tempi diversi, grazie all'avvenuta modularizzazione del sistema. Onde consentire la più ampia partecipazione possibile alle gare, è opportuno prevedere che i relativi contratti abbiano una durata almeno quinquennale. La nuova configurazione dovrà essere accompagnata da un rafforzamento delle strutture centrali di governo e controllo, al fine di assicurare il mantenimento delle caratteristiche di omogeneità e unitarietà dei dati e dei processi, nonché l'integrità del sistema nel suo complesso.

Gli obiettivi per il triennio consistono:

- Nell'attuazione della Fase 1 di cui sopra ai fini di abilitare la successiva attuazione della Fase 2, conseguendo i seguenti sotto-obiettivi:

- Assicurare la corretta funzionalità e continuità del sistema SISaR attraverso l'erogazione dei servizi di gestione e manutenzione dello stesso.
- Reingegnerizzare l'architettura del sistema al fine di trasformarlo in un sistema completamente modulare insistente su un'infrastruttura di integrazione standard c.d. ESB – Enterprise Service Bus.

Si rileva pertanto la necessità di:

- Progettare, bandire ed aggiudicare una procedura di gara finalizzata all'attuazione della Fase 1.
- Assicurare la corretta esecuzione del contratto come sopra aggiudicato al fine di conseguire gli obiettivi della Fase 1.

Azione 5.3.1: Acquisizione ed esecuzione dei servizi di gestione, manutenzione e reingegnerizzazione di SISaR

L'azione consiste nella progettazione, predisposizione, pubblicazione, aggiudicazione ed esecuzione del contratto per l'erogazione dei servizi di gestione, manutenzione e reingegnerizzazione di SISaR al fine di:

- Assicurare la corretta funzionalità e continuità del sistema SISaR attraverso l'erogazione dei servizi di gestione e manutenzione dello stesso.
- Reingegnerizzare l'architettura del sistema al fine di trasformarlo in un sistema completamente modulare insistente su un'infrastruttura di integrazione standard c.d. ESB – Enterprise Service Bus.

Al termine del contratto il sistema dovrà essere stato completamente migrato su un'architettura modulare standard che consenta la gestione libera, aperta, autonoma e separata dei singoli sottosistemi.

Risultati programmati

- Affidamento sul mercato del contratto per l'erogazione dei servizi di gestione, manutenzione e reingegnerizzazione di SISaR.
- Continuità operativa e funzionale del sistema per tutta la durata del contratto.
- Migrazione del sistema su un'architettura modulare standard che consenta la gestione libera, aperta, autonoma e separata dei singoli sottosistemi.

Indicatori di risultato:

- Contratto aggiudicato.
- Verifica di conformità a conclusione del contratto.

Responsabile del procedimento attuativo:

Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità.

Nell'azione è coinvolta la Centrale Regionale di Committenza in quanto stazione appaltante della procedura di gara e l'Unità Progetti in Sanità della Società in house SardegnaIT a cui è affidata la Direzione dell'esecuzione del contratto.

Intervento 5.4: Dematerializzazione della ricetta specialistica

La Regione ha pressoché completato la dematerializzazione della prescrizione medica per quanto riguarda la farmaceutica. Per quanto concerne la specialistica ambulatoriale, invece, il grado di diffusione è ancora ridotto, in quanto l'apertura del servizio ai MMG/PLS e verso i privati accreditati presuppone la disponibilità di un catalogo regionale delle prestazioni prescrivibili con relativo allineamento e standardizzazione delle codifiche utilizzate (in coerenza con il nomenclatore tariffario e con il catalogo CUP).

Gli obiettivi per il triennio consistono:

- Nell'attivazione della funzionalità di prescrizione dematerializzata per tutti i medici prescrittori del SSR e verso tutta l'offerta pubblica e privata accreditata.
- Nella corretta informatizzazione della chiusura del ciclo di erogazione delle prestazioni con prescrizioni dematerializzate sia da parte delle strutture pubbliche che di quelle private accreditate.

Si rileva pertanto la necessità di:

- Predisporre e consolidare il catalogo delle prestazioni ambulatoriali per MMG e PLS.
- Implementare il catalogo sui software di prescrizione, di prenotazione, di erogazione, di rendicontazione, di verifica della spesa.
- Attivare la funzionalità e condurla gradualmente a regime

Azione 5.4.1: Attivazione prescrizione dematerializzata specialistica per MMG/PLS

L'azione coinvolge più Servizi della Direzione Generale della Sanità e necessita di una sinergia tra iniziative organizzative e iniziative tecniche. In particolare, consiste nelle seguenti fasi:

- Fase 1 (Organizzativa) – Definizione e approvazione Catalogo prestazioni ambulatoriali prescrivibili da MMG/PLS.
- Fase 2 (Organizzativa) – Individuazione MMG/PLS sperimentatori, con abilitazione prescrizione dematerializzata lato SOGEI.
- Fase 3 (Tecnica) – Attività tecniche di implementazione del catalogo sui sistemi software di cartella clinica di MMG/PLS, e aggiornamento lato SOGEI.
- Fase 4 (Tecnica + Organizzativa) – Avvio della sperimentazione, monitoraggio dell'attività prescrittiva ed erogativa sperimentale, eventuali interventi tecnici di aggiustamento.
- Fase 5 (Tecnica + Organizzativa) – Avvio graduale a regime, monitoraggio attività prescrittiva ed erogativa a regime.

Risultati programmati

- Attivazione della funzionalità di prescrizione dematerializzata per tutti i medici prescrittori del SSR e verso tutta l'offerta pubblica e privata accreditata.

Indicatori di risultato:

- Obiettivo tecnico: funzionalità di prescrizione specialistica dematerializzata disponibile per il 100% dei MMG/PLS.
- Obiettivo organizzativo: raggiungimento 80% ricette specialistiche dematerializzate.

Responsabile del procedimento attuativo

- Per le attività tecniche (sviluppo e adeguamento dei software, etc.): Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità .
- Per le attività organizzative (rapporto con i MMG/PLS, organizzazione della sperimentazione, predisposizione del catalogo, etc.): Dirigente responsabile del Servizio promozione e governo delle reti di cure.

Azione 5.4.2: Attivazione prescrizione dematerializzata specialistica verso privati accreditati

L'azione coinvolge più Servizi della Direzione Generale della Sanità e necessita di una sinergia tra iniziative organizzative e iniziative tecniche. In particolare, consiste nelle seguenti fasi:

- Fase 1 (organizzativa): Condivisione del catalogo definito all'azione precedente con i privati accreditati.
- Fase 2 (organizzativa+tecnica): Caricamento sul CUP delle agende dei privati accreditati sulla base delle voci di catalogo
- Fase 3 (tecnica): Interoperabilità del sistema CUP regionale con gli applicativi gestionali dei privati accreditati secondo una delle modalità individuate (accesso diretto, laboratori, foglio di lavoro)

Risultati programmati

- Erogazione tramite ricetta dematerializzata e CUP regionale centralizzato delle prestazioni specialistiche

Indicatori di risultato

- Ricette dematerializzate erogate dal privato accreditato:
 - 30% prenotazioni tramite il CUP su agende pubbliche
 - 80% delle agende messe a disposizione sul CUP regionale rispetto al totale delle prestazioni erogate

- Meno del 5% di ricette dematerializzate non erogabili per problemi di codifica o errori nella compilazione della ricetta

Responsabile del procedimento attuativo

- Per le attività tecniche (sviluppo e adeguamento dei software, etc.): Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità.
- Per le attività organizzative (rapporto con i privati accreditati, organizzazione della sperimentazione, predisposizione del catalogo, etc.): Direttore del Servizio promozione e governo delle reti di cure della Direzione Generale della Sanità.

Intervento 5.5: Pagamento del ticket sanitario online

In aderenza al "Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione 2017 - 2019", la Regione Sardegna intende estendere il servizio PagoPA anche al pagamento del ticket sanitario. Dal punto di vista tecnico, considerata la specificità del contesto sanitario rispetto agli altri ambiti di pagamento verso la pubblica amministrazione, ciò implica l'attuazione di un progetto dedicato che preveda la realizzazione e l'attivazione di un apposito sistema informativo per l'intermediazione del processo di interconnessione verso il nodo nazionale PagoPA per conto delle Aziende Sanitarie della Regione, mediante l'integrazione con il sistema CUP regionale unico.

A valle della realizzazione del sistema di intermediazione regionale PagoPA sarà possibile impiantare servizi di pagamento tramite portale web e smartphone, nonché abilitare la possibilità per il cittadino di pagare il ticket presso nuovi canali fisici, in primis le farmacie convenzionate.

Gli obiettivi per il triennio consistono:

- nell'implementazione di una piattaforma regionale di intermediazione verso il nodo nazionale PagoPA dedicata al pagamento del ticket sanitario;
- nell'abilitare la possibilità di pagare il ticket sanitario tramite il portale web delle prenotazioni;
- nell'abilitare la possibilità di pagare il ticket sanitario tramite smartphone;
- nell'abilitare la possibilità di pagare il ticket sanitario presso le farmacie convenzionate della Regione.

Si rileva pertanto la necessità di:

- realizzare e attivare il sistema regionale di intermediazione PagoPA;
- adeguare il portale web regionale delle prenotazioni sanitarie (CUPWeb) con la funzionalità di pagamento del ticket online tramite PagoPA;
- implementare una app per il pagamento del ticket tramite PagoPA su smartphone;
- implementare funzionalità e procedure per consentire il pagamento del ticket in farmacia.

Azione 5.5.1: Implementazione del sistema regionale di intermediazione PagoPA

Con apposito affidamento a valere sul Contratto Quadro CONSIP SPC-Cloud Lotti 3 e 4, la Regione realizzerà una piattaforma regionale di intermediazione verso PagoPA dedicata al pagamento del ticket sanitario, integrata con il CUP regionale.

Risultati programmati

- Attivazione del servizio PagoPA dedicato al ticket sanitario per tutte le Aziende Sanitarie della Regione Sardegna.

Indicatori di risultato

- 100% delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione connesse al nodo nazionale PagoPA mediante il nuovo sistema di intermediazione regionale dedicato alla Sanità.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità.
- Direzione Generale degli Affari Generali e della Società dell'Informazione.

Si rappresenta che per il successo dell'azione è indispensabile la collaborazione e la partecipazione della Direzione Generale degli Affari Generali e della Società dell'Informazione per le attività di competenza, in quanto unica struttura organizzativa della Regione accreditata per i rapporti con l'AGID, soggetto nazionale responsabile del sistema PagoPA.

Azione 5.5.2: Attivazione nuovi canali per il pagamento del ticket

A seguito dell'interconnessione con il nodo nazionale PagoPA, dovranno essere attivati nuovi canali per il pagamento del ticket sanitario, sia fisici che online. Ciò consentirà al cittadino di non doversi più recare presso gli sportelli ticket delle Aziende Sanitarie per pagare la prestazione, ma di poter fare l'operazione con comodità scegliendo tra vari canali alternativi disponibili.

Risultati programmati:

- Avvio, esecuzione e conclusione di un progetto per la realizzazione delle funzionalità per il pagamento del ticket online da portale web delle prenotazioni (CUPWeb).
- Avvio, esecuzione e conclusione di un progetto per la realizzazione delle funzionalità per il pagamento del ticket online da app su smartphone.
- Avvio, esecuzione e conclusione di un progetto per la realizzazione delle funzionalità per il pagamento del ticket presso le farmacie convenzionate.

Indicatori di risultato

- Funzionalità di pagamento del ticket online da portale web delle prenotazioni (CUPWeb) attivata per il 100% delle prestazioni disponibili sulle agende pubbliche presenti sul sistema CUP.
- Funzionalità di pagamento del ticket online da app per smartphone attivata per il 100% delle prestazioni disponibili sulle agende pubbliche presenti sul sistema CUP.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità, con il supporto e l'Unità Progetti in Sanità della Società in house SardegnaIT.

Intervento 5.6: Sistema informativo delle Cure Primarie

Tra le strategie in atto a livello nazionale e regionale riveste fondamentale importanza il riordino delle Cure Primarie, ovvero l'adeguamento del ruolo dell'assistenza di base e di quella territoriale alle nuove sfide della sanità moderna, al fine di contribuire, da un lato, a ridurre le disuguaglianze, attraverso un'azione mirata sulle determinanti di salute e sulla territorializzazione dell'organizzazione e dei processi, e, dall'altro, a limitare la necessità di intervento in livelli di assistenza più complessi, come quella ospedaliera.

A tale proposito la Legge n. 189 del 08.11.2012 ha stabilito all'art. 1 il riordino dell'assistenza territoriale, dando mandato alle Regioni per la definizione dell'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare ed i servizi ospedalieri. Al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, sono previste modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT), che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali denominate unità complesse di cure primarie (UCCP) che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali, tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare le regioni devono disciplinare le UCCP privilegiando la costituzione di poliambulatori territoriali, dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata ferial, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Nell'alveo degli indirizzi nazionali, la Legge Regionale n. 23 del 17.01.2014 all'art. 7 disegna un modello basato sull'integrazione dei processi di cura e sulla continuità assistenziale, individuando nella Casa della Salute la struttura che raccoglie in un unico spazio l'offerta extra ospedaliera del Servizio Sanitario, integrata con il Servizio Sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi. Il percorso di definizione delle strategie di riforma delle Cure Primarie proseguirà quindi con

il disegno di dettaglio del modello organizzativo relativo alle UCCP e alle AFT, calato nella peculiarità del territorio regionale e con particolare riferimento alle aree svantaggiate.

Questo nuovo modello si fonda necessariamente su un'architettura a rete diffusa che non può prescindere dallo sviluppo dell'informatizzazione del sistema per consentire l'interrelazione tra professionisti e tra questi ed i nodi della rete integrata dei servizi socio sanitari del distretto e dei servizi sanitari ospedalieri, così da favorire il massimo livello di integrazione e condivisione delle informazioni.

Il principio per cui un'assistenza innovativa necessita di una forte sinergia con strumenti moderni di condivisione informatizzata di dati, documenti e informazioni dei pazienti, è stato espressamente stabilito con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 44/13 del 07.11.2014 che ha istituito il Tavolo regionale per la riqualificazione e il rafforzamento delle cure primarie, avente tra le varie funzioni quelle di:

- promuovere, supportare e valutare sperimentazioni gestionali e funzionali delle forme di aggregazione delle cure primarie in Regione, che tengano conto delle caratteristiche geografiche e demografiche della popolazione residente negli ambiti di intervento;
- sperimentare eventuali forme innovative di assistenza con particolare riferimento all'ICT.

La Deliberazione n. 60/2 del 02.12.2015, con cui la Giunta Regionale ha adottato le linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie della RAS, incentra il nuovo modello su strumenti informativi per un lavoro in rete e in grado di valorizzare l'integrazione delle fonti di dati sociali e sanitari, individuando tra i percorsi possibili quello delle "sperimentazioni basate sulla predisposizione di alcuni strumenti organizzativi quali [...] l'utilizzo di un sistema informativo che consenta di registrare i percorsi del paziente e permettere l'attività di valutazione".

Coerentemente con gli obiettivi dell'Asse VII del POR FESR 2014-2020, alla luce di quanto sopra, la Delibera della Giunta Regionale n. 17/14 del 04.04.2017 ha programmato il finanziamento, nell'ambito dell'Azione 9.3.8 del POR, di un sistema informativo delle cure primarie, che possa fornire un supporto valido ad un percorso di assistenza sanitaria innovativa, ponendo in essere tutti gli interventi necessari per avviare la sperimentazione prevista dalla normativa vigente a partire dalla cartella informatizzata unica delle cure primarie, quale strumento indispensabile per le AFT e la loro integrazione con le UCCP e con le strutture territoriali ed ospedaliere, oltre che per consentire l'accesso ai servizi sanitari ricompresi in questo modello di assistenza 365 giorni l'anno e 24 ore al giorno. Il fabbisogno finanziario necessario per la realizzazione di tale intervento sperimentale, ad integrazione di quanto specificato nella DGR n. 25/15 del 3.5.2016, è stato quantificato in € 6.161.000. L'intervento, per quanto sopra definito, ha un carattere fortemente trasversale e pertanto deve includere necessariamente una serie di azioni di contesto e di accompagnamento, riferite da un lato alla preparazione di un opportuno terreno tecnologico di impianto, che includa anche efficienti architetture di interoperabilità con i sistemi sanitari esistenti, regionali e aziendali, e dall'altro ad azioni di affiancamento e supporto al change management fortemente territorializzate e incentrate sull'utenza.

Gli obiettivi per il triennio sono i seguenti:

- Introduzione di azioni e sistemi in ambito ICT a supporto del miglioramento dell'appropriatezza e continuità delle cure ai cittadini attraverso la riqualificazione dell'assistenza territoriale al servizio della persona, l'integrazione dei processi di cura e la garanzia della continuità assistenziale.
- Supportare efficacemente il cambiamento e l'implementazione della riorganizzazione delle Cure Primarie attraverso il potenziamento dei servizi territoriali sociosanitari, di assistenza primaria e sanitari non ospedalieri e lo sviluppo di reti tra servizi e risorse del territorio per limitare la necessità di interventi in livelli assistenziali più complessi come quelli ospedalieri.
- Sperimentare la riorganizzazione delle cure primarie del SSR mediante l'integrazione e interoperabilità funzionale tra strutture territoriali e le strutture ospedaliere che consentirà di spostare i setting di cura dal paziente acuto a quello della cronicità e di riportare nei percorsi delle cure primarie buona parte delle prestazioni e dei volumi di attività dei processi di cura erogati attualmente in contesto ospedaliero.
- Considerata la trasversalità e vastità degli ambiti interessati e l'innovatività delle azioni da attuare, prevedere significative attività di preparazione di un adeguato contesto tecnologico, in maniera tale da condurre il sistema informativo sanitario, sia in ambito regionale che in quello aziendale, per quanto concerne le aree interessate, ad uno stato dell'arte tecnologico in grado di accogliere i nuovi sistemi e processi che in esso dovranno essere impiantati, in un contesto di alta efficienza e affidabilità. D'altro

canto, per le medesime ragioni e per la molteplicità degli utenti e degli stakeholder coinvolti, l'intervento dovrà altresì includere importanti azioni di affiancamento e supporto al change management.

- Considerando le specificità geomorfologiche e sociodemografiche della Sardegna, il sistema sarà sperimentato in diversi cluster di territori per verificare sul campo se il sistema informativo possa essere unitario a livello regionale oppure se debba essere differenziato a seconda della tipologia socio ambientale del territorio.
- Supportare l'esigenza di migliorare l'approccio generale alla cronicità attraverso l'adozione del Chronic Care Model tramite azioni coordinate di medicina di iniziativa, da sperimentare su aree territoriali definite, volte a prevenire il ricorso alle cure ospedaliere. L'intervento dovrà inoltre facilitare la sperimentazione, nelle aree interne, della medicina di prossimità, volta al raggiungimento di fasce svantaggiate della popolazione per superare le iniquità di accesso ai servizi sanitari.
- Il passaggio dalla medicina d'attesa alla medicina d'iniziativa implica anche che i servizi erogabili dovranno essere proattivamente indirizzati verso persone con bisogni complessi. Occorre quindi individuare i gruppi di malattie croniche, classificate secondo livelli di gravità di rischio e sfruttare al massimo le potenzialità offerte dalle tecnologie digitali (Health Population Management), anche nell'ottica della piena valorizzazione dei dati clinici, sociali e demografici già disponibili, nonché di quelli acquisibili da fonti certificate. Tali strumenti informatici di analisi dovranno consentire una più efficiente stratificazione della popolazione in funzione dei bisogni attuali e futuri, consentendo lo sviluppo anticipato di modelli di risposta adeguati a tali bisogni.

Si rileva pertanto la necessità di:

- Realizzare un contesto tecnologico, infrastrutturale e architettonico adeguato all'innesto dei nuovi sistemi e servizi per le cure primarie.
- Realizzare un sistema per l'attivazione del nuovo modello di gestione della non emergenza 116117.
- Realizzare PDTA integrati tra territorio e ospedale.
- Fornire ai medici delle cure primarie un unico strumento che consenta una più semplice condivisione delle informazioni sanitarie del paziente e che consenta un'adeguata implementazione dei nuovi processi in ambito AFT e UCCP.
- Uniformare l'utilizzo di strumenti informatici come già avviene a livello ospedaliero.
- Sperimentare iniziative di telemedicina a supporto delle cure primarie.
- Informatizzare i Medici di Continuità Assistenziale.
- Rendere disponibili, a supporto dell'analisi, strumenti informatizzati tesi alla miglior gestione della domanda di salute (Health Population Management).

Le modalità di attuazione dovranno rispondere a criteri di sussidiarietà, finalizzati ad assicurare la maggiore efficacia possibile per i singoli sottoprogetti. In particolare, la titolarità degli interventi di predisposizione del contesto tecnologico aziendale e territoriale e di realizzazione dei sistemi informativi "distrettuali", per ragioni di capacità organizzativa, leve contrattuali sull'utenza, prossimità al territorio e responsabilità sulle strutture interessate, è posta in capo all'ATS – Azienda per la Tutela della Salute; rimarranno invece di competenza della Direzione Generale della Sanità le azioni di coordinamento, affiancamento e supporto al change management, nonché gli interventi tecnologici sui sistemi regionali per i quali risulti più efficace una titolarità diretta da parte della Regione, da attuare anche tramite la società in house SardegnaIT.

Azione 5.6.1: Predisposizione del contesto tecnologico e supporto al riordino dei servizi di cure mediche non urgenti

Questa fase, indipendente dallo specifico modello organizzativo che sarà adottato per l'implementazione del riordino delle cure primarie in Regione Sardegna, include i sottointerventi di infrastrutturazione e adeguamento del contesto tecnologico necessari per supportare l'impianto dei nuovi sistemi informativi e servizi ICT per le cure primarie, ed è affidata all'ATS – Azienda per la Tutela della Salute.

In questa fase ricadono sottointerventi quali:

- la realizzazione di sistemi e servizi per la standardizzazione delle integrazioni, l'acquisizione di un CDR, etc.;

- l'adeguamento del sistema delle cure non urgenti (informatizzazione dei medici di continuità assistenziale, attivazione del sistema 116117, etc.);
- la realizzazione di iniziative di Health Population Management, necessarie all'individuazione di opportune strategie di presa in carico dei pazienti cronici, basate su stratificazione della popolazione in funzione dei bisogni attuali e futuri ricavati da analisi di dati disponibili o acquisibili da fonti certificate.

Risultati programmati

- Informatizzazione di base dei medici di continuità assistenziale.
- Realizzazione e sperimentazione di un sistema informativo a supporto del servizio 116117.
- Acquisizione di un sistema CDR - Clinical Documents Repository a supporto delle Cure Primarie.
- Eventuale sperimentazione di iniziative di Health Population Management.

Indicatori di risultato

- 100% dei medici di continuità assistenziale informatizzati.
- Installazione e avvio di un sistema informativo a supporto del servizio 116117.
- Installazione e avvio di un sistema CDR - Clinical Documents Repository a supporto delle Cure Primarie.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità in quanto titolare della Convenzione con l'ATS per l'attuazione dell'intervento.
- Direttore Generale ATS.

L'intervento è a regia regionale e il soggetto attuatore è individuato nel Dipartimento ICT dell'ATS.

Azione 5.6.2: Sperimentazione delle soluzioni software di cure primarie, PDTA e telemedicina

Questa fase include gli interventi necessari all'implementazione dei nuovi moduli software per le cure primarie in attuazione dei nuovi processi disegnati dal modello organizzativo regionale, compresa la realizzazione delle integrazioni coi sistemi esistenti.

Nello specifico saranno acquisiti/realizzati i seguenti elementi:

- Componente software di Cartella Clinica delle Cure Primarie per l'AFT
- Componenti software delle Cure Primarie per l'UCCP
- Interoperabilità tra sistemi AFT e UCCP
- Componente CDR aziendale
- Componente gestore dei PDTA (PDTA Framework)
- Interoperabilità sistemi AFT e UCCP con CDR e PDTA Framework
- Componente gestore per l'accesso ai documenti conformemente alla privacy
- Componente punto di accesso applicativo unificato per le UCCP
- Integrazione dei sistemi informativi che compongono l'UCCP
- Integrazione dei componenti del sistema informativo ospedaliero con il CDR
- Interoperabilità dei componenti del sistema informativo ospedaliero con il PDTA Framework
- Interoperabilità del sistema informativo del distretto con AFT e UCCP
- Interoperabilità dei laboratori con il PDTA Framework

Questa fase prevede la sperimentazione delle soluzioni software realizzate in aree pilota prescelte.

Indicatori di risultato

- Sperimentazione di almeno un PDTA integrato in tutta la filiera delle Cure Primarie basata sui presupposti tecnologici sopra descritti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità in quanto titolare della Convenzione con l'ATS per l'attuazione dell'intervento.
- Direttore Generale ATS.

L'intervento è a regia regionale e il soggetto attuatore è individuato nel Dipartimento ICT dell'ATS.

Intervento 5.7: Erogazione di servizi regionali ICT presso le farmacie convenzionate

La Regione ha tra i suoi obiettivi prioritari quello di rendere più semplice e rapida ogni interazione dei cittadini e delle imprese con le pubbliche amministrazioni, attraverso l'impiego delle tecnologie più avanzate per ragioni di efficacia ed efficienza. Negli anni, le farmacie sono state coinvolte nell'erogazione di molteplici servizi digitali, sia all'amministrazione pubblica al fine tra l'altro di monitorare e contenere la spesa farmaceutica, sia ai cittadini.

L'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, recante: "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese", come modificato dall'articolo 17 del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98, recante: "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia" e, in particolare, il comma 7 relativo alla istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), disciplina il FSE a livello nazionale. In particolare, il comma 2 del suddetto articolo stabilisce che esso è istituito dalle Regioni e Province Autonome, oltre che per finalità di cura anche per finalità di studio e ricerca scientifica, programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n° 178 del 29 settembre 2015 definisce il "Regolamento in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico". Il Fascicolo Sanitario Elettronico del Paziente è un insieme di documenti sanitari firmati digitalmente, creati ad ogni accesso dell'Assistito al Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, facilitando il lavoro in rete degli Operatori Sanitari e migliorando la qualità dell'assistenza. Attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico, ciascun medico curante, se autorizzato dall'Assistito, può consultare on-line tutti i documenti sanitari relativi, compresi quelli prodotti dai colleghi durante i percorsi di diagnosi e cura, e può in tal modo assistere il paziente avendo a disposizione tutte le informazioni utili, senza che il paziente porti più con sé tutta la documentazione sanitaria in formato cartaceo, in quanto è possibile consultarla in formato elettronico on line all'interno del FSE. Nell'ambito dei progetti di informatizzazione del Servizio Sanitario Regionale, e in particolare con il progetto "Rete dei Medici di Medicina di Base e Pediatri di Libera Scelta e Fascicolo Sanitario Elettronico (MEDIR)", la Regione mette a disposizione di ogni cittadino il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). La diffusione del FSE presso la cittadinanza assicurerà indiscutibili vantaggi garantiti dell'accesso diretto e immediato ai propri dati sanitari, e in particolare ai referti. Per le disposizioni normative vigenti in materia di privacy, è posta in capo a ciascun cittadino l'iniziativa e la decisione di aprire o meno il proprio FSE, e che l'apertura dello stesso deve avvenire mediante opportune procedure di identificazione, accreditamento e prestazione del consenso, anch'esse informatizzate e rese disponibili on line nel portale FSE regionale attraverso un semplice percorso di accesso con TS-CNS e spunta di modulistica di consenso. Al fine di promuovere e facilitare l'apertura del Fascicolo Sanitario Elettronico, risulta utile e necessario usufruire dell'appoggio di ulteriori soggetti operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale caratterizzati da forte capillarità, presenza e radicamento sul territorio, come le farmacie convenzionate, che garantiscono inoltre il grande valore aggiunto dato da un rapporto fiduciario e privilegiato con il cittadino.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n° 53/9 del 22/12/2014 recante "Rinnovo Accordo con la Federfarma Sardegna per la Distribuzione di medicinali del PHT ai sensi dell'art.8, Legge 16.11.2001, n.405 e per la definizione di altre forme di collaborazione con le farmacie convenzionate" viene inserita la possibilità di "sperimentazione di forme innovative di collaborazione con le Farmacie in attuazione della normativa sui nuovi servizi in farmacia di cui alla L. 69/2009 e alla L.R. 12/2011". La Regione Sardegna e Federfarma Sardegna hanno già avuto modo di sperimentare con successo iniziative di collaborazione negli ambiti di cui sopra, con la convenzione n° 30 del 24/12/2014 recante "Convenzione per l'attivazione delle TS-CNS presso le farmacie convenzionate", a seguito della quale le farmacie aderenti offrono al cittadino la possibilità di attivare la Tessera Sanitaria – Carta Nazionale dei Servizi (strumento indispensabile per l'accesso e la consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico) e di ottenere un certificato di firma digitale.

La Regione ormai da anni ha pubblicato sui portali web del SSR il servizio di scelta e revoca online accessibile mediante TS-CNS e che, alla luce dei volumi di utilizzo e dei vantaggi ottenibili in termini di qualità dell'interazione tra cittadino e SSR, si ritiene necessario promuovere e valorizzare il servizio stesso. La Regione individua pertanto nella scelta e revoca del medico un altro servizio cardine erogabile in modalità digitale presso le farmacie convenzionate, in grado di offrire un notevole valore aggiunto ai cittadini in termini

di facilità di accesso al SSR e rapidità di esecuzione di una procedura utile e frequente come il cambio del medico di famiglia.

La Regione ha reso disponibile al cittadino il portale web regionale per le prenotazioni sanitarie, attraverso il quale è possibile prenotare direttamente tramite il CUP regionale un'ampia scelta di prestazioni sanitarie su tutto il territorio della Sardegna. E' interesse comune incentivare e promuovere l'utilizzo del canale web per le prenotazioni sanitarie, e che a tal fine si ritiene determinante il contributo delle farmacie in termini di supporto diretto per le prenotazioni e informazione al pubblico sul servizio.

La Regione prevede di attivare a breve anche la funzionalità di pagamento del ticket online a valle della procedura di prenotazione suddetta e che le farmacie potrebbero fornire un prezioso supporto anche in tale fase, contribuendo in tal modo alla riduzione delle code presso gli uffici ticket e garantendo al cittadino una maggiore comodità nel rapporto col servizio sanitario anche in termini di riduzione della distanza fisica dagli sportelli di pagamento.

Federfarma Sardegna condivide con la Regione la valenza strategica dei servizi on line offerti al cittadino dal SSR, ed in particolare gli obiettivi connessi all'attivazione delle TS-CNS e rilascio del certificato di firma digitale, alla diffusione, apertura e utilizzo del FSE, alla scelta e revoca online del medico, alla prenotazione delle prestazioni sanitarie e al pagamento del ticket online, e intende pertanto estendere la propria collaborazione offrendo la possibilità di assistere il cittadino nei suddetti ambiti presso le farmacie aderenti all'iniziativa.

Sulla base di tali premesse la Regione e Federfarma Sardegna hanno stipulato la Convenzione per l'erogazione di servizi ICT presso le farmacie convenzionate, in data 7 marzo 2017.

Quale dato di contesto sull'efficacia e il trend attuale di crescita dei servizi regionali presso le farmacie, a mero titolo esemplificativo, si segnala che, nell'ambito della citata Convenzione del 07.03.2017, le farmacie hanno effettuato nel 2017 l'attivazione di circa 60.000 TS e circa 30.000 firme digitali. I servizi regionali ICT che le farmacie erogano ai cittadini sono in crescita: entro il 2018 è prevista l'implementazione di un sistema per la prenotazione di visite ed esami in farmacia attraverso il CUP regionale, nonché la possibilità di perfezionare il pagamento del ticket. Tali previsioni sono già approvate dalla Giunta Regionale come parte integrante dell'Accordo DPC stipulato il 30 novembre 2017.

Azione 5.7.1: Sviluppo dei servizi ICT regionali in farmacia

Questa azione mira a sostenere la crescita del trend di sviluppo dei servizi digitali regionali per il cittadino mediante il consolidamento del "canale" di accesso rappresentato dalle farmacie.

L'azione dovrà proseguire, diffondere, migliorare, ed eventualmente arricchire, i servizi di cui alla Convenzione del 7 marzo 2017, e in particolare;

- attivazione della TS-CNS e della firma digitale;
- apertura del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- accesso al FSE e ritiro/stampa referti;
- scelta e revoca del medico online;
- prenotazione prestazioni sanitarie;
- pagamento ticket (previa disponibilità della relativa piattaforma informatica regionale per i pagamenti online integrata col sistema nazionale PagoPA);
- informazioni sui servizi online della Regione Sardegna;

il tutto con il supporto di personale adeguatamente formato.

Risultati programmati:

- Incremento dei FSE aperti.
- Incremento delle TS-CNS attive.
- Riduzione delle code agli sportelli ASSL per scelta e revoca medico, attivazione TS-CNS, prenotazione prestazioni, pagamento ticket.

Indicatori di risultato:

- Incremento del 10% delle attivazioni TS-CNS presso le farmacie (nel triennio)

- Funzionalità di pagamento del ticket presso le farmacie convenzionate attivata per il 100% delle prestazioni disponibili sulle agende pubbliche presenti sul sistema CUP.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità in quanto titolare della Convenzione con l'ATS per l'attuazione dell'intervento, con il supporto e l'Unità Progetti in Sanità della Società in house SardegnaIT.

Si rappresenta che per il successo dell'azione relativa alle farmacie convenzionate è indispensabile il coinvolgimento vincolante di Federfarma Sardegna.

Programma 6: Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie

Intervento 6.1: - Avvio del Sistema digitale dell'accesso alle procedure di autorizzazione e accreditamento

La legge regionale n. 24 del 11.11.2016 “*Norme sulla qualità della regolazione e di semplificazione dei procedimenti amministrativi*” contiene, nella parte II, Titolo I, la disciplina relativa allo Sportello unico per le attività produttive e per l'edilizia abitativa (SUAPE). A seguito dell'approvazione della detta legge sono state approvate, con la deliberazione della Giunta regionale n. 11/14 del 28.02.2017, poi modificata con la deliberazione n. 10/13 del 27.02.2018, le “*Direttive in materia di sportello unico per le attività produttive e per l'edilizia (SUAPE)*” e la DGR n. 33/1 del 26.06.2018 dal titolo “*Sportello unico per le attività produttive e per l'edilizia (SUAPE) di cui alla parte II, titolo I della legge n. 24 del 20.10.2016. Decorrenza disposizioni relative ad autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private di media ed alta complessità e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.*”

In particolare la DGR n. 33/1 del 26.06.2018 ha approvato il differimento dei termini di decorrenza delle Direttive in materia di SUAPE di cui alla DGR n. 10/13 del 2018, con riferimento al cronoprogramma riportato di seguito, alla voce “*risultati programmati*” contenuto nella proposta progettuale del Raggruppamento Temporaneo di Imprese (RTI), sotto contratto per le attività dello Sportello Unico dei Servizi (SUS).

Azione 6.1.1 Informatizzazione del processo di autorizzazione e accreditamento

Onde garantire la massima informazione e trasparenza della azione amministrativa, già dal giugno 2017 tutte le determinazioni dirigenziali di autorizzazione all'esercizio e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie sono pubblicate integralmente sul sito internet istituzionale della Regione.

Il procedimento unico SUAPE ha imposto termini rapidi e certi che necessitano, per poter essere rispettati e garantire al contempo lo stesso livello di approfondimento e verifica dei requisiti che le strutture sanitarie devono garantire in quanto posti a tutela della salute della collettività, una revisione dell'intero procedimento di back office così da addivenire ad un'istruttoria completamente informatizzata.

L'iter procedimentale interno è stato rivisto, procedendo ad una valutazione dei passaggi che possano essere semplificati ed altri che possano essere automatizzati. Sono stati coinvolti i professionisti del Nucleo Tecnico Regionale per l'accredimento, sono state organizzate altresì sessioni di affiancamento da parte di operatori esperti informatici con gli operatori del Servizio competente e si sono conclusi numerosi incontri tecnici tra i Servizi afferenti agli Assessorati coinvolti (Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, Industria e Affari Generali, Personale e Riforma della Regione). Si è quindi proceduto allo studio di una nuova scheda informativa, di modulistica intelligente e dei relativi allegati che chiariscano finalità e strumenti a disposizione degli utenti, limitando gli errori nella compilazione.

Risultati programmati

Digitalizzazione dei requisiti minimi ed ulteriori per le strutture sanitarie e socio-sanitarie di maggiore complessità. Tale digitalizzazione consentirà di limitare approssimazioni e criticità attualmente presenti nella compilazione della modulistica e degli allegati che, qualora caricate sul portale SUAPE, renderebbero al momento non sostenibile il rispetto dei tempi imposti dal procedimento unico. Il raggiungimento delle predette finalità è garantito anche tramite la suddivisione delle informazioni tra i moduli e le relazioni tecniche, al fine di evitare inutili duplicazioni, limitare gli errori di inserimento e verificare secondo logiche informatiche i dati immessi in forma strutturata. Affinché tali esigenze siano soddisfatte è stato disposto, con la DGR n. 33/1 del 26.06.2018, il differimento dei termini di decorrenza delle Direttive in materia di SUAPE di cui alla DGR n. 10/13 del 2018, con riferimento al cronoprogramma contenuto nella proposta progettuale del Raggruppamento Temporaneo di Imprese (RTI) sotto contratto per le attività dello Sportello Unico dei Servizi (SUS):

- dal 1° luglio 2018: avvio disposizioni relative ai procedimenti finalizzati all'ottenimento dell'accredimento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private di bassa complessità;

- dal 31 ottobre 2018: avvio disposizioni relative ai procedimenti finalizzati all'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private di media complessità;
- dal 31 dicembre 2018: avvio disposizioni relative ai procedimenti finalizzati all'ottenimento dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private di alta complessità.

Indicatori di risultato

- Applicazioni della DGR 33/1 del 26.06.2018, secondo il cronoprogramma ivi previsto (termine programmato il 31/12/2018).

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio qualità delle cure e governo clinico della Direzione Generale della Sanità.
- Direzione Generale dell'Industria.
- Direzione Generale degli Affari Generali dell'Assessorato degli Affari Generali, Personale e Riforma della Regione.

Intervento 6.2: Approvazione dei nuovi standard organizzativi di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie

Nel corso del 2018 si sono già proposte revisioni delle schede relative agli standard (minimi e/o ulteriori) di alcune linee di attività essenziali per la riorganizzazione del SSR, tendendo ad una maggiore garanzia di efficacia e sicurezza dell'assistenza e cura e, laddove applicabile, ad un incremento della qualità e della efficienza gestionale basata sui volumi di attività erogata. Tra le attività già definite, si ricordano l'approvazione definitiva degli standard per l'accreditamento istituzionale dei servizi di diagnostica di laboratorio e dei relativi punti di prelievo esterni (DGR 21/11 del 24.04.2018), la modifica ed integrazione requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici inerenti le attività sanitarie nell'ambito del percorso nascita (DGR 47/20 del 25.09.2018): unità operative di ostetricia di I e II livello – unità operative pediatriche – neonatologiche di I livello – unità neonatologiche di II livello (centri di terapia intensiva neonatale) nonché la approvazione dei requisiti specifici autorizzativi di quelli ulteriori di accreditamento per le Cure Domiciliari Integrate (CDI) e per le Cure Palliative Domiciliari (CPD) DGR 35/17 del 10.07.2018).

Anche a seguito dell'esito positivo dei lavori di appositi gruppi tecnici regionali sono già stati proposti degli ulteriori adeguamenti relativi agli standard della residenzialità nell'ambito della salute mentale, degli ambulatori chirurgici avanzati e della banca del sangue cordonale.

Azione 6.2.1 Adeguamento dei requisiti minimi di autorizzazione e accreditamento

Facendo altresì seguito anche al processo di digitalizzazione sopra descritto, risulta opportuno continuare nel percorso di revisione dei requisiti, in particolare di tipo organizzativo, recependo indicazioni derivanti dall'esperienza maturata sul campo da parte del Nucleo Tecnico regionale per gli accreditamenti, oltreché da eventuali aggiornamenti dello stato dell'arte derivanti da input esterni (norme, accordi stato-regioni, linee guida redatte da società scientifiche...).

Risultati programmati

- Adeguamento dei requisiti al mutato contesto derivante oltre che dall'innovazione tecnologica e strumentale, anche dalle nuove esigenze organizzative del settore, al fine di realizzare una maggior efficienza operativa e migliorare la qualità delle prestazioni rese ai pazienti

Indicatori di risultato

- Predisposizione delle deliberazioni di Giunta regionale entro tre mesi dal termine della azione precedente (31 marzo 2019)

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio qualità delle cure e governo clinico della Direzione Generale della Sanità.
- Il buon esito dell'azione dipende strettamente dalla collaborazione delle strutture competenti in seno alle Aziende sanitarie ed in particolare ad ATS.

Programma 7: Contabilità analitica

Il programma, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa;
- coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti;
- gradi di utilizzo della contabilità analitica;
- quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature;
- capacità di codificare e quantificare gli scambi interni;
- utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA;
- potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale.

Con riferimento allo stato di implementazione della contabilità analitica, le Aziende del SSR hanno manifestato notevoli criticità.

Il funzionamento dei sistemi di contabilità direzionali può essere potenziato per il tramite di:

- attività di indirizzo regionale sui controlli interni aziendali, che favoriscano anche buone pratiche di revisione interna amministrativa e contabile confrontando le situazioni aziendali;
- sistemi informatici adeguati.

Nel triennio 2018-2020, sarà quindi necessario procedere, da un lato, alla definizione di un piano dei conti unico regionale ed ai piani aziendali, nonché alla definizione di linee guida regionali per la corretta implementazione della contabilità analitica, dall'altro alla messa a punto di nuovi sistemi di rappresentazione di contabilità direzionale rivolti alla Regione (Piani di Attività per livelli assistenziali, settori aziendali e "prodotti") e ad uso aziendale, quindi dei sistemi di valutazione delle performance aziendali alla luce del Decreto legislativo 27.10.2009 n. 150 e smi), e infine lo sviluppo della contabilità direzionale conseguente alla definizione dei costi standard a livello nazionale.

Contabilità analitica	2018	2019	2020
Coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa			
Coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti			
Gradi di utilizzo della contabilità analitica			
Quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature			
Capacità di codificare e quantificare gli scambi interni			
Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA			
Potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale			

Intervento 7.1: Coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa

Il piano dei centri di costo dell'azienda sanitaria ne rispecchia la struttura organizzativa e consente la valutazione da parte delle direzioni generali del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai responsabili di struttura complessa e semplice a valenza dipartimentale.

Attualmente le Aziende sono dotate di piani dei centri di costo obsoleti e deve essere definito il piano dei centri di costo unico regionale.

La procedura informatica esistente non supporta, inoltre, la gestione di una contabilità per destinazione. La Regione Sardegna dovrà quindi prioritariamente procedere all'adeguamento del piano dei conti unico regionale tramite le seguenti azioni:

- costituzione di una cabina di regia composta da dirigenti / dipendenti regionali e i referenti aziendali per la contabilità analitica (entro dicembre 2018);
- redazione di un piano dei centri di costo unico regionale (entro marzo 2019).

Tale attività è propedeutica alla ridefinizione dei Piani dei centri di costo aziendali, coerentemente agli atti aziendali vigenti e alle responsabilità nei processi gestionali aziendali.

Tale ridefinizione dovrà essere ultimata entro 3 mesi dall'approvazione del piano dei centri di costo regionale.

L'attività in questione è di fatto propedeutica alla corretta gestione del ciclo di programmazione e controllo, ai fini della predisposizione del budget, con particolare riferimento alla riapprovazione dei bilanci preventivi, all'analisi degli scostamenti, da effettuarsi anche con riferimento ai dati trimestrali, in modo da poter individuare le eventuali criticità, gli attori responsabili e attivare, in tempo utile, le azioni correttive necessarie al conseguimento degli obiettivi nei tempi prefissati.

Risultati programmati

- Coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa

Indicatori di risultato

- costituzione di una cabina di regia composta da dirigenti / dipendenti regionali e i referenti aziendali per la contabilità analitica (entro dicembre 2018);
- redazione di un piano dei centri di costo unico regionale (entro marzo 2019);
- ridefinizione dei Piani dei centri di costo aziendali, coerentemente con il piano dei centri di costo regionale e con gli atti aziendali vigenti, entro 3 mesi dall'approvazione del piano dei centri di costo regionale.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori Generali delle ASR.

Intervento 7.2: Coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti

L'obiettivo da perseguire è l'omogeneità nella rilevazione e attribuzione dei costi comuni (non direttamente attribuibili al singolo centro di costo consumatore) con l'indicazione di parametri possibilmente univoci a livello regionale (es. costi di pulizia, utenze e gli altri servizi generali che lavorano per tutte le strutture) funzionali al ribaltamento sui singoli centri di costo.

L'aggiornamento del piano dei conti, che si renderà necessario in seguito alla revisione dei CE e degli SP, attualmente al vaglio della Conferenza Stato Regioni e che dovrà essere oggetto di successiva approvazione con decreto ministeriale, comporterà necessariamente un adeguamento del Piano dei Centri di Costo adottato da ciascuna Azienda che, oltre ad essere coerente con la struttura organizzativa aziendale e con gli elementi definiti dalla regione, deve essere rispondente alle nuove esigenze informative ministeriali.

Risultati programmati

- Costituzione di una cabina di regia per l'emanazione di linee Guida regionali in materia di centri di costo e fattori produttivi entro tre mesi dall'adozione del piano dei centri di costo unico regionale;
- Emanazione Linee Guida regionali in materia di centri di costo e fattori produttivi entro il mese di ottobre 2019;
- Coerenza del piano dei centri di costo e del piano dei fattori produttivi con il piano dei conti.

Indicatori di risultato

- Coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti entro il 2020.
- Nel corso del 2020: verifica periodica di coerenza del piano dei centri di costo con il piano dei conti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione della Direzione Generale della Sanità

Intervento 7.3: Gradi di utilizzo della contabilità analitica

Sviluppare le attività avviate/concluse dalla Regione in merito all'oggetto dell'intervento. La contabilità analitica consente di misurare l'impiego e l'utilizzo delle risorse nonché l'efficienza nello svolgimento delle attività tipiche delle Aziende sanitarie.

In particolare, la Regione Sardegna nel triennio 2018-2020 intende perseguire le seguenti finalità:

- Rilevare i costi sostenuti per svolgere le attività all'interno di ciascuna azienda;
- Misurare l'efficienza delle strutture aziendali (UU.OO) nell'utilizzo delle risorse (personale, beni sanitari e non sanitari, servizi, ecc);
- Programmare l'attività sanitaria a livello regionale e a livello aziendale attraverso la definizione di obiettivi specifici determinati dalle rilevazioni omogenee acquisite attraverso il modello regionale di controllo;
- Controllare l'attività e verificare periodicamente il raggiungimento degli obiettivi;
- Confrontare e valutare i risultati per struttura e la performance dei responsabili dei Centri di responsabilità (cdr);
- Confrontare le Aziende sanitarie e individuare le best-practice da mutuare e diffondere in tutti gli enti del SSR.

Risultati programmati

- Misurazione dei costi per attività e valutazione dell'efficienza delle strutture aziendali;
- Coerenza della programmazione aziendale con il presente Programma Operativo e con altri documenti di programmazione regionali e nazionali;
- Attivazione di un sistema di reportistica adeguato per il monitoraggio dei risultati conseguiti dalle singole aziende;
- Governance di sistema attraverso il monitoraggio, la valutazione e il controllo delle performance dei singoli CdR e CdC.

Indicatori di risultato

- Pieno utilizzo della contabilità analitica entro il 31.12.2020.
- Nel corso del 2020: report periodici di monitoraggio, valutazione e controllo delle performance dei singoli CdR e CdC.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione della Direzione Generale della Sanità.

Intervento 7.4: Quadratura con la contabilità generale e capacità di motivare adeguatamente le squadrature

Le rilevazioni della contabilità analitica secondo il piano dei centri di costo adottato devono essere riconciliabili con le rilevazioni di contabilità generale. Per verificare la coerenza tra i due sistemi di rilevazione, la Regione Sardegna necessita di dotarsi di adeguati sistemi informativi.

Risultati programmati

- Quadratura tra la contabilità analitica e la contabilità generale.
- Indicatori di risultato.
- Adeguamento del sistema informativo entro dicembre 2019.
- 2020: report periodici di monitoraggio delle eventuali squadrature tra le rilevazioni della contabilità analitica e le rilevazioni di contabilità generale, comprensivi delle motivazioni sottostanti.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione della Direzione Generale della Sanità.
- Direttore del Servizio sistema informativo, affari legali e istituzionali della Direzione Generale della Sanità.

Intervento 7.5: Capacità di codificare e quantificare gli scambi interni

La contabilità analitica deve permettere di rilevare e misurare gli scambi interni al SSR tra le aziende sanitarie, ma soprattutto anche i costi delle prestazioni intermedie e interne rese dalle UU.OO di supporto alle UU.OO finali di produzione delle aziende sanitarie.

A tal fine la Regione Sardegna:

- richiederà alle Aziende Sanitarie che le prestazioni intermedie siano individuate e tracciate secondo una codifica unica ed omogenea da prevedere nel più ampio sistema di rilevazione di contabilità analitica e dei flussi informativi aziendali;
- definirà le modalità di ribaltamento dei costi dei servizi di supporto e generali sui centri intermedi e finali;
- definirà criteri univoci per la valorizzazione degli scambi interni alle aziende, classificati per servizi omogenei.

Risultati programmati

- Miglioramento del flusso informativo con indicazione di standard operativi con emanazione di direttive regionali
- Rilevazione completa dei flussi interni alle UUOO aziendali

Indicatori di risultato

Gli interventi di:

- Implementazione delle linee guida presso le singole aziende.
- Adozione dei nuovi criteri a regime.
- Definizione della codifica per la rilevazione delle prestazioni intermedie, delle modalità di ribaltamento dei costi e dei criteri univoci per la valorizzazione degli scambi.

Seguono le tempistiche, gli obiettivi sono perseguiti con gli strumenti degli interventi legati all'adeguamento dei sistemi informativi.

- 2020: report periodico attestante il progressivo miglioramento della capacità di misurare tutte le attività svolte dalle strutture (UU.OO.) delle aziende sanitarie.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione della Direzione Generale della Sanità in raccordo, per gli aspetti relativi all'adeguamento dei sistemi informativi, con il Direttore del Servizio sistema informativo, affari legali e istituzionali.

Intervento 7.6: Utilizzo della contabilità analitica ai fini della predisposizione dei modelli di rilevazione LA

L'Assessorato della Sanità si pone come obiettivo il miglioramento delle modalità di compilazione dei modelli LA da parte delle Aziende del SSR e l'allineamento dell'operato delle Aziende al fine di assicurare omogeneità a livello regionale.

Risultati programmati

- Predisposizione del modello LA 2020 sulla base dell'adeguamento ed evoluzione della contabilità analitica.

Indicatori di risultato

- Allineamento degli strumenti e dei report di contabilità analitica entro il 31.12.2020 con quelli funzionali alla predisposizione del modello LA 2020.

Anche in questo caso, per il perseguimento dell'obiettivo, non si può prescindere dall'adeguamento dei sistemi informativi aziendali.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione della Direzione Generale della Sanità in raccordo, per gli aspetti relativi all'adeguamento dei sistemi informativi, con il Direttore del Servizio sistema informativo, affari legali e istituzionali.

Intervento 7.7: Potenziamento della capacità di traduzione dei dati economici per natura in dati economici per destinazione, al fine di consolidare/implementare l'utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e di controllo regionale e aziendale

L'attività del triennio 2018-2020 è orientata su tre direttrici:

- implementare e selezionare gli indicatori impiegabili nei confronti interaziendali e interregionali funzionali a misurare il rispetto della programmazione nell'erogazione dei livelli di assistenza;
- adattare gli indicatori di cui ai punti precedenti al profilo territoriale specifico di ciascuna azienda sanitaria (profilo dell'assistito, sesso ed età, posizionamento dell'azienda rispetto al contesto regionale in termini epidemiologici, modalità di offerta pubblica e privata accreditata del servizio sanitario e soddisfazione della domanda di salute del cittadino).

La Regione e la società in house Sardegna IT devono quindi verificare le banche dati disponibili (dati economici-contabili, di cui modelli CE, LA, CP, dati sul costo e numerosità del personale, a livello analitico maggiore rispetto a quello nazionale, dati di attività nazionali e regionali, di cui flussi dell'attività ospedaliera, posti letto e produzione espressa in unità fisiche e DRG con pesature, attività territoriale, anche con l'impiego dei dati SOGEI-MEF, dati epidemiologici con particolare attenzione a quelli ricorrenti nei questionari nazionali di verifica degli adempimenti LEA) nel suo profilo multi -dimensionale (valutazione economica nelle sue varie configurazioni, in termini di efficienza, economicità, efficacia e, quindi appropriatezza sanitaria delle risposte alla domanda di salute del SSR).

Esempi di indicatori impiegabili e successivamente implementabili:

Indicatori di risultato economico (verifica rispetto assegnazioni regionali-statali)

- risultato d'esercizio/ contributi c/eserc.reg+saldo mobilità;
- costi della produzione (IRAP inclusa) aziendali /costi della produzione (IRAP inclusa) SSR, confronto previsione-consuntivo, consuntivo anno x vs anno x-1, trimestre anno x vs trimestre anno x-1;
- costo pro capite (ASL, anche con impiego di pesi per fasce d'età, concentrazione della popolazione per km quadrato, evidenza della quota d'acquisto delle prestazioni finali da soggetti pubblici e privati rispetto all'impiego dei fattori produttivi interni) per LEA (verifica rispetto assegnazioni regionali e livelli di assistenza programmati), costo per valore produzione (con e senza finanziamento per funzioni) per le AO e Aziende ospedaliere universitarie e presidi ospedalieri di ASL (raffrontando le situazioni in cluster, es.tipologia di attività, pronto soccorso, analizzando separatamente i costi variabili rispetto quelli strutturali, dove possibile)
- impiego dei fattori produttivi nell'attività sanitaria per macro settori aziendali (prevenzione, territorio ed ospedale).

La piena funzionalità dei sistemi di contabilità analitica e la produzione della reportistica elaborata dal Controllo di gestione consentirà alla Regione Sardegna di monitorare la spesa sanitaria e di valutare l'efficacia delle azioni poste in essere per il contenimento e per il raggiungimento degli obiettivi sanitari.

Risultati programmati

- Indicatori economici derivati dalle valorizzazioni dei Programmi Operativi di competenza dei settori regionali.
- Pubblicazione per area sovra zonale e regionale di una selezione di indicatori economici e di attività per il confronto gestionale tra le aziende sanitarie e verifica dei risultati attesi dalla Regione.
- Miglioramento dell'accesso al flusso informativo, strutturato con banche dati integrate, con possibile personalizzazione (configurazioni indici) degli uffici dell'Assessorato Sanità nell'ambito delle materie di competenza.

- Aggiornamento degli indicatori esistenti e loro coerenza con l'impiego per il confronto interregionale e nazionale.
- Integrazione della lettura fornita dagli indicatori con le specificità non rilevabili dai medesimi con il coinvolgimento delle aziende sanitarie.
- Utilizzo della contabilità analitica a supporto delle attività di programmazione e controllo aziendali e regionali

Indicatori di risultato

- Adozione, entro il 2020, dell'impiego di indicatori multidimensionali a livello aziendale e regionale per la verifica degli obiettivi aziendali (interni all'azienda nelle sue articolazioni organizzative ed esterni).
- Anche in questo caso, per il perseguimento dell'obiettivo, non si può prescindere dall'adeguamento dei sistemi informativi aziendali.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione della Direzione Generale della Sanità in raccordo, per gli aspetti relativi all'adeguamento dei sistemi informativi, con il Direttore del Servizio sistema informativo, affari legali e istituzionali.

Programma 8: Rapporti con gli erogatori

Cosa è stato fatto

Al fine di governare l'offerta delle prestazioni sanitarie, come previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., la Regione è chiamata a programmare l'erogazione delle prestazioni sanitarie, da parte dei soggetti pubblici e privati, con oneri a carico del Fondo sanitario regionale.

A decorrere dal 2006 (DGR n. 49/12 del 28 novembre) sono state adottate linee regionali di indirizzo per le AA.SS.LL. per una corretta programmazione dei servizi sanitari. E' stato quindi individuato un percorso di programmazione che, attraverso la preventiva individuazione dei volumi delle attività da acquisire da soggetti privati accreditati, tenga conto della capacità produttiva dei presidi delle ASL, dei livelli di appropriatezza delle prestazioni, dell'accessibilità alle strutture da parte della popolazione residente, dei parametri nazionali e regionali in materia di liste e tempi d'attesa.

Il ciclo di programmazione si deve basare sul rispetto dell'equilibrio economico-finanziario delle Aziende Sanitarie, inteso come obbligo di effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economico-finanziari loro assegnati. Infatti, il rispetto delle regole di committenza non può prescindere da una programmazione della spesa per ciascun settore dell'assistenza sanitaria, assicurando i livelli essenziali di assistenza e garantendo il mantenimento della spesa entro l'inderogabile vincolo di bilancio.

Annualmente la Regione definisce i tetti massimi di finanziamento per tipologie di servizi erogati dai privati accreditati:

- assistenza ospedaliera;
- specialistica ambulatoriale;
- residenze sanitarie assistenziali e hospice;
- riabilitazione territoriale;
- assistenza termale;
- salute mentale;
- dipendenze.

I tetti di spesa sono declinati in rapporto ai volumi appropriati di attività programmati e al sistema tariffario regionale. L'attuale nomenclatore regionale della specialistica ambulatoriale è risalente alla fine degli anni novanta e contiene tariffe nettamente superiori a quelle nazionali, che occorre rivedere. La Regione negli ultimi quattro anni ha dato impulso al processo di accreditamento delle strutture socio sanitarie regionali; è stato definito un complesso percorso di accompagnamento delle strutture pubbliche e private per la certificazione del possesso dei requisiti strutturali, strumentali ed organizzativi. Tale percorso è stato finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi assistenziali e vede oggi circa 330 strutture private accreditate definitivamente su 500 circa operanti in regime di accreditamento istituzionale. La revisione dei processi organizzativi ha permesso di accertare esattamente il numero e la tipologia di prestazioni erogabili rendendo nuovamente disponibili per eventuali nuovi operatori e nel rispetto dei livelli di spesa, volumi di prestazioni e posti letto residenziali ed ospedalieri che permettano l'innescio di virtuosi circuiti di concorrenza.

L'adozione di una politica tariffaria permette di riorientare l'offerta assistenziale, nei limiti delle prestazioni previste dai LEA e delle risorse economiche del Fondo Sanitario. L'esigenza è quella di comprimere i volumi di ospedalizzazione inappropriata e incentivare i processi di riqualificazione dell'assistenza ospedaliera oppure, analogamente, promuovere una profonda revisione dell'offerta di assistenza territoriale sociosanitaria e riabilitativa aumentando il gradiente di riferimento specialistico tra i diversi livelli della rete assistenziale. Sulla base di una precisa caratterizzazione dell'offerta pubblica e privata finanziata a tariffa, la Regione deve condurre un processo di rivisitazione delle tariffe attraverso la ricerca delle modalità che consentano di ottimizzare l'utilizzo delle risorse e di sfruttare i margini di discrezionalità concessi dalla norma nazionale, secondo un metodo trasparente e basato sulle evidenze.

La ridefinizione delle strutture tariffarie muove da quattro principali considerazioni:

- per quanto riguarda la remunerazione dei ricoveri, vi è evidenza che i più elevati tassi di ospedalizzazione sono correlati a quote maggiori di inappropriatezza;

- l'elevata spesa per l'assistenza riabilitativa territoriale, a fronte di livelli inadeguati di qualità e specializzazione, è quasi completamente erogata dai centri privati accreditati e richiede l'adozione di interventi strutturali di riclassificazione dei bisogni e delle tipologie delle prestazioni assistenziali, nonché di una riqualificazione delle strutture riabilitative;
- l'applicazione delle norme sui livelli essenziali di assistenza per l'area sociosanitaria rende necessario ridefinire le tariffe delle prestazioni per le quali una percentuale delle stesse va ad incidere sulle quote di compartecipazione al costo sostenute dagli assistiti o dai Comuni;
- I provvedimenti nazionali chiariscono in modo sempre più preciso e vincolante che gli importi tariffari fissati dalla regione in misura superiore alle tariffe massime definite a livello nazionale, restano a carico dei bilanci regionali.

Infine, si rende necessario rimodulare l'offerta specialistica secondo parametri che garantiscano volumi adeguati ad ottimizzare le economie di scale e garantire qualità e specializzazione dell'assistenza.

Tabella 8.1 – Impatto stimato manovre nel rapporto con gli erogatori (risparmi per anno non cumulati)

Rapporto con gli erogatori: valorizzazione manovre (€ mln)			
	2018	2019	2020
Rapporti con gli erogatori	-	-	-
Utilizzo metodiche ad alto costo pari al 50% del totale dei trattamenti dialitici	-	-	-
Riqualificazione della rete dei laboratori	-	0,7	1,7
Riorganizzazione della rete di radiologia	-	0,82	-
Ricognizione e rimodulazione delle tariffe	-	-	-
Revisione delle tariffe delle prestazioni specialistiche (con particolare riguardo a fkt, laboratorio e radiologia)	-	6	-
Valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione territoriale	-	-	-

Azione 8.1: Riqualificazione della rete dei laboratori sul modello HUB e SPOKE

La Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), ha disposto, all'art. 1, comma 796, lettera o), che le regioni definiscano un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine pervenire a standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate. Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze, ha emanato le linee guida sui contenuti del piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio.

La Regione Sardegna, con DGR 48/21 del 29 novembre 2007, ha approvato il progetto di riorganizzazione della rete. L'obiettivo generale del progetto è articolato in quattro obiettivi specifici:

- definire e avviare i sistemi di collegamento e connessione;
- definire un sistema a rete dei laboratori, identificando laboratori di riferimento regionale di alta specializzazione, laboratori centrali aziendali, sedi periferiche e un sistema di punti prelievo e di consegna delle risposte all'utenza;
- promuovere la partecipazione e la responsabilizzazione degli operatori;
- razionalizzare le procedure di acquisto e stoccaggio di strumenti e materiali.

In particolare il modello di rete integrata di laboratori è basato su due livelli:

- il livello "aziendale", che unifica tutti i laboratori di una stessa azienda in un unico sistema logico, con l'obiettivo di garantire sia la massima concentrazione di esami all'interno dell'Azienda stessa che la massima decentralizzazione degli accessi;
- il livello "regionale", ottenuto mettendo in comunicazione le diverse Aziende, con l'obiettivo di consentire a ciascuna Azienda Sanitaria di usufruire di attività analitica di alta specializzazione predisposta solo in laboratori di riferimento specificamente individuati.

Sul piano dell'informatizzazione le azioni previste dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 48/21 si sono da tempo concretizzate, per quanto concerne rispettivamente il livello aziendale e regionale, nella realizzazione dei progetti regionali SILUS e SILUS 2 (con implementazione dei sistemi informativi, collaudati negli anni 2009 e 2012) e se attualmente le piattaforme locali delle 11 strutture di laboratorio logico unico gestiscono quotidianamente in produzione tutti i laboratori pubblici della Sardegna, il sistema è già predisposto per garantire l'interoperabilità interaziendale, ovvero per la realizzazione concreta del laboratorio logico unico virtuale regionale.

Con DGR n. 18/13 del 5 aprile 2016 è stato recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta diagnostica di laboratorio" ed è stato altresì disposto di dare attuazione all'Accordo stesso, con la riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private secondo principi di razionalizzazione, di aggregazione e di regolamentazione dei service di laboratorio.

In attuazione della succitata DGR la Giunta regionale in data 10 luglio 2018, con la DGR n. 35/19, ha approvato il documento avente ad oggetto la "riorganizzazione della rete dei laboratori e dei servizi di genetica medica della Regione Sardegna". Il modello di rete proposto è organizzato secondo lo schema Hub e Spoke, così come previsto dal Documento "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna", approvato dal Consiglio regionale in data 25.10.2017, pubblicato sul BURAS n. 58 del 11 dicembre 2017, per le reti assistenziali in cui i punti di erogazione dei servizi di diagnosi, cura e riabilitazione sono collegati in un sistema unico, omogeneo e armonizzato. Il modello prevede la centralizzazione dell'attività analitica ad elevata complessità in Laboratori di Genetica Medica in possesso di tecnologie avanzate e personale dedicato riconoscendo e salvaguardando, attraverso la rete, le competenze professionali in riferimento a specifiche patologie a livello regionale.

Indicatore di processo:

- Predisposizione della DGR di riorganizzazione della rete dei Laboratori del SSR
- Implementazione dell'organizzazione nelle Aziende sanitarie regionali

Indicatori di risultato:

- **entro 30 giugno 2019** - approvazione deliberazione di Giunta e approvazione atti di organizzazione aziendale
- **entro dicembre 2019** – realizzazione del 50% della riorganizzazione della rete
- **entro dicembre 2020** – realizzazione del 100% della riorganizzazione della rete

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio promozione e governo delle reti di cura della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali.

Risparmi attesi annui

- Anno 2019 Euro 700.000
- Anno 2020 Euro 1.700.000

Risparmio cumulato della Manovra nel Triennio (€)		
2018	2019	2020
-	700.000,00	2.400.000,00

I risparmi sono stati quantificati sulla base delle economie attese stimate in proporzione alle economie realizzate nell'ultima gara in service utile espletata da ATS per la ASSL di Olbia nel 2018 e della riorganizzazione in hub, spoke H24 e spoke (si traducono pertanto in minori costi di acquisto di servizi).

Azione 8.2: Riqualificazione della rete di radiologia

L'attuale conformazione dei punti di erogazione di prestazioni di radiologia risente della mancanza di una efficiente politica di allocazione delle apparecchiature ed in particolare di quelle ad alto costo. Si rileva che le apparecchiature sono allocate prevalentemente presso le strutture ospedaliere e che queste sono principalmente dedicate a soddisfare le esigenze interne delle strutture di cui sopra. La loro utilizzazione non è sempre efficiente a causa di complessità organizzative e di una poco attenta politica di allocazione delle risorse umane. Per contro le liste di attesa per il soddisfacimento e i bisogni dei pazienti non ricoverati risultano essere particolarmente lunghe. Obiettivo del SSR deve essere

quello di mettere a rete le strutture al fine di massimizzare la produzione dei servizi diagnostici siano essi dedicati ai pazienti ricoverati presso le strutture sanitarie che non.

Indicatore di processo

- predisposizione della DGR di riorganizzazione della rete dei servizi di radiologia sul modello HUB e SPOKE.
- Implementazione dell'organizzazione nelle Aziende sanitarie regionali.

Indicatori di risultato

- **entro 30 giugno 2019** - approvazione deliberazione di Giunta e approvazione atti di organizzazione aziendale;
- **entro dicembre 2019** – realizzazione del 100% della riorganizzazione della rete.

Il Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio promozione e governo delle reti di cura
- Direttori generali delle Aziende sanitarie.

Tabella 8.2 – Cronoprogramma e indicatori dei rapporti con gli erogatori

Area	Programma	Obiettivo/intervento	Azione	output	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di risultato 2018	Indicatore di risultato 2019	Indicatore di risultato 2020
		Utilizzo metodiche ad alto costo pari al 50% del totale dei trattamenti	Revisione offerta dialisi	appropriatezza utilizzo metodiche alto costo		Verifica applicazione linee di indirizzo	monitoraggio	monitoraggio	monitoraggio
	Rapporti con gli erogatori	Predisposizione del modello di riorganizzazione della rete dei laboratori sul modello HUB e SPOKE	Riqualificazione della rete dei laboratori	Efficientamento organizzazione servizi diagnostica di laboratorio	43646	Predisposizione delibera di Giunta regionale Adozione atti di organizzazione aziendale		Entro il 30 dicembre realizzazione del 50% della rete	Entro il 30 dicembre Completamento della rete
		Predisposizione del modello di riorganizzazione della rete dei servizi di radiologia sul modello HUB e SPOKE	Riorganizzazione e della rete dei servizi di radiologia	Efficientamento organizzazione servizi diagnostica per immagini	43646	Predisposizione delibera di Giunta regionale Adozione atti di organizzazione aziendale		Entro il 30 dicembre realizzazione del 50% della rete	Entro il 30 dicembre Completamento della rete

Risparmi attesi

- Anno 2019 Euro 820.000

I risparmi sono stati quantificati sulla base della nuova organizzazione che si fonda sulla presenza di una guardia attiva per ogni azienda ospedaliera e di tre guardie attive (una per area: Nord, Centro e Sud) dell'ATS (i risparmi prodotti si traducono pertanto in minori costi del personale in termini di reperibilità, ore notturne e festività).

Azione 8.3: Revisione delle tariffe delle prestazioni specialistiche (con particolare riguardo a fkt, laboratorio e radiologia)

In applicazione dell'art. 15, commi 15, 16, 17 e 8, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135, contenente “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*”, il decreto del Ministro della Salute del 18 ottobre 2012 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013), adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, ha determinato le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

Il Nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, intesa Governo-Regioni del 10/07/2014, ha previsto l'istituzione di una commissione permanente costituita dal Ministero dell'economia e finanze, Ministero

della Salute, Regioni e Agenas per l'aggiornamento delle tariffe massime definite dal DM 18 ottobre 2012.

Con il DPCM del 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato nella GU n.65 del 18-3-2017 - Suppl. Ordinario n. 15 - entrato in vigore il 19-03-2017, si è proceduto alla "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Per la specialistica ambulatoriale il DPCM ha previsto che le disposizioni di cui agli articoli 15 e 16 e gli allegati 4, 4A, 4B, 4C e 4D del DPCM, richiamati negli stessi articoli, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto ministeriale di approvazione del nuovo nomenclatore tariffario nazionale (art. 64, comma 2 DPCM).

La legge di bilancio 2018 (Legge 27 dicembre 2017, n. 205, G.U. n.302 del 29-12-2017 - Suppl. Ordinario n. 62) ha stabilito che "Le tariffe massime delle strutture che erogano prestazioni ... di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013, continuano ad applicarsi fino alla data di approvazione dei decreti di cui all'art. 64 commi 2 e 3 del DPCM del 12/01/2017 da emanare entro il 28 febbraio 2018" (art. 1, comma 420).

Da una comparazione tra le tariffe del DM 18 ottobre 2012 e le tariffe attualmente in vigore presso la Regione Sardegna sono infatti emerse diverse significative differenze sia in aumento che in diminuzione. In particolare appare rilevante lo scostamento per alcune prestazioni. Il recepimento delle tariffe del DM 2012, che vanno considerate come tariffe di riferimento, contribuisce al raggiungimento di tali finalità come di seguito indicato. Lo stesso D.M. 18 ottobre 2012 e il DL 95/2012 prevedono peraltro che, in caso di adozione da parte delle regioni di tariffe superiori a quelle stabilite dallo stesso decreto, gli importi tariffari superiori alle tariffe massime restino a carico dei bilanci regionali, **fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del SSR, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile.**

Obiettivo

- Attuazione di un nuovo sistema tariffario che preveda quali valori massimi quelli previsti dal D.M. 18/10/2012

Indicatori di risultato

- Adozione del nuovo nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale;
- 2019 risparmio per euro 6.000.000
- 2020: non è previsto ulteriore risparmio.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente del Servizio Promozione e governo delle reti di cura

Azione 8.4: Valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione territoriale

Le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833 del 23 dicembre 1978 sono prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, erogate nelle fasi di riabilitazione intensiva ed estensiva ed in regime di assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno, ambulatoriale e domiciliare.

Con DRG n. 8/16 del 28.2.2006 la regione Sardegna ha definito le linee di indirizzo per la riorganizzazione della riabilitazione in Sardegna, attraverso l'individuazione delle tipologie di strutture e delle modalità di erogazione delle prestazioni di tipo sanitario e socio sanitario.

Successivamente altri provvedimenti regionali hanno definito la classificazione delle prestazioni di riabilitazione ed i requisiti minimi strutturali ed organizzativi delle strutture che devono erogare prestazioni di riabilitazione.

Nella Regione Sardegna le prestazioni di riabilitazione attualmente sono classificate in 11 tipologie per ciascuna delle quali è stabilita una tariffa sanitaria e, ove previsto, la quota sociale di partecipazione alla spesa:

Tipologia prestazione	Tariffa	Quota sanitaria	Quota sociale
Riabilitazione globale a ciclo cont. ad elevato livello assist. Per disabilità fisica, psichica e sensoriale	338	100%	
Riabilitazione globale a ciclo cont. Per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	171	100%	
Riabilitazione residenz. A valenza socio-riabilitativa	151	40%	60%
Riabilitazione globale a ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale	100	100%	
Diurno a valenza socio-riabilitativa per persone con disabilità in situaz di gravità	105	70%	30%
Diurno a valenza socio-riabilitativa per persone con disabilità in situazione di gravità a tempo ridotto	64	70%	30%
Ambulatoriale intensiva	67	100%	
Ambulatoriale estensiva	46	100%	
Ambulatoriale mantenimento	35	100%	
Domiciliare estensiva	45	100%	
Domiciliare mantenimento	38	100%	

Attualmente la rete dei presidi che erogano prestazioni di riabilitazione è costituita complessivamente da 76 strutture accreditate così ripartite nel territorio dell'ATS:

- 7 presidi ASL Sassari
- 9 presidi ASL Olbia
- 9 presidi ASL Carbonia
- 5 presidi ASL Lanusei
- 6 presidi ASL Oristano
- 7 presidi ASL Sanluri
- 33 presidi ASL Cagliari

Obiettivo

Valutare l'appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di riabilitazione territoriale.

Criticità

Le criticità che interessano la materia sono:

- Per accedere alle prestazioni, non è necessaria la preventiva valutazione da parte dell'UVT per cui non esiste la possibilità di valutazione preventiva dell'appropriatezza delle prestazioni. La valutazione preventiva da parte dell'UVT era contenuta nello schema di contratto allegato alla DGR n.31/14 del 6.6.2010 ma questo passaggio è stato oggetto di contenzioso promosso in sede giurisdizione da parte degli erogatori privati accreditati a conclusione del quale è stato dichiarato illegittimo con sentenza del Tar Sardegna del 2011.
- il mancato recepimento formale del piano Nazionale della riabilitazione del 1998 e di quello del 2011 che preveda un insieme organico di azioni finalizzate a coordinare e governare la materia in tutte le articolazioni che la interessano delineando in modo coerente con il Piano Nazionale il progetto riabilitativo individuale ma l'adozione di azioni e provvedimenti che riguardano, di volta in volta interventi specifici (requisiti minimi strutture, tariffe, tetti di spesa ecc);

Indicatori di processo

Con Decreto dell'Assessore Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'assistenza Sociale n. 10 /2018 stata ricostituita la Commissione Tecnica Consultiva Regionale per la riabilitazione e con il compito di fornire supporto in materia di:

- monitoraggio della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;

- analisi dei costi e verifica della congruità del sistema sanitario;
- indirizzi per la formazione continua e permanente degli operatori del settore;

Le azioni del programma operativo finalizzate all'appropriatezza prescrittiva nel settore della riabilitazione sono tutt'ora in corso con il supporto della suddetta Commissione Tecnica:

- allineamento delle prestazioni di riabilitazione attualmente erogabili nella Regione Sardegna alla classificazione delle prestazioni stabilite dal DPCM 12.1.2017 sui LEA;
- definizione di un provvedimento tecnico che declini in modo puntuale le fasi della riabilitazione come strumento vincolante per i prescrittori e gli erogatori delle prestazioni;
- determinazione di criteri oggettivi di priorità per accedere alle prestazioni di riabilitazione ed evitare così liste d'attesa ingiustificate;
- ridefinizione dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi delle strutture che erogano le prestazioni;
- revisione delle tariffe.

Indicatori di risultato

- Allineamento prestazioni con la classificazione nazionale entro il 31/12/2019;
- definire i criteri di accesso alle prestazioni di riabilitazione, previa valutazione multidimensionale, in coerenza con quanto stabilito all'art. 34 del DPCM sui LEA, entro il 31/12/2020;
- valutazione di almeno il 25% delle giornate di degenza in regime di ricovero o erogate presso strutture residenziali

Risultati economici

La spesa per l'assistenza riabilitativa territoriale è fissata in 56 ML di euro per l'anno 2018 ed azioni di un programma operativo che intervengano sull'appropriatezza prescrittiva possono incidere sul contenimento della spesa e sulla riqualificazione della stessa.

I risultati economici non sono quantificabili.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Promozione e governo delle reti di cura della Direzione Generale della Sanità.
- Direttore del Servizio qualità delle cure e governo clinico della Direzione Generale della Sanità.

Azione 8.5: Avvio nel Nuovo Ospedale della Gallura

Con la DGR 24/1 del 26 giugno 2014 è stato adottato il Progetto di attivazione di un nuovo presidio ospedaliero di 242 posti letto con le correlate linee di ricerca. Il progetto è condizionato all'acquisizione di specifiche deroghe da parte del Governo, relativamente ai parametri dei posti letto e all'aumento del tetto per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica da erogatori privati. Nello stesso sono state definite le linee guida per la remunerazione e per la definizione del tetto di spesa annuale omnicomprensivo non superiore a 55,6 milioni di euro.

Con impegno della Giunta Regionale e del Consiglio regionale, il programma di attivazione dell'ospedale mira a costituire un nuovo polo di riferimento con un effettivo e riconosciuto valore di eccellenza, nel campo dell'assistenza e della ricerca.

Le finalità e il valore strategico dell'attivazione del nuovo polo ospedaliero è stato esplicitato in protocolli di intesa sottoscritti con la Presidenza del Consiglio dei Ministri: in data 22 maggio 2014 la Presidenza del Consiglio dei Ministri (PDCM), la Regione e la Qatar Foundation Endowment (QFE) hanno stipulato un protocollo nel quale la PDCM si impegna ad offrire pieno sostegno e a favorire tutte le azioni e le misure necessarie a sostenere l'avvio del nuovo ospedale della Gallura, realizzando ogni utile sinergia per ampliare fino al massimo consentito le risorse finanziarie da destinare alla ricerca.

L'art. 16 del decreto legge 12 settembre 2014, n. 133, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 11 novembre 2014, n. 164 (Sblocca Italia) ha approvato il programma di riorganizzazione della rete ospedaliera nel rispetto dei parametri dei posti letto per mille abitanti

includendo nel computo dei posti letto anche quelli accreditati nella nuova struttura e autorizza la regione Sardegna nel periodo 2015-2017 ad incrementare fino al 6% il tetto di incidenza della spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati. Prevede, inoltre, che la copertura dei maggiori oneri avvenga all'interno del bilancio regionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 836, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Impegna, infine, la regione Sardegna e il Ministero della salute a monitorare l'effettiva rispondenza della qualità delle prestazioni sanitarie e la loro piena integrazione con la restante offerta sanitaria pubblica regionale nonché la mobilità sanitaria verso altre regioni.

Con la DGR 24/26 del 14 maggio 2018, la Giunta regionale prende atto che l'allestimento del Mater Olbia è nella fase conclusiva e che si rende necessario stimare un budget anche per tale nuovo operatore al fine di garantire l'avvio delle attività assistenziali nella struttura. La messa a regime delle attività sarà contestuale al progressivo incremento del budget di spesa nel rispetto delle linee di indirizzo riportate nella Delib.G.R. n. 26/8 del 8 luglio 2014. Per l'anno 2018 tale budget sarà pari ad euro € 1.800.000, non soggetto alle limitazioni di cui all'art. 15 comma 14, primo periodo, del citato D.L. n. 95/2012, ai sensi di quanto stabilito della Legge di Stabilità 2016 (art. 1, comma 574, lett. a) e b), L. 28 dicembre 2015, n. 208.

L'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla previsione del tetto di € 1.800.000 per l'alta complessità è garantita attraverso le azioni previste dall'aggiornamento del Piano di riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 23/6 del 8 maggio 2018.

Per quanto attiene il periodo successivo al 2018, si prevede la definizione delle risorse per l'acquisto di prestazioni di assistenza prevalentemente ospedaliera per l'ospedale privato della Gallura come di seguito specificatamente indicato:

- per le prestazioni di alta complessità, sulla base delle risorse disponibili, a seguito del monitoraggio sugli indicatori di complessità della casistica e di qualità dell'assistenza, con particolare riferimento al rispetto:
- dei volumi minimi di attività di cui al decreto ministeriale n. 70 /2015 e alle successive direttive regionali; inoltre,
- di una valutazione favorevole dei dati di mobilità sanitaria e del percorso intrapreso dallo stesso quale centro di alta specializzazione ed eccellenza clinica, con obiettivi di affermazione a livello nazionale ed internazionale per la diagnosi, la cura, la riabilitazione e la ricerca scientifica correlata all'assistenza socio-sanitaria
- per le altre prestazioni necessarie per portare a regime l'ospedale Mater Olbia, incluse quelle remunerate ai sensi dell'articolo 8-sexies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., previa definizione nei rapporti con lo Stato della normativa applicabile alla Regione in materia sanitaria, ivi inclusa la possibilità di procedere all'adozione di idonee norme di attuazione, attraverso un incremento del tetto storico regionale, anche in considerazione del fatto che esso è, e rimane, nettamente inferiore alla media nazionale.

Stima dei costi

Sulla base dell'Accordo del 15 settembre 2014 sottoscritto tra RAS e QFE, si ipotizza che il nuovo polo ospedaliero e di ricerca possa entrare a regime nell'arco di un triennio. I costi possono essere così stimati (in milioni di euro):

Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
35	45	55,6

Coperture

Le coperture dei maggiori oneri potrà essere disposta solo con ulteriori risorse a carico del bilancio regionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 836, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, tali risorse dovrebbero essere inserite nella manovra regionale 2019 – 2021 che attualmente non le comprende

Responsabile del procedimento attuativo

- Giunta regionale

3. Area: Razionalizzazione dei fattori produttivi

Programma 9: Razionalizzazione spesa

Intervento 9.1: Pianificazione poliennale degli acquisti. Analisi e governo dei fabbisogni

La Regione Sardegna con L.R. 29 maggio 2007, n. 2 (Finanziaria 2007), ha istituito il Centro d'acquisto territoriale (C.A.T.), posto in capo al Servizio provveditorato della Direzione Generale degli enti locali e finanze, nonché il sistema delle convenzioni quadro regionali con definizione degli enti obbligati all'adesione.

Il progetto, per l'anno 2007 a carattere sperimentale, aveva lo scopo di contenere la spesa anche mediante la definizione di strategie comuni di acquisto, l'aggregazione e la standardizzazione della domanda, lo sviluppo della concorrenza;

Gli acquisti di beni e servizi delle aziende sanitarie hanno continuato ad essere gestiti direttamente dalle stesse.

Al fine di realizzare economie di scala anche in ambito sanitario a a Regione Sardegna dal 2007 ha avviato per l'acquisto di medicinali ed emoderivati l'aggregazione dei fabbisogni e la gestione centralizzata delle strategie di gara. Con la Deliberazione della Giunta regionale n. 37/10 del 25.9.2007 sono state costituite due Unioni d'acquisto, l'area sud con capofila la ex-ASL di Cagliari e l'area centro-nord con capofila la ex-ASL di Sassari. L'aggregazione dei fabbisogni ha consentito importanti risultati in termini di risparmio e di standardizzazione della domanda.

Nel 2009 è stato costituito l'osservatorio per le gare (DGR n. 56/89 del 29.12.2009) con il compito di verificare l'aderenza delle singole aziende alle gare in Unione d'acquisto. Dal 2012 sono stati programmati gli acquisti centralizzati anche di dispositivi medici (DGR. 33/16 del 31.08.2012).

Attraverso l'Osservatorio regionale delle gare sono state individuate le tipologie di dispositivi medici le cui procedure potevano essere condotte a valenza regionale attraverso una ASL capofila (DGR n. 39/40 del 26.09.2012, n. 41/7 del 15.10.2012, n. 51/13 del 28.12.2012, n. 5/33 del 11.02.2014) e anche le tipologie di dispositivi medici, che invece considerato l'uso limitato a centri specializzati presenti solo in alcune Aziende sanitarie, potevano essere acquisiti tramite procedure di gara indette da singole Aziende o in Unione d'acquisto volontaria tra più Aziende.

In linea con la normativa nazionale la legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 all'art. 2 ha indicato tra le misure di razionalizzazione della spesa l'aggregazione dei fabbisogni e la standardizzazione della domanda.

In una prima fase il CAT è stato individuato quale Centrale di Committenza della Regione Autonoma della Sardegna, con successiva Deliberazione della Giunta Regionale n. 23/2 del 9 maggio 2017 è stata istituita la Direzione Generale della Centrale di Committenza, presso la Presidenza.

La Centrale Regionale di Committenza (CRC) ha provveduto a fare la programmazione delle procedure di gara per le categorie di cui al DPCM 24 dicembre 2015. La prima gara relativa a farmaci ed emoderivati è stata indetta nel 2016 e aggiudicata ad agosto 2017, attualmente è in fase di aggiudicazione la gara 4. Per i medicinali non ancora aggiudicati dalla CRC, al fine di assicurare la continuità terapeutica, è stata autorizzata l'ATS a prorogare contratti in essere o a indire nuove procedure. Nel bando e nel contratto è inserita la clausola di rescissione del contratto non appena il farmaco è presente nelle convenzioni della CRC.

La CRC opera in stretta connessione con la Direzione Generale della Sanità con cui condivide le strategie di gara, eventuali associazioni con altre Centrali di committenza regionali per ridurre le tempistiche di attivazione di convenzioni.

Indicatori di risultato

- Determinazioni di approvazione bandi di gare e di aggiudicazione;

■ Cronoprogramma delle scadenze intermedie e finali che dovranno essere rispettate

Impatto economico

Causale gara d'appalto	Stato Iniziativa	Strumento	Id Gara	Valore Stimato Iniziativa	Valore base d'asta	Valore base d'asta depurato lotti deserti (gare fruttuose)	Valore aggiudicato	DIFFERENZA (Risparmio)	Ribasso %
Ausili per incontinenti ad assorbimento (consegna domiciliare e ospedaliera) occorrenti alle Aziende Sanitarie RAS	Aggiudicata	Convenzione	6399669	32.000	31.656	31.656	20.207	11.449	36,17%
Farmaci	Aggiudicata	Convenzione	6622462	1.353.000	1.352.583	1.236.762	1.109.489	127.273	10,29%
Farmaci 2	Aggiudicata	Convenzione	6813753	621.000	620.775	512.350	472.601	39.748	7,76%
Servizi integrati di vigilanza armata e portierato per tutte le amministrazioni della Regione Autonoma della Sardegna	Attiva	Convenzione	6328625	24.000	24.000	24.000	20.521	3.479	14,50%
Servizi integrati di vigilanza armata e portierato per tutte le amministrazioni della Regione Autonoma della Sardegna	Attiva	Convenzione	6328625	59.000	59.000	59.000	53.732	5.268	8,93%
Vaccini antinfluenzali 2016	Conclusa	Convenzione	6457696	1.000	1.231	1.231	1.231	1	0,06%
Vaccini antinfluenzali 2017	Attiva	Convenzione	6813989	1.400	1.430	1.411	1.386	25	1,77%
Vaccini antinfluenzali 2017 - Negoziata	Attiva	Convenzione	Z8520276FF	19	20	20	20	0	0,42%
TOTALI				2.091.419	2.090.695	1.866.429	1.679.186	187.244	10,03%

Intervento 9.2: Centralizzazione degli acquisti – Adesione a Consip

Le gare in unione d'acquisto regionale, individuate dalla Giunta Regionale, dall'avvio del programma ad oggi, sono 41 e riguardano i seguenti dispositivi medici:

ASL CAPOFILA e D.G.R. di ASSEGNAZIONE GARA	GARA ASSEGNATA
	CLASSIFICAZIONE CND
ATS (ASSL SASSARI) DGR 41/7 del 15.10.2012	P0901 (protesi di spalla), P0902 (protesi di gomito), P0903 (protesi di polso), P0904 (protesi della mano), P0905 (protesi di caviglia), P0906 (protesi del piede), P0907 (protesi e sistemi di stabilizzazione della colonna vertebrale), P0908 (protesi d'anca), P0909 (protesi di ginocchio), P0910 (protesi ligamentose);
ATS (ASSL SASSARI) DGR 41/7 del 15.10.2012	P0912 (mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa), P0913 (strumentario monouso per protesi ortopedica), P0990 (protesi ortopediche – varie), P0999 (protesi ortopediche e mezzi per osteosintesi e sintesi tendineo-legamentosa – altri);
ATS (ASSL SASSARI) DGR 51/13 del 28.12.2012	B Dispositivi per emotrasfusione ed ematologia
ATS (ASSL SASSARI) (47/10 del 25.11.2014) Precedentemente assegnata alla ATS (ASSL CAGLIARI) con DGR 51/16 del 28.12.2012	Protesica (Letti e Materassi antidecubito, Ausili per mobilità personale, Ausili per la posizione seduta e per evacuazione Cuscini antidecubito, Apparecchi per il sollevamento, Apparecchiature di sollevamento)
ATS (ASSL OLBIA) DGR 41/7 del 15.10.2012	A05 (sistemi meccanici di infusione monouso)
ATS (ASSL OLBIA) DGR 41/7 del 15.10.2012	A04 (filtri per soluzioni), A06 (dispositivi di drenaggio e raccolta liquidi), A07 (raccordi, tappi, rubinetti e rampe), A08 (sacche e contenitori per nutrizione ed infusione) A09 (contenitori per organi), A99 (dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta);
ATS (ASSL OLBIA) DGR 41/7 del 15.10.2012	A10 (dispositivi per stomia)
ATS (ASSL OLBIA) (DGR 7/19 del 17.2.2015)	A10 (dispositivi per stomia) per l'uso sul territorio
ATS (ASSL OLBIA) DGR 41/7 del 15.10.2012	D (disinfettanti, antisettici e proteolitici, D.L.vo 46/97) S
ATS (ASSL OLBIA) DGR n. 6/24 del 31.1.2017	Infusori automatici per diabetici
ATS (ASSL NUORO) DGR n. 39/40 del 26.09.2012	H (dispositivi di sutura)
ATS (ASSL NUORO) DGR n. 39/40 del 26.09.2012	K (dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia)
ATS (ASSL NUORO) DGR 51/13 del 28.12.2012	M04 - Medicazioni speciali

ASL CAPOFILA e D.G.R. di ASSEGNAZIONE GARA	GARA ASSEGNATA
	CLASSIFICAZIONE CND
ATS (ASSL ORISTANO) DGR 30/19 del 11.07.2012	Soluzioni infusionali, per irrigazione e per nutrizione parenterale (durata gara 4 (3+1))
ATS (ASSL ORISTANO) DGR 41/7 del 15.10.2012	G - Dispositivi per apparato gastrointestinale P05 - Protesi esofagee e gastrointestinali
ATS (ASSL SANLURI) DGR n. 30/20 del 11.07.2012	Vaccini
ATS (ASSL SANLURI) DGR 5/33 del 11 febbraio 2014	Ossigenoterapia domiciliare
ATS (ASSL CARBONIA)* DGR 51/13 del 28.12.2012	A01 - Aghi (tranne le sottocategorie A010105 e A0104) A02- Siringhe A03 - Apparat tubolari V01- Dispositivi taglienti monouso
ATS (ASSL CARBONIA) DGR 51/13 del 28.12.2012	T01 - Guanti T02 - Teli ed indumenti di protezione T03 - Protezioni
ATS (ASSL CARBONIA) DGR 51/13 del 28.12.2012	Dispositivi di protezione individuale (DPI)
ATS (ASSL CARBONIA) DGR 51/13 del 28.12.2012	W05 - Dispositivi IVD consumabili (sottovuoto) A010105 - Aghi per prelievo sottovuoto
ATS (ASSL CARBONIA) DGR 51/13 del 28.12.2012	W05 - Dispositivi IVD consumabili (non sottovuoto)
ATS (ASSL CARBONIA) DGR 51/17 del 28.12.2012	Ausili per la funzione respiratoria codice 3/03 DM 332/1999
ATS (ASSL CAGLIARI) DGR 41/7 del 15.10.2012	F (dispositivi per dialisi), A0104 (aghi per dialisi)
ATS (ASSL CAGLIARI) DGR 6/24 del 31.1.2017	P0701
ATS (ASSL CAGLIARI)	Gara farmaci ed emoderivati
ATS DGR 6/24 del 31.1.2017	Copertura per rischio RCT/O
ATS DGR 6/24 del 31.1.2017	Letture digitalizzate per ricette
ATS DGR 7/3 del 9/2/2016 e 24/21 del 22/4/2016	Screening oncologico organizzato
AOB DGR 41/7 del 15.10.2012	C01 C02 (dispositivi per aritmologia), C03 (dispositivi per cardiocirurgia e trapianti d'organo), C05 (introduttori per apparato cardiocircolatorio), Dispositivi per circolazione extracorporea
AOB DGR 41/7 del 15.10.2012 e DGR 5/33 del 11.02.2014	C01 – C02 – C03 – C05 – J01 Dispositivi impiantabili, materiale per elettrofisiologia ed estrazione
AOB DGR 51/13 del 28.12.2012	C01 - Dispositivi per sistema artero-venoso
AOB DGR 6/24 del 31.1.2017	P04
AOB DGR 51/13 del 28.12.2012	P07 - Protesi vascolari cardiache

ASL CAPOFILA e D.G.R. di ASSEGNAZIONE GARA	GARA ASSEGNATA
	CLASSIFICAZIONE CND
AOU di CA DGR 5/33 del 11 febbraio 2014	M01 - Ovatta di cotone e sintetica M02 - Garze in cotone e TNT M03 - Bendaggi M05 - Cerotti M90 - Dispositivi per medicazione – vari
AOU CA DGR 41/7 del 15.10.2012	R (dispositivi per apparato respiratorio ed anestesia)
AOU CA DGR 51/13 del 28.12.2012	P03 - Protesi oculistiche Q02 - Dispositivi per oftalmologia
AOU CA DGR 51/13 del 28.12.2012	S - Prodotti per sterilizzazione
AOU SS DGR 51/13 del 28.12.2012	P06 - Protesi mammarie
AOU SS DGR 51/13 del 28.12.2012	U - Dispositivi per apparato urogenitale

Diverse di queste gare in unione d'acquisto sono già state aggiudicate, altre solo bandite e altre ancora sono in fase di istruttoria preliminare.

L'avvio di questa attività è stato particolarmente complesso. La necessità di condividere le procedure e gli approvvigionamenti tra aziende distinte è stato un processo che ha richiesto degli importanti adattamenti organizzativi e "culturali". Le maggiori difficoltà si sono evidenziate nella standardizzazione dei fabbisogni da inserire in gara, che ha sempre richiesto il coinvolgimento di clinici provenienti da realtà diverse che spesso manifestavano esigenze discordanti. Per superare questo che è rappresentata una degli snodi cruciali della definizione di una gara condivisa, si è data molta attenzione al dialogo e al confronto tra gli utilizzatori dei dispositivi medici da inserire in gara.

Indicatori di risultato

- Aggiudicazione di almeno otto gare in unione d'acquisto regionale per ogni anno di vigenza del P.d.R.;
- Riduzione di almeno il 20% dell'importo economico aggiudicato rispetto alla base d'asta

Risparmi annui attesi per gli interventi 9.1 e 9.2

2018 Euro 8.919.000

2019 Euro 12.500.000

2020 Euro 12.500.000

Risparmio cumulato della Manovra nel Triennio (€)		
2018	2019	2020
8.919.000,00	21.419.000,00	33.919.000,00

La relativa quantificazione è influenzata dalle informazioni al momento disponibili sui fabbisogni aggregati di beni e servizi, che sarà possibile adeguare solo una volta testati nel medio periodo i consumi effettivi. Occorre altresì specificare che la stima dei ribassi nel 2015 è stata effettuata utilizzando il dato medio dei ribassi conseguiti di norma nelle gare nazionali ma che eventuali scostamenti, positivi o negativi, porteranno ad una revisione delle stime una volta aggiudicate un numero di gare tale da poter rappresentare un campione della totalità dei beni e servizi forniti.

Per tali ragioni, in questa fase si è ritenuto di ipotizzare una riduzione del costo per acquisto di beni e servizi calcolata in percentuale sul costo complessivo sostenuto in ciascun anno di riferimento, in progressivo aumento in proporzione al numero di gare programmate e via via aggiudicate.

Responsabile del procedimento

- Direttore della Centrale Regionale di committenza della Direzione Generale della Presidenza.
- Direttore del Servizio qualità e governo clinico della Direzione Generale della Sanità.

L'Azione necessaria, per il suo perseguimento, della responsabilizzazione delle Aziende sanitarie, sia nella fase della definizione dei fabbisogni sia nella successiva gestione delle procedure che la CRC, ancora in fase di avvio, potrebbe non riuscire a gestire.

Pertanto è necessario un costante e continuo coordinamento a regia regionale anche per la gestione di gare in unione d'acquisto.

Programma 10: Assistenza farmaceutica

La Regione Sardegna nell'ultimo triennio è risultata la Regione con la maggiore incidenza della spesa farmaceutica sul fabbisogno sanitario nazionale (FSN), superando il tetto fissato dalla vigente normativa al 14,85%.

Al fine di ricondurre la spesa entro il tetto fissato dalla normativa vigente (14,85% FSN) sono state adottate diverse misure di razionalizzazione della spesa che hanno consentito una importante riduzione del disavanzo (Tabella 9.1).

Tabella 10.1

Anno	% FSN	Scostamento in valore
2015	20,76%	173.737.971
2016	19,58%	140.566.591
2017	18,73%	116.331.784

Fonte Dati: Monitoraggio AIFA ai sensi della Legge 222/2007 e della Legge 135/2012, successivamente modificata dalla L. 232/2016 condotto sulla base dei dati di spesa convenzionata e delle DCR acquisite dalle Regioni, nonché dei dati acquisiti dall'NSIS del Ministero della Salute, relativi alla tracciabilità del farmaco (DM 15 luglio 2004).

Tra le misure di razionalizzazione individuate:

- centralizzazione degli acquisti di farmaci e emoderivati in due macroaree territoriali (DGR n. 37/10 del 25.9.2007, n. 56/89 del 29.12.2009) comprendenti le ASL 1, 2, 3, 4, 5 e l'AOU di SS con capofila la ASL 1 Sassari, e le ASL 6, 7, 8, AOB e AOU SS con capofila la ASL 8 Cagliari;
- emanazione di specifiche direttive per l'espletamento delle gare per l'approvvigionamento di farmaci biotecnologici e biosimilari (DGR 20/5 del 26.04.2011);
- istituzione (DGR n. 61/49 del 20.12.2005 e n. 54/9 del 28.12.06) e costante aggiornamento del Prontuario Terapeutico Regionale (Decreto n. 22 del 20.05.2015);
- individuazione di un percorso responsabilizzante medici prescrittori e farmacisti per la gestione dei farmaci sottoposti a Registro di monitoraggio AIFA (DGR 46/54 del 16.11.2011) per consentire il completo recupero dei rimborsi previsti in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata (payment by results, risk sharing e cost sharing), sottoscritte tra l'AIFA e Aziende farmaceutiche in sede di contrattazione del prezzo del medicinale ai sensi dell'articolo 48, comma 33, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni;
- sottoscrizione di Accordi con la Federfarma Sardegna (DGR 5/18 del 8.2.2006), periodicamente rinnovato per la distribuzione dei medicinali del PHT in nome e per conto delle ASL;
- monitoraggio sistematico delle prescrizioni farmaceutiche attraverso il controllo informatizzato e la trasmissione di informazioni e reportistica ai medici con particolare riguardo all'appropriatezza prescrittiva ed al rispetto delle indicazioni e limitazioni AIFA.

Con la DGR n. 54/11 del 10.11.2015 è stata effettuata un'analisi dettagliata dello stato di applicazione delle misure in argomento e contestualmente sono state individuate ulteriori azioni per la razionalizzazione della spesa sia in ambito territoriale che ospedaliero.

Descrizione dei risultati conseguiti

Con Deliberazione n. 63/24 del 15.12.2015 la Giunta Regionale ha approvato il Piano di Riorganizzazione e di Riqualficazione del Servizio Sanitario Regionale per il triennio 2016-2017.

Il Piano succitato ha quantificato i possibili risparmi per ciascuna azione prevista nella DGR 54/11. Le azioni individuate sono state confermate per l'anno 2017 con la DGR 15/9 del 21.03.2017.

Per il benchmark sulle 3 categorie di farmaci è stata calcolata la spesa complessiva regionale se le prescrizioni ai pazienti fossero allineate alla spesa annuale media per paziente della struttura con il miglior rapporto costo/beneficio, assunto quale valore di riferimento a cui tendere per tutte le strutture equivalenti. Si precisa che per il calcolo del benchmark in oncologia sono state considerate quali

riferimento esclusivamente strutture con UU.OO di oncologia ed ematologia con casistiche numerose e complesse.

Per quanto riguarda l'ambito ospedaliero in seguito ad una approfondita analisi dei dati di spesa delle Aziende sanitarie della Regione è stata rilevata una importante variabilità nella scelta del percorso terapeutico e quindi dei relativi costi, il parametro di scelta del percorso terapeutico, infatti, spesso non era il rapporto costo/efficacia. Considerata l'entità della spesa l'attenzione è stata concentrata sui medicinali ad alto costo delle categorie ATC L04 immunosoppressori, L03 immunostimolanti e L01 citostatici.

E' stato calcolato il costo terapia per paziente nelle diverse Aziende e all'interno delle singole strutture specialistiche allo scopo di evidenziare comportamenti virtuosi, operando un benchmarking nei tre ambiti individuati in questa prima fase:

- oncologia/ematologia;
- sclerosi multipla;
- artrite reumatoide.

Per l'analisi sono stati elaborati i dati di spesa, relativi all'anno 2014, operando anche un confronto con l'anno 2013, contenuti nei flussi consolidati del Ministero della Salute NSIS CMO e DD, del gestionale AREAS Modulo EDF del Sistema Informativo Regionale (SISAR). I dati relativi ai pazienti trattati sono stati estratti dai flussi SDO (Schede Dimissione Ospedaliera) e C (prestazioni di specialistica ambulatoriale).

Per i farmaci sottoposti a monitoraggio sono stati esaminati anche i dati dei Registri dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

Sono stati adottati i seguenti valori benchmark/terapia per paziente di riferimento:

- Per le terapie in ambito oncologico/ematologico il valore benchmark è di euro € 8.050, per le terapie somministrate in ambito ospedaliero è di € 4.900. Le U.O di oncologia/ematologia delle ASL che presentano un costo terapia/paziente inferiore, escluse in questa prima fase dall'individuazione di un ulteriore parametro benchmarking/terapia per paziente, non potranno superare il costo medio terapia dell'anno 2014.
- Per la terapie della sclerosi multipla il valore benchmark/terapia per paziente è pari a 8.900 euro.
- Per le terapie con medicinali biotecnologici in ambito reumatologico il valore benchmark/terapia per paziente è di 9.000 euro.

€/ mgl	2016	2017	2018	TOTALE
Razionalizzazione della prescrizione di farmaci oncologici e oncoematologici ad alto costo (farmaci distribuiti - terapie orali - flusso SSD)	253,00	0,00	0,00	253,00
Razionalizzazione della prescrizione di farmaci oncologici e oncoematologici ad alto costo (consumo ospedaliero)	4.500,00	2.000,00	2.000,00	8.500,00
Razionalizzazione della prescrizione di farmaci per la terapia della sclerosi multipla attraverso la definizione del costo medio terapia per paziente	1.500,00	500,00	500,00	2.500,00
Razionalizzazione della prescrizione di farmaci per la terapia della artrite reumatoide attraverso la definizione del costo medio terapia per paziente	800,00	400,00	400,00	1.600,00
Incremento utilizzo biosimilari	1.000,00	1.500,00	1.500,00	4.000,00
Contenimento farmaci PTR	4.000,00	2.000,00	1.000,00	7.000,00
Interventi sull'appropriatezza prescrittiva con obiettivi di prescrizione di medicinali a brevetto scaduto e rivolti a categorie terapeutiche che incidono sulla spesa	8.000,00	6.000,00	6.000,00	20.000,00
Azioni sistematiche ed uniformi in tutte le ASL sul profilo prescrittivo dei medici: comunicazione, valutazione ed analisi delle criticità, condivisione di interventi correttivi, analisi e verifica dei risultati	16.000,00	14.000,00	10.000,00	40.000,00
TOTALE	36.053,00	26.400,00	21.400,00	83.853,00

Risultati già conseguiti delle azioni

Sono stati effettuati monitoraggi trimestrali, semestrali e annuali.

Per quanto riguarda la farmaceutica ospedaliera e la distribuzione diretta gli obiettivi di risparmio fissati per l'anno 2016 non sono stati raggiunti. Si evidenzia un incremento di spesa che è risultato interamente ascrivibile ai nuovi farmaci antivirali ad azione diretta (DAA) per il trattamento dell'epatite C, farmaci innovativi ad altissimo costo e ad un incremento di spesa per il trattamento della sclerosi multipla, in seguito all'immissione in commercio di nuovi farmaci.

Distribuzione Diretta			
	2015	2016	2017
DD Fascia A	179.421.431	206.145.049	182.372.793
Δ		26.723.618	-23.769.256

Una moderata riduzione della spesa si è avuta nell'ambito dei consumi medicinali ospedalieri (flusso CMO) nell'anno 2016. Nell'anno 2017 si è verificato un aumento della spesa, seppure molto contenuto, dovuto interamente all'autorizzazione da parte di AIFA di numerosi farmaci innovativi in campo oncologico (classe H).

Consumi medicinali ospedaliari			
	2015	2016	2017
TOTALE	76.474.074	75.686.280	75.850.600
Δ		-787.794	164.320

La legge 23 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015), al fine di supportare economicamente le Regioni nel garantire ai cittadini l'immediato accesso ai farmaci innovativi, aveva previsto l'istituzione per gli anni 2015 e 2016 di uno specifico fondo per il concorso da parte dello Stato alla spesa per l'acquisto dei medicinali innovativi.

Il fondo per l'anno 2015 è stato alimentato da un contributo statale di 100 milioni di euro e da una quota delle risorse destinate alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (PSN) pari a 400 milioni di euro e, per l'anno 2016, da 500 milioni di euro provenienti dal finanziamento degli obiettivi del PSN.

Le Regioni Sardegna, Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta e le Province autonome di Trento e Bolzano, poiché, ai sensi dell'art. 1, comma 836, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, provvedono integralmente al finanziamento della propria spesa sanitaria e non concorrono alla suddivisione delle risorse messe a disposizione dallo Stato per gli obiettivi di PSN, pertanto non hanno partecipato alla suddivisione di tali risorse.

A fronte di una spesa nell'anno 2015 di oltre 36 milioni di euro, al netto dei rimborsi per gli accordi negoziali, la compartecipazione statale alla spesa è stata pari a euro 3.324.366,79, importo calcolato sulla quota capitaria della Regione Sardegna sulle risorse aggiuntive di 100 milioni.

La Legge di Bilancio 2017 a decorrere dal 1° gennaio 2017, ha istituito il fondo per gli innovativi non oncologici, con una dotazione di 500 milioni di euro annui, e un fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi, a cui, anche in questo caso, la Regione Sardegna non ha accesso.

Dall'anno 2016 in poi non c'è stata alcuna compartecipazione statale alla spesa che nel triennio 2015-2017 è stata pari a 67 milioni di euro; tutta la spesa sostenuta per i medicinali innovativi concorre al computo del tetto di spesa per acquisti diretti.

Anno	Spesa innovativi DAA	Pay-back da accordi negoziali	Spesa al netto dei rimborsi
2015*	€ 50.923.510	€ 14.696.867	€ 36.226.643
2016**	€ 67.908.856	€ 41.352.504	€ 26.556.352
2017**	€ 28.675.291	€ 24.457.885	€ 4.217.406

Anno	Spesa innovativi Oncologici	Pay-back da accordi negoziali	Spesa al netto dei rimborsi
2017**	€ 11.389.689	-	€ 11.389.689

*Dati flusso DD

**Dati Monitoraggio AIFA (1° rilascio- Riunione CdA – 28 Maggio 2018)

Gli obiettivi previsti per la farmaceutica convenzionata sono stati praticamente raggiunti nel 2016 e parzialmente raggiunti nel 2017.

	2015	2016	2017	Δ 2015/2016	Δ 2016/2017
Spesa convenzionata a netta*	284.454.586* *	264.834.004** *	253.883.804*** *	19.620.582	10.950.200

*La spesa netta è ottenuta sottraendo dalla spesa lorda gli importi derivanti dal ticket (per ricetta e come compartecipazione al prezzo di riferimento), gli sconti obbligatori a carico del farmacista (media pari al 3%), gli extrasconti derivanti dalle misure di ripiano (0,6% a carico del produttore, dei farmacisti e dei grossisti) e gli sconti derivanti dai provvedimenti disposti dal D.L.78/2010 convertito con modificazioni dalla Legge n.122 del 30 luglio 2010, compreso le disposizioni contenute nell'art.15, comma 2, del D.L.95/2012, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n.135.

**dati consuntivo Monitoraggio AIFA anno 2015 (Riunione CdA – 21 Giugno 2016)

***Monitoraggio AIFA anno 2016 (Riunione CdA –20-07-2017)

****Monitoraggio AIFA anno 2017 (1° rilascio- Riunione CdA – 28 Maggio 2018)

La Regione Sardegna è tra le poche Regioni, insieme alle Marche, Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e alla Provincia Autonoma di Trento, a non aver disposto una quota di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino, ai sensi dell'art. 4 della Legge 405/2001 e ss.mm.ii.

La Giunta Regionale con deliberazione N. 5/18 del 8.2.2006 ha attivato la distribuzione in nome e per conto. Nell'anno 2005 il valore dei medicinali del PHT a duplice via ancora distribuiti attraverso il canale della farmaceutica convenzionata ammontava a circa 40 milioni di euro in tutto il territorio regionale, indicando quindi ancora evidenti margini di intervento.

Con l'Accordo ha trovato attuazione la collaborazione con le farmacie convenzionate per la distribuzione in nome e per conto del SSR di medicinali del PHT e delle diverse forme di assistenza integrativa rivolte ai pazienti aventi diritto (come ad esempio: diabetici, pazienti che necessitano di assistenza dietetica, incontinenti).

La complessità delle procedure e l'implementazione del sistema informatico hanno consentito l'avvio del sistema DPC solo nel mese di novembre 2006; il sistema opera a regime dal mese di febbraio 2007.

Con l'attivazione della DPC viene garantito il contenimento della spesa, in quanto i medicinali sono acquistati dalle Aziende Sanitarie in seguito a procedure concorrenziali o a prezzo ex-factory, e l'esigenza dei cittadini di punti di accesso alla distribuzione dei medicinali capillarmente diffusi sul territorio regionale.

Obiettivo regionale era la riduzione progressiva del valore dei medicinali del PHT distribuiti dalle farmacie a prezzo di convenzione nazionale, attualmente inferiore all'1%. Sono ancora presenti nel canale della convenzionata esclusivamente farmaci con prezzo al pubblico molto basso, per cui distribuzione in DPC non risulta conveniente, e farmaci urgenti o momentaneamente non disponibili in DPC.

L'Accordo è stato prorogato e rinegoziato nel corso degli anni (DGR n. 12/9 del 27.3.2007, n. 38/8 del 8.7.2008, n. 37/31 del 30.7.2009, n. 28/25 del 21.7.2010, n. 17/14 del 24.4.2012, n. 51/22 del 28.12.2012, n. 53/9 del 29.12.2014 che ha previsto il passaggio per il servizio di distribuzione dal costo calcolato in percentuale sul prezzo al pubblico, al costo a confezione distribuita sulla base di tre fasce di prezzo al pubblico dei medicinali. Il valore medio ponderato del costo del servizio, rapportato ai volumi dispensati per ogni fascia di prezzo, era pari a 8,80 euro per le farmacie urbane e rurali non sussidiate; per la fascia di farmaci con prezzo al pubblico compreso da euro 50,01 a euro 450, con una maggiorazione per le farmacie rurali sussidiate con fatturato inferiore a euro 387.342,67 di euro 3 euro a confezione.

Intervento 10.1: Razionalizzazione spesa farmaceutica

Azione 10.1.1: Monitoraggio adesione al PTR

La Regione Sardegna ha istituito il Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) con deliberazione n. 61/49 del 20.12.2005. Il Prontuario rappresenta un importante presupposto per il conseguimento del governo clinico e propone una selezione dei farmaci secondo le evidenze scientifiche disponibili in termini di efficacia, profilo di rischio, grado di innovatività e sostenibilità economica.

Il Prontuario è uno strumento dinamico ed è periodicamente aggiornato sulla base delle proposte della Commissione PTR

Il Prontuario Terapeutico Regionale è vincolante per la prescrizione dei farmaci all'interno delle strutture pubbliche. E' consentita la prescrizione di farmaci non in PTR su presentazione di richiesta motivata personalizzata (RMP) alla Direzione sanitaria competente, esclusivamente per garantire la continuità terapeutica ai pazienti già in trattamento o nel caso di pazienti che non rispondono/non possono essere trattati con farmaci inseriti in PTR. Dalle verifiche effettuate è emerso un uso frequente e consolidato di farmaci non inseriti nel PTR, soprattutto in alcuni ambiti terapeutici: Immunosoppressori (30,57%), Citostatici (12,17%), Terapia cardiaca (6,33%), Succedanei sangue e soluzioni perfusionali (5,83%) e Psicoanalettici (5,36).

I medici specialisti ospedalieri e ambulatoriali sono tenuti a garantire l'adesione al Prontuario Terapeutico Regionale (PTR); la soglia massima di acquisto di farmaci non inseriti in PTR era il 10% della spesa farmaceutica aziendale; le Aziende sanitarie che nell'anno 2014 avevano percentuali sulla spesa inferiori erano tenute a confermare tali percentuali.

Indicatori di risultato

- Monitoraggio percentuale farmaci non inseriti in PTR e movimentati (Flussi DD e CMO).

Cronoprogramma delle scadenze intermedie e finali che dovranno essere rispettate.

Verifiche semestrali dell'adesione al PTR

- Riduzione della percentuale di farmaci non in PTR dello 0,2%

Responsabile del procedimento attuativo:

- Direttore del Servizio qualità dei servizi e governo clinico

Azione 10.1.2: Monitoraggio prescrizione dei medicinali biotecnologici aggiudicati nelle procedure di gara della CRC

La scadenza del brevetto consente di avviare confronti concorrenziali con riduzione dei costi d'acquisto spesso superiore al 50% del prezzo al pubblico/prezzo ex-factory.

Nell'ultimo biennio hanno perso il brevetto medicinali biotecnologici ad alto costo e di largo uso in ambito reumatologico e oncologico, per i principi attivi Etanercept, Infliximab, Rituxumab, Adalimumab e Trastuzumab sono già disponibili i biosimilari e a breve saranno disponibili anche i biosimilari di altri farmaci oncologici ad alto costo (Bevacizumab, Cetuzimab etc.).

Progressivamente nei prossimi anni scadranno le coperture brevettuali di numerosi medicinali biotecnologici per cui il mercato dei biosimilari assumerà la dimensione e l'importanza che ha avuto il mercato dei generici nell'ambito della farmaceutica territoriale, i biosimilari rappresenteranno in futuro una delle strutture portanti della sostenibilità della spesa farmaceutica e dei farmaci innovativi.

La Sardegna è la regione con la prescrizione di biosimilari più bassa con una differenza estremamente significativa.

Dalle verifiche sull'utilizzo dei medicinali biologici a brevetto scaduto somatropina, epoetina alfa e filgrastim è emerso un utilizzo del tutto residuale (Tabella 9.2), pertanto sono stati fissati degli obiettivi prescrittivi, stabilendo che l'utilizzo del medicinale biologico aggiudicatario della gara e pertanto acquisito dalle Aziende Sanitarie a costo inferiore non dovesse essere inferiore al 40% per somatropina, 60% per epoetina alfa e al 60% per filgrastim.

Tabella 10.2 Percentuali di utilizzo del biotecnologico originatore e biosimilari calcolate sul numero di confezioni.

Rilevazione (2014)	%	%	Valore	Valore
Somatropina	97	13	40	50
Epoetina alfa	65	35	60	80
Filgrastim	64	36	60	90

Con la circolare n. **12142 del 14.05.2018** è stato rimarcato il basso ricorso alle prescrizioni off patent da parte dei clinici e in linea con la vigente normativa (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 dicembre 2015, in attuazione dell'art. 9, comma 1, del D.L. 24 aprile 2014 n. 66, convertito con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89), è stato fatto divieto alle Aziende Sanitarie della Regione di avviare proprie procedure per la fornitura di medicinali già oggetto di gare della CRC, precisando che le prescrizioni devono essere conformi ai prodotti disponibili, ossia per i quali è stato stipulato un contratto o seguito all'aggiudicazione in gara. E' inoltre fatto divieto alle Aziende Sanitarie stipulare accordi/contratti di proposte migliorative o scontistiche, adesione a servizi vari proposti da Aziende farmaceutiche; eventuali proposte devono essere rimandate alla Direzione Generale della Sanità che, in collaborazione con la CRC, le valuterà nel contesto più ampio della programmazione sanitaria regionale.

In particolare per i medicinali biotecnologici, preso atto dell'ultimo Position Paper dell'AIFA, approvato con Determinazione n. 629/2018, pubblicata sulla GU n.104 del 7-5-2018, che di fatto definisce i medicinali originator e biosimilari intercambiabili anche nei pazienti in trattamento, è stato disposto che il medico è tenuto a prescrivere il prodotto disponibile e solo in casi limitati (reazione avversa comprovata dall'inserimento della scheda nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza o situazione clinica complessa e instabile) si può ricorrere, al fine di assicurare la terapia al paziente, alla prescrizione di un prodotto non aggiudicato. La prescrizione deve essere accompagnata da una sintetica ma esaustiva relazione che, sulla base delle evidenze scientifiche, giustifichi il ricorso a tale medicinale. L'acquisto del prodotto deve essere autorizzata dalla Direzione Sanitaria di riferimento del centro prescrittore.

Indicatori di risultato

- Monitoraggio spesa farmaci non aggiudicati dalla CRC e verifica sui Flussi DD e CMO, la percentuale di acquisto non deve superare il 10%.

Cronoprogramma delle scadenze intermedie e finali che dovranno essere rispettate.

- Verifiche semestrali

Impatto economico

- Ipotizzando che il prezzo di aggiudicazione del principio attivo sia ridotto del 40% potremmo avere un risparmio della spesa pari a 16 milioni che si potrebbe realizzare nel triennio in quanto la sostituzione della terapia può avvenire solo in fase di follow up presso il Centro prescrittore. La stima riportata di seguito è più prudentiale e quota nel triennio 12 milioni di euro.

Farmaco	Spesa anno 2017
Infliximab	2.148.058,00 €
Etanercept	8.003.347,00 €
Rituximab	4.274.076,00 €
Adalimumab	10.183.000,00 €
Trastuzumab	8.620.367,00 €
Bevacizumab	7.191.816,00 €
Totale	40.420.664,00 €

Risparmi per anno

- Anno 2018: 2 milioni
- Anno 2019: 5 milioni
- Anno 2020: 5 milioni

Risparmio cumulato della Manovra nel Triennio (€)		
2018	2019	2020
2.000.000,00	7.000.000,00	12.000.000,00

Responsabile del procedimento attuativo:

Direttore del Servizio qualità dei servizi e governo clinico

Azione 10.1.3: Piani terapeutici on-line

La spesa farmaceutica, anche convenzionata, è fortemente influenzata dai farmaci per i quali è previsto il Piano Terapeutico da parte di Centri specialistici autorizzati. Attualmente i Piani Terapeutici sono predisposti su un modello cartaceo in triplice copia. Il controllo da parte del Servizio farmaceutico aziendale è effettuato a posteriori e a campione.

L'attivazione progressiva di un sistema informativo che consente la predisposizione online del Piano Terapeutico consente la verifica immediata dell'appropriatezza prescrittiva sia a livello del prescrittore, in quanto il sistema non consente di proseguire la prescrizione se non sono rispettati parametri e condizioni previste nel PT, sia la verifica immediata da parte del servizio farmaceutico aziendale, nel caso di farmaci distribuiti direttamente, o da parte delle farmacie di comunità per i farmaci in DPC.

Il sistema consente inoltre a tutti i prescrittori, compreso il medico di medicina generale, la visione di tutte le terapie prescritte all'assistito, consentendo anche una valutazione accurata delle eventuali interazioni terapeutiche.

Indicatori di risultato

- Attivazione del sistema PT ONLINE dal 1.01.2019.

Cronoprogramma delle scadenze intermedie e finali che dovranno essere rispettate.

- Verifiche semestrali

Impatto economico

- riduzione della spesa per i farmaci soggetti a PT pari a 1 milione in due anni: 300 mila nel 2019 e 700 mila nel 2020.

Responsabile del procedimento attuativo:

- Direttore del servizio 6 DG Sanità

Azione 10.1.4: Verifica dispensazione farmaci in fascia C n/n (extra LEA)

Gli articoli 11 e 12 del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158 (c.d. "Decreto Balduzzi"), convertito dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, hanno introdotto una nuova disciplina in tema di procedure di classificazione e contrattazione del prezzo dei medicinali, scindendo la fase autorizzativa da quella di classificazione, e ampliato le tradizionali categorie di classi, prevedendo la C(nn) quale classe temporanea, che consente l'immissione in commercio dei medicinali con oneri non a carico del SSN prima della attivazione e conclusione delle procedure di negoziazione con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Tra questi medicinali classificati in fascia C n/n sono compresi spesso anche medicinali ad altissimo costo per patologie oncologiche, che pur essendo extra-LEA vengono prescritti e dispensati ai pazienti.

E' necessario monitorare il consumo di tali medicinali e procedere anche a verifiche sull'effettiva indisponibilità di medicinali per quella patologia, unica condizione che può giustificare l'utilizzo di tali medicinali.

Con delibera della Giunta Regionale dovrà essere disciplinata la prescrizione di tali medicinali e responsabilizzati i medici che ricorrono

Indicatori di risultato

- Approvazione DGR.

Cronoprogramma delle scadenze intermedie e finali che dovranno essere rispettate.

- entro il primo trimestre 2019

- monitoraggio prescrizioni di medicinali C n/n al tempo 0 e dopo 6 mesi dall'approvazione e divulgazione della DGR

Impatto economico:

- non stimabile

Responsabile del procedimento attuativo:

- Direttore del Servizio qualità dei servizi e governo clinico

Intervento 10.2: Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva

Azione 10.2.1: Consumo ospedaliero e distribuzione diretta

Azione 10.2.2: Interventi finalizzati all'appropriatezza prescrittiva con obiettivi di prescrizione di medicinali a brevetto scaduto ed a categorie terapeutiche che incidono in modo rilevante sulla spesa

Le criticità che maggiormente concorrono all'elevato livello dei consumi farmaceutici riguardano gli inibitori della pompa acida (A02BA), la vitamina D (A11CC), i sartani (C09C C09D), le statine (C10AA C10BA), i FANS (M01A), gli adrenergici per aerosol (R03A). Per tali categorie di farmaci sono pertanto definiti indicatori di consumo e di efficienza prescrittiva tramite i quali valutare le azioni poste in essere dalle Aziende Sanitarie per contenere i consumi migliorando l'appropriatezza prescrittiva. Gli indicatori sono determinati prendendo in considerazione la farmaceutica territoriale relativamente alla spesa convenzionata e per conto.

Inibitori della pompa protonica (PPI) (A02BC): L'obiettivo regionale è la riduzione dei consumi da 2,8 confezioni a 2 confezioni anno per abitante (14 unità posologiche (UP) per confezione = 28 unità posologiche per abitante).

Vitamina D (A11CC): In Sardegna il ricorso a questa categoria di farmaci ha registrato nel 2014 un incremento imponente (+41% in confezioni). L'aumento dei consumi non è in linea con l'appropriatezza prescrittiva di questi medicinali, comunque da approfondire, in specie a riguardo del colicalciferolo (A11CC05) nelle formulazioni orali a basso dosaggio. L'obiettivo, sostanzialmente finalizzato a limitare impieghi impropri del colicalciferolo (A11CC05), è di contenerne il livello di consumo delle formulazioni diverse da quelle in fiale IM/OS da 100/300.000 UI, entro il limite del 30% delle dosi complessivamente dispensate.

Sartani (C09C-C09D): Il peso dei sartani (C09C-C09D) sul totale dei farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (C09) è pari al 50,9% in termini di DDD dispensate nel 2014 (l'incidenza più contenuta si registra nella ASL 5 Oristano con il 47%). Il costo dei trattamenti con sartani è risultato di 0,41 €/DDD contro lo 0,31 che è il valore di riferimento registrati in altre Regioni (Toscana).

L'obiettivo da perseguire è duplice: contenere l'incidenza delle unità posologiche dei sartani dispensati rispetto all'intero gruppo terapeutico C09 entro il limite 40%, tra i sartani l'incidenza dei farmaci privi di copertura brevettuale deve essere almeno il 90%.

Statine (C10AA-C10BA): Nel 2014 in Sardegna sono state dispensate 118,5 confezioni ogni 100 abitanti, +48% rispetto al valore di riferimento (Liguria), con una spesa di 0,59 euro per DDD che è risultata la più elevata in assoluto (i costi più alti dei trattamenti si registrano nell'area meridionale della Sardegna).

Il primo obiettivo è quello di non oltrepassare il livello di 110 confezioni ogni 100 abitanti (le ASL di Olbia ed Oristano nel 2014 si sono attestate al di sotto di tale limite). Al fine di contenere il costo dei trattamenti di almeno 0,05 €/DDD (da 0,59 attuali a 0,054), che è dovuto soprattutto dal rilevante ricorso alla rosuvastatina ed alle statine in associazione, che nel 2014 hanno rappresentato rispettivamente il 19% e 6,7% (tot. 25,7%) di tutte le unità posologiche, è definito il secondo obiettivo che stabilisce di contenere al 15% complessivamente le unità posologiche di rosuvastatina (C10AA07) e di statine in associazione (C10BA) rispetto al totale delle unità posologiche del gruppo C10AA + C10BA.

Farmaci Antinfiammatori non Steroidei (FANS) (M01A): A fronte del progressivo calo dei consumi di FANS che si registra in Italia, nella Regione Autonoma della Sardegna il ricorso a questa categoria di antinfiammatori-antireumatici resta elevato; nel 2014 il livello di consumo è stato di 76,6 confezioni ogni 100 abitanti (il livello più alto si è registrato nella ASL 6 Sanluri, il più basso presso la ASL 7 Carbonia); il costo per paziente assistibile, che è stato di 5,5 euro, risulta di oltre 2 euro più elevato rispetto al valore di riferimento in diverse Regioni; quest'ultimo fenomeno è da imputarsi al ricorso agli

inibitori selettivi della ciclossigenasi-2 (COX-2) o COXIB (M01AH) in misura di almeno tre volte superiore al riferimento.

Dunque l'obiettivo da perseguire è duplice: contenere i livelli di consumo di FANS (M01A) nel loro complesso entro il limite di 50 confezioni/anno ogni 100 abitanti (ovvero 11 unità posologiche per abitante) e quelli relativi ai COXIB (M01AH) le cui confezioni non devono superare il 15% del totale.

Adrenergici per aerosol (R03A) – Oltre a livelli di consumo maggiori di quelli di riferimento, in Sardegna questa categoria di farmaci registra una più elevata incidenza delle formulazioni in associazione (R03AK) il cui costo per dose risulta quasi quattro volte maggiore rispetto alle altre formulazioni; nel 2014 tale incidenza in termini di DDD è stata del 68% sul totale della categoria e dell'89% in termini di spesa.

Dunque, a parità di consumi, l'obiettivo è di contenere l'incidenza delle dosi di adrenergici in associazione (R03AK) entro il limite del 60% sul totale delle DDD della categoria R03A.

ATC	CATEGORIE DI FARMACI	OBIETTIVI 2015-2016
A02BC	Inibitori della pompa protonica	Unità posologiche pro capite < 28 cpr/cps (2 confezioni)
A11CC05	Colicalciferolo	DDD Formulazioni im-os da 100-300.000 UI / DDD totali categoria A11CC05 > 70%
C09C-C09D	Antagonisti del recettore per l'angiotensina II (Sartani) e loro associazioni	Unità posologiche sartani C09C+C09D / Unità posologiche gruppo C09 < 40%
		Unità posologiche sartani C09C+C09D senza copertura brevettuale (off-patent) > 90%
C10AA+C10BA	Inibitori della Idrossimetilglutaril-CoA reduttasi (Statine) e loro associazioni con altri agenti modificanti i lipidi	Confezioni anno per 100 abitanti < 110
		Unità posologiche di rosuvastatina e C10BA /Unità posologiche C10AA+C10BA <15%
M01A	Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)	Confezioni anno per 100 abitanti < 50
		Confezioni COXIB (M01AH) / confezioni FANS M01A < 15%
R03A	Adrenergici per via inalatoria	DDD adrenergici in associazione (R03AK) / DDD adrenergici (R03A) < 60%

Azione 10.2.3: Predisposizione di reportistica regionale e incontri per esame e discussione con i prescrittori dei profili prescrittivi.

In particolare, le Direzioni Aziendali, attraverso le proprie articolazioni organizzative, devono assicurare la valutazione in contraddittorio dei profili prescrittivi anomali in termini di spesa o in termini di composizione per classi terapeutiche. Le verifiche dei singoli profili ritenuti anomali devono essere verbalizzate e trasmesse con periodicità almeno trimestrale all'Assessorato competente.

Azione 10.2.4: Accordo con la Federfarma Sardegna per la distribuzione di medicinali del PHT in nome e per conto delle aziende sanitarie

La rinegoziazione dell'Accordo (DGR n. 53/27 del 28.11.2017) a valenza biennale (anni 2018-2019) ha semplificato il sistema di remunerazione riducendone contestualmente il costo.

Per il servizio di distribuzione è riconosciuta un'unica tariffa di remunerazione, indipendentemente dal prezzo al pubblico del medicinale, **pari a 5,90 euro** (IVA esclusa) per confezione dispensata.

Per le farmacie rurali sussidiate, con fatturato annuo inferiore a euro 387.342,67 è riconosciuta una maggiorazione di 3 euro a confezione (IVA esclusa) esclusivamente per i medicinali con prezzo al pubblico, al netto dell'IVA, superiore a euro 50. Il risparmio stimato per la DPC per l'anno 2018 vs 2017 è pari a € 1.271.960.

Sono esclusi dalla DPC i seguenti farmaci, che, pur essendo inseriti in PHT, sono oggetto di distribuzione diretta delle ASL, essendo farmaci che richiedono un costante controllo in termini di appropriatezza prescrittiva (clozapina, lamivudina, valaciclovir, valganciclovir, ossigeno liquido, octreotide dosaggi bassi, metilfenidato, ormone della crescita, metadone), la maggior parte dei medicinali ex-osp 2.

Sono inserite in DPC anche le eparine a basso peso molecolare per tutte le indicazioni autorizzate da AIFA e teriparatide consentendo un risparmio rilevante in termini di costo d'acquisto.

Farmacie Urbane E Rurali Non Sussidiate				
Prezzo al pubblico dei medicinali (€)	Numero Confezioni Dispensate Anno 2016	Spesa Attuale (Iva Esclusa)	Remunerazione Proposta	Spesa Prevista Calcolata Sul N. Conf. 2016 (Iva Esclusa)
0-50	673.655	3.368.275,00 €		
50,01-450	704.740	5.637.920,00 €	5,90 €	8.214.139,30 €
>450	13.832	345.800,00 €		
Totale	1.392.227	9.351.995,00 €		
Farmacie Rurali Sussidiate (Circa 80)				
0-50	100.661	503.305,00 €	5,90 €	593.899,90 €
50,01-450	107.000	1.177.000,00 €		952.300,00 €
>450			8,90 €	
Totale	1.599.888	11.032.300,00 €		9.760.339,20 €
Risparmio calcolato sulle quantità dispensate nell'anno 2016				-1.271.960,80 €

Il nuovo Accordo ha consentito di ridurre notevolmente anche il costo dei dispositivi medici per l'automonitoraggio della glicemia, in particolare la riduzione del prezzo di rimborso delle strisce reattive, che assorbono l'80% della spesa consentirà, a parità di assistenza a favore dei pazienti aventi diritto, nel 2018 produrrà ragguardevoli risultati in termini di contenimento della spesa, stimati in circa 2,5 milioni di euro in un anno.

Presidi Per Diabetici			
Farmacie Urbane e Rurali Non Sussidiate*	Prezzo Rimborso (Iva Esclusa)	Numero Strisce	Spesa (Iva Esclusa)
	0,46 (dal 1/01/2017 al 30/11/2017)	45.833.333	21.083.333
2017	0,42 (dal 1/12/2017 al 31/12/2017)	4.166.667	1.750.000
	Totale		22.833.333
	0,42 (dal 1/01/2018 al 30/04/2018)	16.666.667	7.000.000
2018	0,40 (dal 1/05/2018)	33.333.333	13.333.333
	Totale		20.333.333
Risparmio mese dicembre 2017		-166.667	
Risparmio anno 2018		-2.500.000	

Risultati ottenuti

Dal monitoraggio effettuato nel primo semestre si evidenzia un'aumentata distribuzione ma una riduzione rilevante del costo del servizio in linea con le previsioni:

DPC	Spesa Farmaci DPC	Servizio	Δ 2018/2017
1° semestre 2017	29.331.045,37	7.313.435,68	
1° semestre 2018	29.637.381,37	6.483.169,93	-830.265,75

Ausili Per Diabetici Da DPC	Spesa	Δ 2018/2017
1° semestre 2017	15.024.689,00	
1° semestre 2018	13.923.075,00	-1.101.614,00

Risultati programmati

- Riduzione della spesa per il Servizio di distribuzione in nome e per conto.
- Incremento del consumo di farmaci distribuiti tramite DPC
- **Indicatori di risultato**

- Confronto spesa farmaci e servizio DPC 2018 vs 2017;

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Servizio qualità dei servizi e governo clinico

Sintesi dei risultati del Programma 10

Con Deliberazione della Giunta Regionale 23/6 del 8.05.2018 è stato aggiornato il piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale di cui alla DGR 63/24 del 15.12.2015 e n.39/4 del 9.08.2017. Al paragrafo 4.2 dell'Allegato B sono rideterminati gli obiettivi di risparmio assegnati alle aziende sanitarie.

Risparmi per anno

Azione	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020
Azioni sistematiche sui profili prescrittivi	11.000.000	5.000.000	
Promozione dell'utilizzo di medicinali biotecnologici a brevetto scaduto a minor costo terapia in ambito oncologico e nelle patologie autoimmuni e altre Azioni del Programma	11.076.000	5.000.000	5.000.000
Totale	22.076.000	10.000.000	5.000.000

Per la farmaceutica convenzionata sono state confermate le azioni sui profili prescrittivi dei medici e sulle categorie già individuate con la DGR 54/11.

Per quanto riguarda gli acquisti diretti, si è preso atto delle difficoltà di utilizzo dei valori di benchmark negli ambiti di cui alla DGR 54/11 del 2015. Per calcolare il valore medio di terapia per paziente sono necessari anche i dati delle SDO il cui flusso è trasmesso con tempistiche non conciliabili con l'attività di monitoraggio sulla spesa farmaceutica. Il monitoraggio trimestrale deve consentire di apportare interventi correttivi rapidi e non con oltre sei mesi di ritardo rispetto all'anno di valutazione.

Con il supporto della Commissione Farmaceutica Regionale (Legge 21.04.2005, n. 13, DGR n. 10/17 del 24.02.2016, Decreto n. 40 del 16.11.2016) è stato concordato che la leva principale per quanto concerne l'ambito degli acquisti diretti che può portare una razionalizzazione dei costi, a parità di assistenza ai cittadini, è l'utilizzo di medicinali a brevetto scaduto, in particolare nell'ambito dei farmaci biotecnologici.

Intervento 10.3: Riorganizzazione logistica di distribuzione dei medicinali

Le Leggi regionali n. 23/2014 e n. 17/2016 hanno modificato l'organizzazione del sistema sanitario regionale assegnando all'unica Azienda territoriale della Regione (Azienda Tutela della Salute - ATS) la gestione accentrata, con l'eccezione delle categorie merceologiche affidate con DPCM alle Centrali di committenza regionali, di tutte le procedure di acquisizione di beni, servizi, prestazioni da erogatori pubblici e privati, personale etc. per tutte le Aziende sanitarie.

Oltre agli acquisti centralizzati, anche in considerazione della riorganizzazione del SSR con l'istituzione della ATS, si è ritenuto necessario riorganizzare la logistica di distribuzione del farmaco, sia per l'utilizzo

interno alle strutture ospedaliere e ambulatoriali sia per i punti di distribuzione diretta agli utenti, delle Aziende Sanitarie.

Con DGR 8/34 del 20.02.2018 è stato assegnato all'ATS il compito di realizzare l'HUB Unico, ossia la centralizzazione del servizio di logistica.

L'ATS dovrà sviluppare il programma operativo inclusa la procedura amministrativa per l'affidamento del servizio di distribuzione alle strutture delle Aziende sanitarie della Regione, tramite apposita gara per la fornitura del servizio ovvero altra procedura individuata nell'ambito delle sperimentazioni gestionali nel settore sanitario di cui all'art. 9-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni.

Nella prima fase di attivazione è prevista la distribuzione solo dei medicinali ma successivamente si dovrà procedere anche con la centralizzazione della logistica dei dispositivi medici standardizzati.

Attualmente i medicinali sono stoccati in moltissimi magazzini ubicati presso Farmacie ospedaliere, Servizi farmaceutici e punti di distribuzione con evidente duplicazione di tutte le procedure di approvvigionamento nonché delle scorte minime necessarie a garantire il funzionamento delle strutture. L'attuale organizzazione assorbe notevoli risorse (umane, strumentali ed economiche) ed è pertanto indispensabile procedere alla razionalizzazione della logistica dei medicinali.

Risultati programmati

- La revisione del modello logistico tenderà alla semplificazione ed all'efficientamento dei flussi logistici tra fornitori, magazzini e reparti. Tale semplificazione ed efficientamento regionale non può prescindere da un efficace sistema di programmazione del fabbisogno, verifica delle richieste di acquisto centralizzate e valutazione sulla conformità agli indirizzi regionali, monitoraggio dei consumi.
- Solo disponendo delle informazioni sull'intera filiera di acquisto e distributiva si possono valutare gli impatti che come ricaduta si hanno sull'acquisto di beni e che provengono dal punto di utilizzo del bene. Tale monitoraggio agisce quindi sia nella definizione delle scorte necessarie, ottimizzandole sia in termini di punto di riordino che di eliminazione di eventuali casi di rottura di stock, che nelle frequenze di approvvigionamento dal fornitore al magazzino e dal magazzino ai singoli punti di erogazione.
- Il risparmio conseguibile è quindi il risultato di una serie combinata di effetti:
 - riduzione una tantum delle scorte di magazzino, in parte ottenibile attraverso la eliminazione delle ridondanze di scorta, o scorte non necessarie;
 - riduzione dei volumi attraverso un più attento monitoraggio definendo l'effettivo fabbisogno e riducendo di conseguenza gli acquisti
 - riduzione del personale dedicato concentrando quello dei magazzini in pochi punti e liberando dove possibile risorse per altre funzioni o attività. In particolare il personale dirigenti farmacisti avranno un ruolo importantissimo per la programmazione dei fabbisogni e le verifiche del rispetto delle disposizioni AIFA e regionali.
- Il governo della filiera logistica ha come obiettivo, sia all'efficientamento dei consumi dei beni ma anche il supporto alle decisioni di acquisto. L'integrazione delle informazioni e l'interscambio con la CRC, deve consentire e agevolare il processo valutativo, sia in termini di volumi, sia in termini di utilizzo dei beni ma anche dei prezzi, consentendo, rendendo interattiva la collaborazione con le aziende sanitarie.

Indicatori di risultato

- Attivazione della distribuzione centralizzata dall'HUB Unico con decorrenza 31/09/2019.

Cronoprogramma delle scadenze intermedie e finali che dovranno essere rispettate

- Pubblicazione bando di gara entro il 31.12.2018 o approvazione protocollo procedura individuata nell'ambito delle sperimentazioni gestionali nel settore sanitario di cui all'art. 9-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni

Risparmi per anno

Anno	Risparmi
2018	0
2019	6 milioni
2020	6 milioni

Risparmio cumulato della Manovra nel Triennio (€)		
2018	2019	2020
-	6.000.000,00	12.000.000,00

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio qualità e governo clinico

Programma 11: Gestione del personale

Il programma costituisce il proseguimento di un'attività avviata a partire dal 2015 con i seguenti interventi regionali:

- con DGR n. 23/7 del 12.5.2015 sono state impartite dalla Giunta regionale indicazioni operative agli enti ed aziende del Servizio Sanitario Regionale in materia di contenimento della spesa relativa al personale, piano di superamento del precariato, proroga graduatorie concorsuali e attivazione procedure di mobilità ex art. 30 D.Lgs. n. 165/2001;
- con DGR n. 43/09 del 1/09/2015 sono stati dettati dalla Giunta regionale indirizzi e disposizioni in materia di contenimento della spesa per il personale. In particolare il provvedimento ha impartito le seguenti disposizioni:
 - il blocco parziale del turnover del personale dirigenziale dipendente o con altro rapporto di lavoro, consentendo la copertura dei posti nel limite del solo 50%, per le seguenti discipline mediche: medicina interna, pediatria, psichiatria, chirurgia generale, ginecologia ed ostetricia, anestesia e rianimazione ed igiene epidemiologia e sanità pubblica, per le quali il numero dei pensionamenti previsto per il prossimo quinquennio determinerebbe il rischio di pregiudizio del mantenimento dei livelli essenziali di assistenza;
 - il blocco parziale del turnover del personale dipendente o con altro rapporto di lavoro, consentendo la copertura dei posti nel limite del 20% del restante personale dirigenziale e del comparto del ruolo sanitario, professionale e per gli operatori socio sanitari che, a qualunque titolo, ha interrotto il rapporto di lavoro;
 - la conferma del blocco totale del turnover del personale amministrativo e tecnico;
 - il divieto di acquisizioni di personale tramite mobilità intercompartimentali, mobilità interaziendale e extraregionali in entrata nell'ambito del comparto sanità, dell'area SPTA e dell'area medica e veterinaria, ad esclusione della mobilità pre-concorsuale nei limiti dei precedenti punti 1 e 2 o autorizzata in deroga;
 - il blocco di tutte quelle tipologie di reclutamento ex novo di personale che comportino un incremento di spesa a carico del SSR, ovvero:
 - le assunzioni a tempo determinato e indeterminato, ivi compresi i conferimenti di nuovi incarichi di direzione di Unità operative complesse e semplici dipartimentali, di Dipartimento e di Distretto;
 - i conferimenti di incarichi a tempo determinato ex art. 15-septies del D.Lgs n. 502/1992;
 - le assunzioni a tempo determinato per la sostituzione di personale assente a vario titolo, qualora tali assunzioni comportino nuovi o maggiori oneri;
 - il conferimento di incarichi ex art. 7, comma 6, del D.Lgs. n. 165/2011, nonché tutte le altre forme di lavoro flessibile ad esclusione di quelli finanziati con risorse finalizzate;
 - per le acquisizioni in outsourcing di servizi finalizzati all'espletamento di funzioni istituzionali che possono configurarsi come elusive del blocco delle assunzioni, le Aziende devono richiedere apposita autorizzazione, al fine di verificarne la compatibilità con i processi di riorganizzazione della rete ospedaliera e con gli obiettivi di razionalizzazione della spesa del personale e, in ogni caso, nel rispetto delle disposizioni richiamate nella deliberazione della Giunta regionale n. 23/7 del 12 maggio 2015;
 - per i medici specialisti ambulatoriali, in assenza di autorizzazione dell'Assessorato competente, il divieto di attivare e mettere a bando nuovi turni per ore di attività e il divieto di ampliare i turni in atto o ricoprire turni divenuti vacanti, fatte salve motivate esigenze adeguatamente documentate, connesse al mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.
- con DGR n. N. 1/12 del 12.1.2016 sono state impartite le prime linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale;
- con successiva DGR n. 45/35 del 2.8.2016 sono state impartite ulteriori disposizioni in materia di stabilizzazione del personale precario del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del D.P.C.M. 6 marzo 2015, attuativo dell'articolo 4, comma 10, del decreto legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito nella L. 30 ottobre 2013, n. 125 e si è provveduto al recepimento delle linee guida adottate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 30 luglio 2015;
- con DGR n. 67/6 del 16.12.2016 sono state emanate direttive e linee di indirizzo in materia di personale e, in particolare, di definizione dei nuovi fondi contrattuali del personale;

- con DGR n. 7/16 del 13.02.2018 è stata di demandata la gestione del turnover del personale, fatta eccezione per quello amministrativo e tecnico (esclusi gli OSS), all'ATS con l'obiettivo di assicurare il rispetto dei target di risparmio assegnati e di quelli che verranno eventualmente rimodulati con l'aggiornamento del piano di riorganizzazione e di riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso;
- con DGR n. 10/17 del 27.02.2018 si è recepito documento sull'applicazione dell'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017 adottato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome in data 15.2.2018, in materia di stabilizzazione del personale precario del Servizio Sanitario Regionale;
- con DGR n. 27/3 del 29.05.2018 sono state ulteriormente aggiornate le linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, con le seguenti disposizioni:
 - il limite relativo al personale appartenente ai ruoli amministrativo e professionale stabilito dalla deliberazione n. 1/12 del 12.1.2016 per l'ATS è stato innalzato al 10,5%;
 - il limite relativo al personale appartenente ai ruoli amministrativo e professionale stabilito dalla deliberazione n. 1/12 del 12.1.2016 per l'AO Brotzu e le AOU di Cagliari e Sassari è stato fissato pari al 7%;
 - gli eventuali esuberanti di personale dei ruoli amministrativo e professionale rispetto ai limiti sopra descritti dovranno essere gestiti attraverso la mobilità tra Aziende del Servizio Sanitario Regionale o gradualmente riassorbiti attraverso le cessazioni per quiescenza;
 - l'AO Brotzu e le AOU di Cagliari e Sassari, nel caso in cui espletate le procedure di mobilità risultino possedere una dotazione di personale dei ruoli amministrativo e professionale inferiore al 7%, potranno procedere all'assunzione di personale in tali ruoli, a invarianza di costo per il Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso;
 - l'ATS non è autorizzata a riconvertire né a colmare il contingente necessario ai fini dell'adeguamento delle dotazioni organiche delle Aziende ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie e che i processi assunzionali dovranno essere gestiti dalle aziende in forma coordinata;
 - è stato autorizzato lo sblocco totale del turnover del personale amministrativo, professionale e tecnico disposto con la Delib.G.R. n. 43/9 del 1.9.2015 e confermato successivamente con la Delib.G.R. n. 7/16 del 13.2.2018, nel rispetto dei vincoli di spesa imposti dalla vigente normativa nazionale e regionale;

Gli effetti delle azioni descritte hanno determinato, in termini di riduzione dei costi, gli effetti economici sintetizzati nella tabella riportata di seguito:

	2015	2016	2017
Totale	1.176.281,00 €	1.167.131,00 €	1.161.237,00 €

Il programma si prefigge il consolidamento delle azioni illustrate con gli interventi riportati di seguito:

- incremento controllato della spesa del personale, compatibilmente con i risparmi previsti nelle altre aree e in coerenza con il tetto dell'1,4%;
- completamento dei processi di stabilizzazione e approvazione del piano dei fabbisogni entro l'anno 2018;
- Conferma delle seguenti limitazioni:
 - sospensione conferimento/rinnovo incarichi ex art.15-septies fino a realizzazione della riduzione dei posti letto ai sensi dell'art.15, comma 13, lett. c), DL 95/2012;
 - allineamento della quota fondi pro-capite per la contrattazione integrativa alla media nazionale attraverso la ridefinizione dei fondi aziendali a seguito della ridefinizione delle dotazioni organiche e degli atti aziendali e relativa rinegoziazione sindacale;
 - invio da parte di ciascuna Azienda della consistenza annuale dei fondi relativi alla contrattazione integrativa aziendale;
 - rendiconto analitico periodico (per singola ASL e complessivo della Regione) relativo alle modalità di utilizzo dei singoli fondi aziendali;
 - emanazione di nuove linee guida regionali per uniforme applicazione disposizioni CCNL nell'ambito degli accordi integrativi aziendali e relativo monitoraggio;
 - applicazione delle disposizioni di cui all'art.9, comma 2-bis, del DL 78/2010 e relativa circolare MEF n. 12/2011;

- prestazioni aggiuntive;
- attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intra-moenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale;
- analisi dei dati di Conto Economico al fine di determinare l'incidenza del costo del personale (in valore percentuale) con raffronto al valore medio nazionale (riferimenti dati conto annuale tabella 5);
- contenimento costi apparati amministrativi (art.6 DL 78/2010):
 - spese di missione (andamento e definizione obiettivo di riduzione).
 - commissioni e altri organismi (contenimento numero, gratuità partecipazione, contenimento
- spese di funzionamento:
 - personale con contratti atipici;
 - consulenze (sanitarie e non sanitarie);

Gestione del personale	2018	2019	2020
Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intramoenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale	0	0	0
Riduzione delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive		1.262.824	1.646.146
Riduzione della spesa per SUMAI	899.400	1.099.400	-

Risparmio cumulato della Manovra nel Triennio (€)		
2018	2019	2020
899.400,00	3.261.624,00	4.907.770,00

Azione 11.1: Rideterminazione degli accantonamenti dei fondi per rischi e oneri

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Sassari, all'atto della nomina del Direttore Generale attualmente in carica (30 settembre 2016), si caratterizzava per una situazione di mancata certificazione dei fondi contrattuali del personale a partire dalla costituzione avvenuta nel 2007, fatta eccezione per quelli della dirigenza medica (certificati fino al 2013).

La deliberazione della Giunta regionale n. 53/3 del 30.9.2016, con la quale è stato nominato il Direttore generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Sassari, ha assegnato al medesimo Direttore, tra gli altri, l'obiettivo di pervenire alla certificazione dei fondi contrattuali da parte del Collegio Sindacale dell'Azienda.

A tal fine, la deliberazione sopra richiamata indicava all'azienda di consegnare al Collegio Sindacale della medesima tutti i documenti necessari alla certificazione suddetta.

Sulla base della documentazione messa a disposizione dall'Azienda il Collegio Sindacale, con il verbale n. 3 del 10.2.2017, ha dichiarato l'impossibilità di certificare i fondi contrattuali in argomento. Le ragioni che hanno precluso la certificazione da parte del Collegio Sindacale sono riassunte di seguito:

- mancata inclusione del personale a tempo determinato nella base di calcolo;
- criticità nella definizione della base di calcolo di alcuni fondi con riferimento all'incremento del personale in servizio e alla correlata attribuzione di incarichi;
- impossibilità di verificare il rispetto dei limiti di spesa imposti dall'art. 2, comma 71, della L. n. 191/2009;
- criticità in merito al rispetto delle disposizioni di cui al D.L. n. 78/2010;
- criticità sotto il profilo autorizzatorio in alcune procedure di assunzione del personale;
- criticità relative al trasferimento di risorse tra fondi;
- criticità sotto il profilo della legittimità nell'attribuzione di alcuni incarichi.

In seguito all'acquisizione degli elementi informativi illustrati, la Giunta regionale ha approvato con la DGR n. 35/23 del 18.7.2017 un atto di indirizzo che, nel rispetto delle norme e dei contratti collettivi vigenti, potesse consentire la corretta determinazione dei fondi contrattuali al fine di pervenire alla rimozione delle criticità evidenziate dal Collegio e alla conseguente certificazione dei medesimi fondi.

In seguito all'approvazione della succitata DGR l'Azienda ha proceduto al ricalcolo dei fondi contrattuali, attualmente in corso di certificazione, ed all'accantonamento del costo stimato per i rinnovi e i relativi arretrati, tra i fondi per rischi ed oneri del bilancio d'esercizio 2016.

In occasione dell'esame di detto bilancio (presentato nel mese di maggio 2018 solo in seguito alla revisione e certificazione dei fondi contrattuali in conseguenza delle direttive emanate dalla Regione Sardegna nell'anno 2017) sono state avviate dalla Direzione Generale della Sanità le necessarie verifiche in ordine alla misura degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri effettuati nell'anno 2016.

L'analisi, in corso, porterà entro il mese di ottobre 2018 alla rideterminazione del risultato di esercizio dell'AOU di Sassari con un impatto positivo di circa 9 milioni di euro sulle perdite portate a nuovo al 31.12.2017.

Gli effetti dell'attività descritta sono determinati fondamentalmente dalle modalità seguite in un primo momento dall'Azienda sia per la quantificazione dei fondi che per la classificazione delle somme da assoggettare ad accantonamento. In relazione alla quantificazione dei fondi, infatti, è stata condivisa dall'Assessorato la corretta modalità di individuazione del termine da cui far decorrere la rideterminazione del fondo di posizione, termine legato all'approvazione (nel 2009) delle linee guida regionali. In merito alla classificazione degli accantonamenti, è emersa l'esigenza di procedere alla rideterminazione del grado di rischio che è passato da "certo" a "probabile".

Nella tabella che segue sono riportati gli effetti della rideterminazione della perdita d'esercizio 2016.

			Riduzione 2016 accantonamenti per rischi e oneri	2016 rideterminato
PAA210	Perdite portate a nuovo	310.028.133,00 €	9.000.000,00 €	301.028.133,00 €

Risultati programmati

- Approvazione del bilancio d'esercizio dell'AOU di Sassari entro il mese di ottobre 2018.

Indicatori di risultato

- Rideterminazione della perdita di esercizio 2016 e del patrimonio netto 2017 (perdite portate a nuovo)

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Generale della AOU di Sassari

Azione 11.2: Attività libero professionale intramuraria e monitoraggio sui volumi di attività intramoenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale.

Con la DGR n. 33/27 dell'8 agosto 2013 sono stati approvati le linee guida per l'esercizio dell'attività professionale intramuraria e lo schema di convenzione tra azienda e libero professionista.

La sopra citata deliberazione è stata adottata a seguito di una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio della libera professione intramuraria e del volume delle prestazioni. Successivamente, nell'anno 2014, l'Assessorato della Sanità ha trasmesso al Ministero della Salute la relazione sul monitoraggio sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (ALPI), da cui è emerso che, per quanto riguarda gli spazi aziendali, solo le Aziende sanitarie n. 1 di Sassari, n. 2 di Olbia e n. 3 di Nuoro avevano l'esigenza di acquisire ulteriori spazi esterni e di attivare il programma sperimentale per l'utilizzo degli studi privati collegati in rete.

Il completo sviluppo del sistema intramurario, legato a un processo di ristrutturazione edilizia e reperimento di spazi all'interno delle aziende, ha trovato attuazione con il programma regionale per l'attività intramoenia, finanziato ai sensi del D.Lgs. n. 254 del 28 luglio 2000, originariamente approvato con la Delib.G.R. n. 17/17 del 22 maggio 2001, che prevedeva la realizzazione di n. 7 interventi di edilizia e ammodernamento tecnologico. A causa di sopraggiunte criticità in fase di realizzazione degli

interventi, la Regione Sardegna, con la Delib.G.R. n. 15/7 dell'11 marzo 2008, ha operato la definitiva rimodulazione del programma per la realizzazione di 11 di interventi per il potenziamento dell'attività di libera professione intramuraria presso i presidi ospedalieri della Regione Sardegna, per un ammontare complessivo pari ad € 8.929.811,61.

Il programma di investimenti sopra richiamato dovrebbe consentire la normalizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Al fine di accertare il corretto utilizzo degli investimenti programmati e l'effettivo avvio dell'attività di libera professione in dette sedi l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ha avviato un'azione ricognitiva effettuando dei sopralluoghi nelle aziende che hanno usufruito di finanziamenti ai sensi del D.Lgs. n. 254 del 28 luglio 2000 per l'adeguamento degli spazi. Da tali verifiche è emersa una situazione di grave ritardo.

Nella seduta del 19 febbraio 2015 della Conferenza Stato Regioni è stato definitivamente approvato il testo dell'accordo concernente i criteri per la verifica del programma sperimentale per lo svolgimento dell'ALPI presso gli studi professionali collegati in rete che prevede, tra l'altro, che in caso di esito positivo della sperimentazione la Regione può consentire alla relativa azienda, in via permanente e ordinaria, lo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria presso gli studi professionali collegati in rete, ponendo contestualmente termine al programma sperimentale. Qualora dalla verifica emerga l'incompleta attuazione del programma sperimentale per inadempienza da parte dell'azienda in ordine alle modalità tecniche del collegamento in rete di cui al punto n. 2 dell'allegato 1 al Decreto del Ministero della Salute 21 febbraio 2013, la Regione o la Provincia autonoma interessata dovrà provvedere alla verifica del programma sperimentale entro un anno dall'adozione dei provvedimenti necessari per superare l'inadempienza dell'azienda.

Con la DGR n. 53/3 del 3.11.2015 si è stabilito che le Aziende che non avessero provveduto all'accertamento delle prescrizioni dell'Accordo Stato-Regioni in materia di criteri per la verifica del programma sperimentale per la libera professione intramuraria del 19 febbraio 2015, avrebbero dovuto ottemperare ed adeguarsi ad ogni altra prescrizione disposta dalla normativa vigente in materia di libera professione intramuraria, ove non applicata, entro e non oltre il 31.12.2015.

È stato dato inoltre mandato alla Direzione generale della Sanità di:

- predisporre un piano di ispezioni finalizzato al rispetto delle prescrizioni di legge in materia di libera professione intramuraria da parte delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale;
- procedere, entro il primo semestre dell'anno 2016, alle verifiche previste nel sopra citato piano e darne conto alla Giunta regionale.

Nel caso di accertate gravi inadempienze, la Giunta regionale avrebbe potuto procedere alla destituzione dei Direttori Generali / Commissari delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale.

A ottobre 2016 la Giunta regionale è stata resa edotta in merito alle verifiche effettuate, sulla base delle quali emergevano criticità in merito agli esiti di alcuni controlli attivati.

Il processo di riforma intercorso negli anni 2016 e 2017, attualmente ancora in corso, ha di fatto rallentato il processo descritto e questo impone nuovi interventi volti a:

- regolamentare in maniera definitiva l'attività libero professionale intra moenia svolta al di fuori degli spazi ospedalieri, limitandola al massimo secondo casistiche predefinite;
- non consentire pagamenti e prenotazioni al di fuori dei processi informatizzati;
- ridurre le liste d'attesa potenziando l'attività istituzionale.

Occorre pertanto intervenire per sanare le criticità ancora non risolte con particolare riferimento a:

- completamento del processo di informatizzazione dei pagamenti con revoca dell'intra moenia per i medici che non abbiano provveduto all'attivazione dell'infrastruttura di rete;
- garanzia del pareggio tra ricavi e costi;
- ottimizzazione dell'attività svolta in regime ordinario con conseguente revoca dell'intra moenia nel caso in cui i medici ospedalieri non raggiungano un livello minimo di prestazioni nel corso dell'attività istituzionale.

Risultati programmati

- formalizzazione del monitoraggio finale che attesta l'utilizzo dell'attrezzatura di rete da parte dei medici autorizzati all'esercizio dell'attività liberoprofessionale intramuraria;
- formalizzazione del monitoraggio che attesta l'assenza di costi aggiuntivi per le aziende legati all'esercizio della libera professione intramoenia;
- formalizzazione del monitoraggio che valuti il rapporto tra i volumi di attività istituzionale e quelli in libera professione.

Indicatori di risultato

- Formale avvio delle attività di monitoraggio entro il 31.12.2018
- 2019-2020: eventuali provvedimenti di revoca dell'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria in caso di disallineamento.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione della Direzione Generale della Sanità

Azione 11.3: Riduzione delle consulenze e delle prestazioni aggiuntive

La Regione, al fine di ridurre il costo per consulenze e contratti atipici, ha adottato a settembre 2015 una deliberazione che ne ha imposto il blocco totale.

Si ritiene necessario proseguire con tali limitazioni.

Risultati programmati

- Riduzione del costo del personale atipico;
- monitoraggio del costo per le consulenze.

Indicatori di risultato

- Variazione economica in relazione della consistenza numerica del personale atipico del SSR;
- riduzione del costo delle consulenze.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione della Direzione Generale della Sanità

Azione 11.4: Riduzione della spesa per SUMAI

Con DGR del 2015 Regione ha disposto il divieto alle Aziende del SSR di aumentare le ore in convenzione dei medici specialisti convenzionati rispetto a quelle in essere al 31 dicembre 2009.

All'interno della manovra complessiva di contenimento dei costi per il personale, la Regione ritiene opportuno proseguire nelle azioni intraprese al fine di ridurre ulteriormente nel prossimo triennio il costo degli specialisti ambulatoriali.

Risultati programmati

- Monitoraggio della spesa per la specialistica ambulatoriale erogata trimestralmente;
- attuazione del provvedimento normativo che dispone la riduzione della spesa per la specialistica ambulatoriale.

Indicatori di risultato

- Riduzione della spesa per la specialistica ambulatoriale come da tabella riportata in permesso.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Programmazione e governo delle reti di cura.
- Direttore del Servizio della Programmazione Sanitaria, Economico Finanziaria e controllo di gestione.

4. Area “Livelli Essenziali di assistenza”

Programma 12: Sanità pubblica

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione;
- qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali;
- prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.

Tabella 11.1 – Sintesi manovre

Sanità pubblica: valorizzazione manovre (€/m In)			
	2018	2019	2020
Sanità pubblica	-	-	-
Azioni coerenti con il Piano nazionale di Prevenzione	-	-	-
Qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali	-	-	-
Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro	-	-	-

Intervento 12.1: Azioni coerenti con il Piano nazionale di Prevenzione.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 30/21 del 16.6.2015 è stato adottato il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018 che dà attuazione a tutti i macro obiettivi e gli obiettivi centrali del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 approvato con l'Intesa Stato-Regioni n. 156/CSR del 13.11.2014, attraverso l'individuazione di 24 Programmi strutturati secondo i criteri per la valutazione e la certificazione dei Piani Regionali definiti col successivo Accordo Stato-Regioni n. 56/CSR recante “Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018 – Documento di valutazione”.

L'Intesa Stato-Regioni n. 247/CSR del 21 dicembre 2017 ha prorogato la vigenza del PNP 2014-2018 e ha stabilito i criteri per la rimodulazione dei collegati Piani Regionali di Prevenzione.

In coerenza con tale atto la Regione Sardegna ha prorogato con la DGR n.33/9 del 26.6.2018 il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 al 31 dicembre 2019 rimodulandolo secondo i criteri stabiliti nell'Intesa fermo restando il Quadro Logico regionale ovvero il numero, la denominazione e gli obiettivi dei programmi contenuti nei PRP.

La struttura del PRP, rimodulata con riferimento al cronoprogramma e ai contenuti di alcune Azioni/Attività e al sistema di monitoraggio (indicatori e standard) prevede:

- Sezione A) costituita da una parte generale e da 24 Programmi (di cui 5 dell'area veterinaria – vedasi sezione specifica), diretti a perseguire gli obiettivi centrali secondo i principi e i criteri indicati dal PNP 2014 – 2018, di seguito sinteticamente richiamati: trasversalità/integrazione,
 - intersettorialità,
 - sostenibilità,
 - Evidence Based Prevention (EBP),
 - equità e contrasto delle disuguaglianze,
 - centralità dell'individuo e delle comunità,
 - costo-efficacia degli interventi.
- - Sezione B) costituita dal Piano di monitoraggio e valutazione del PRP.

La rimodulazione effettuata tiene conto del cambiamento dell'Assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale determinato dalla Legge Regionale n. 17 del 27.07.2016 con la costituzione di un'Azienda unica territoriale (Azienda per la tutela della Salute - ATS Sardegna), operativa a partire del 1° gennaio 2017. Tale nuovo assetto ha avuto un impatto importante su tutti i servizi ospedalieri e territoriali, compresi quelli dell'Area della prevenzione e quindi sulle attività del PRP. In particolare, l'Atto aziendale

deliberato dall'ATS Sardegna sulla base degli indirizzi regionali, ha ridisegnato l'articolazione territoriale e organizzativa dei Dipartimenti di prevenzione ai quali fanno capo gran parte dei Servizi preposti all'espletamento delle attività legate al Piano Regionale di Prevenzione.

Il Piano operativo 2018 -2019 include i seguenti programmi e priorità d'azione che perseguono tutti gli macro-obiettivi del PNP:

- Programmi P- 1.1 Una scuola in salute; P- 1.2 Comunità in salute; P - 1.3 Identificazione precoce dei soggetti a rischio MCNT e presa in carico sistemica; P -1.4 Identificazione precoce dei tumori oggetto di screening: ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)
- Programma P -2.1 Screening dei disturbi sensoriali neonatali: Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali
- Programma P - 3.1 Identificazione precoce dei soggetti a rischio di disagio mentale e presa in carico sistemica: promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti
- Programma P - 5.1 Prevenzione degli incidenti stradali: Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti
- Programma P- 6.1 Prevenzione degli incidenti domestici: Prevenire gli incidenti domestici
- Programmi P - 7.1 Prevenzione degli infortuni; P – 7.2 Prevenzione delle malattie professionali; P - 7.3 Consolidamento del coordinamento tra istituzioni e partenariato P - 7.4 Miglioramento dell'efficacia delle attività di controllo e della compliance: prevenire gli infortuni e le malattie professionali
- Programmi P- 8.1 Sorveglianza epidemiologica salute/inquinanti ambientali (compresa l'attivazione del registro tumori regionale); P- 8.2 Supporto alle politiche ambientali; P- 8.3 Riduzione delle esposizioni a sostanze chimiche: ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute
- Programmi P - 9.1 Sviluppo e potenziamento delle vaccinazioni; P- 9.2 Sviluppo e potenziamento dei sistemi di sorveglianza e risposta alle emergenze infettive; P - 9.3 Programma di lotta alla Tubercolosi e alle infezioni da HIV; P - 9.4 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico – resistenza: Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie
- Programmi del Macro Obiettivo 10 – Vedasi veterinaria.

Risultati programmati

- attuazione delle azioni come rimodulate nel PRP rimodulato e prorogato al 31.12.2019 (DGR n.33/9 del 26.6.2018)

Indicatori di risultato

- almeno 80% degli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento non superiore al 20% (anno 2018 e anno 2019)

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico
- Direttore Generale dell'ATS

Intervento 12.2: Qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali.

Gli Screening oncologici

I Programmi organizzati di screening oncologico hanno preso avvio in Sardegna con i Piani della Prevenzione 2005-2007 (Delib.G.R. n. 29/2 del 5 luglio 2005) e 2010-2012 (Delib.G.R. n. 47/24 del 30.12.2010) che hanno promosso l'organizzazione delle attività a livello di ciascun Dipartimento di prevenzione e garantito il sostegno finanziario con risorse vincolate del Fondo Sanitario Regionale, destinate a favorire gli investimenti iniziali e a strutturare i Programmi organizzati di screening cervicale, mammografico e coloretale nella fase di start up e di consolidamento.

Con il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, in coerenza con gli indirizzi del collegato Piano Nazionale della Prevenzione, è stato avviato un percorso di miglioramento dei Programmi di screening cervicale, mammografico e coloretale con l'intento di garantire livelli di qualità più elevati e la sostenibilità del sistema, **sia mediante la ridefinizione dei percorsi su base regionale, in funzione degli**

standard di qualità e della sostenibilità del sistema, superando così alcune criticità rilevate nella fase di avvio, caratterizzata dalla frammentarietà dei percorsi, sia con l'introduzione delle innovazioni tecnologiche previste nella programmazione nazionale (HPV DNA quale test primario). Tale percorso di miglioramento è attualmente in corso e necessita di essere completato ai fini del progressivo innalzamento dei tassi di estensione dei Programmi e di copertura della popolazione target. **La formula di calcolo della estensione grezza inserita nel piano per i tre screening è la seguente: $[(\text{invitati-inesitati})/\text{popolazione target annua}] * 100$. Il dato relativo agli invitati e inesitati è tratto dalle schede dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) mentre la popolazione target annua è quella residente Istat al 1° gennaio dell'anno di riferimento.**

Screening del tumore della cervice uterina

Con la Delib. G.R. n. 56/17 del 20 dicembre 2017 è stato approvato il documento tecnico di indirizzo per la riconversione del programma di screening del cervicocarcinoma con l'introduzione del test HPV DNA quale test primario, in attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018, coerentemente con le indicazioni della programmazione nazionale. Tali indirizzi sono aderenti alle conclusioni contenute nel rapporto HTA italiano sullo screening del cervicocarcinoma e con le indicazioni emanate dal Ministero della Salute nel "Documento di indirizzo sull'utilizzo dell'HPV DNA test come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero", del gennaio 2013; gli studi scientifici hanno dimostrato che uno screening primario con test clinicamente validati per la ricerca di DNA di HPV oncogeni, e con un protocollo appropriato (tale cioè da ridurre sia le sovradiagnosi di lesioni spontaneamente regressive, sia l'invio agli approfondimenti diagnostici, e da contenere i costi del Programma) è più efficace dello screening basato sul Pap-test nel prevenire i tumori invasivi del collo dell'utero.

L'introduzione del test HPV DNA primario comporta un importante impatto organizzativo iniziale in quanto prevede:

- - la coesistenza, nell'ambito del programma di screening, di due percorsi distinti: il primo rivolto alle donne più giovani (25 – 29 anni) alle quali continuerà ad essere offerto attivamente il Pap test, quale test primario, con un intervallo temporale di tre anni; il secondo rivolto alle donne meno giovani (30 – 64 anni) alle quali sarà offerto attivamente l'HPV test, quale test primario, con un intervallo temporale di 5 anni;
- - l'utilizzo di entrambi i test di screening, a seconda dell'età della donna, sia come test di primo livello che come test di triage in caso di positività, sulla base delle indicazioni contenute nel protocollo specifico;
- - la centralizzazione, per motivi di qualità e di costo, della lettura dei test citologici e dell'esecuzione del test HPV, in un unico laboratorio regionale. Tale laboratorio unico è individuato nell'ambito della rete regionale delle anatomie patologiche, nell'Unità Operativa Complessa di anatomia patologica dell'Area Socio Sanitaria Locale di Cagliari, che assumerà la responsabilità tecnico-operativa ed organizzativa di tutta l'attività;
- L'introduzione del test HPV DNA primario comporta la soddisfazione di una serie di prerequisiti per l'avvio delle attività.

Azioni

- - definire le gare d'appalto uniche a livello regionale sia per l'acquisizione dei sistemi di prelievo e trasporto del campione, sia per l'acquisizione dell'HPV test;
- - adeguare dell'applicativo gestionale del Programma di screening per la gestione differenziata dei due percorsi;
- - programmare ed espletare i percorsi formativi rivolti a tutto il personale coinvolto (compreso quello operante nel laboratorio unico regionale);
- - coinvolgere in modo attivo i Medici di Medicina Generale e i ginecologi, anche privati, attraverso incontri informativi/formativi;
- - realizzare le attività di informazione/comunicazione rivolte alla popolazione target.
- Tutte le azioni che costituiscono prerequisito, compresa la gara unica regionale, sono già state finanziate con risorse vincolate del Piano regionale di Prevenzione 2014-2018.

N.B: Tutte le azioni che costituiscono prerequisito, compresa la gara unica regionale, sono già state finanziate con risorse vincolate del Piano regionale di Prevenzione 2014-2018.

Risultati programmati

- Riconversione del Programma di screening cervicale in modo uniforme su tutto il territorio regionale secondo il percorso graduale definito nelle linee di indirizzo regionali, entro il 2019, previo espletamento di tutte le attività propedeutiche.
- Miglioramento dell'efficacia del Programma di screening cervicale mediante il coinvolgimento progressivo di tutta la popolazione target (garantire la possibilità alla totalità della popolazione target di fruire concretamente e uniformemente del servizio in tutto il territorio regionale nel rispetto della tempistica e degli standard di qualità previsti).
- Incremento progressivo degli inviti alla popolazione target (donne di età compresa tra 25 e 64 anni)
-

Indicatori di risultato

Screening tumore della cervice uterina

Descrizione obiettivo	indicatore	Base line 2017	Obiettivo quantitativo intermedio al 31.12.2018	Obiettivo quantitativo intermedio al 31.12.2019	Obiettivo quantitativo al 31.12.2020
Incremento estensione inviti	Percentuale di donne di età 25-64 anni che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della cervice uterina sulla popolazione bersaglio annua	58,5	incremento rispetto al 2017	incremento rispetto al 2018	100

Con la Delib. G.R. n. 1/14 del 10 gennaio 2018 è stato approvato il documento di indirizzo per la ridefinizione, su base regionale, del percorso di screening organizzato del carcinoma della mammella, secondo criteri di qualità dettati dalle linee guida nazionali e internazionali, e di sostenibilità del sistema. L'intento del riordino è quello di superare la frammentazione dell'offerta, che ha caratterizzato lo screening mammografico sin dalla fase di avvio, nel 2006, e che caratterizza anche l'ambito della senologia clinica, determinando l'inefficienza complessiva, organizzativa e tecnologica, dei Servizi di diagnostica clinica senologica, non garantendo adeguati livelli di qualità delle prestazioni.

A tale scopo il documento di indirizzo regionale:

- -individua gli standard organizzativi e tecnologici dei Centri che effettuano l'erogazione della mammografia (primo livello di screening);
- -individua gli standard organizzativi e tecnologici dei Centri deputati alla refertazione delle mammografie (primo livello di screening) e agli approfondimenti diagnostici (secondo livello di screening);
- -dispone che le attività di screening organizzato siano inserite nell'ambito della rete regionale dei Centri di diagnostica clinica senologica, come raccomandato dall'Intesa Stato-Regioni rep/Atti n.185/CSR del 18 dicembre 2014;
- -effettua la mappatura dei centri pubblici che erogano le mammografie e identifica, secondo criteri espliciti (bacino d'utenza, volume teorico annuo di prestazioni), quelli che costituiscono la rete regionale dei Centri di diagnostica clinica senologica. Tale rete deve garantire sia le funzioni di prevenzione secondaria (refertazione delle mammografie e approfondimenti diagnostici nell'ambito dei programmi organizzati, e prevenzione spontanea), sia la diagnostica clinica su donne sintomatiche e/o in follow up, evitando così duplicazioni inutili, costose e potenzialmente dannose;
- -introduce una modalità operativa basata sulla "equipe unica di professionisti" che include i professionisti operanti in più Centri, ubicati nella medesima Area Territoriale e/o in Aree territoriali);
- -prevede un adeguato programma di formazione dei professionisti individuati (Radiologi e Tecnici Sanitari di Radiologia Medica - TSRM).

Azioni

- -individuare i medici radiologi e i TSRM operanti nei Centri identificati nelle linee di indirizzo che andranno a costituire "l'equipe unica di professionisti" di Area o inter Area;
- -programmare e realizzare il Programma formativo di livello regionale delle equipe di professionisti individuate;
- -verificare la funzionalità, a livello aziendale, della dotazione informatica per la trasmissione a distanza delle immagini radiologiche, quale strumento indispensabile per il funzionamento dell'equipe unica di

professionisti, ed eventualmente realizzare gli adeguamenti necessari anche attraverso l'impiego delle risorse vincolate del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018;

- -verificare l'operatività dello standard minimo per la refertazione al fine di identificare i contenuti necessari ad una comunicazione esaustiva ed uniforme tra i Centri afferenti ai diversi livelli di screening (1°, 2° e 3° livello);
- -verificare la dotazione tecnologica dei Centri di erogazione delle mammografie e di quelli che costituiscono la rete regionale dei Centri di diagnostica clinica senologica e, laddove necessario, procedere al progressivo adeguamento ai requisiti previsti nel documento di indirizzo, anche mediante la programmazione delle risorse del Piano investimenti annuale e/o triennale

Risultati programmati

- Riorganizzazione delle attività di diagnostica clinica senologica secondo gli indirizzi regionali (DGR n. 1/14 del 10.10.2018).
- Miglioramento della qualità delle prestazioni di diagnostica clinica senologica. La costituzione delle equipe di medici radiologi e i TSRM operanti nei Centri identificati nel documento di indirizzo - ubicati nell'ambito della medesima ASSL e in ASSL diverse (laddove prescritto per carenza del bacino d'utenza) - che andranno a costituire "l'equipe unica di professionisti" di Area o inter Area, rappresenta il principale strumento di miglioramento previsto. L'equipe unica di professionisti farà capo funzionalmente al Centro di diagnostica clinica senologica di riferimento identificati nelle linee di indirizzo. Il Centro di diagnostica clinica di riferimento dovrà assicurare il mantenimento dei requisiti in capo ciascun componente dell'equipe unica di professionisti della ASSL o inter ASSL, sia in termini di volumi minimi di prestazioni, sia in termini di competenze e percorsi di aggiornamento professionale, tenuto conto dei requisiti organizzativi individuati nel documento di indirizzo (Standard di qualità dei Centri di erogazione della mammografia e dei Centri di diagnostica clinica senologica).
- Incremento progressivo degli inviti alla popolazione target (donne di età compresa tra 50 e 69 anni)

Indicatori di risultato

Descrizione obiettivo	indicatore	Base line 2017	Obiettivo quantitativo intermedio al 31.12.2018	Obiettivo quantitativo intermedio al 31.12.2019	Obiettivo quantitativo al 31.12.2020
Incremento estensione inviti	Percentuale di donne di età 50-69 anni che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore della mammella sulla popolazione bersaglio annua	47,9	incremento rispetto al 2017	incremento rispetto al 2018	100

Screening del tumore del colon retto

Diversi interventi attuativi della Programmazione regionale (PRP 2014-2018) sono stati intrapresi per riqualificare e rendere sostenibile il percorso screening coloretale, in particolare:

- al fine di garantire l'uniformità operativa in tutto il territorio regionale e contenere i costi è stata espletata da ATS Sardegna, in conformità agli indirizzi regionali (Delib. GR n.24/21 del 9.2.2016) la gara per l'acquisizione in service del sistema di laboratorio per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT), conformemente a quanto previsto dalla programmazione regionale, in funzione della qualità e della sostenibilità del sistema screening;
- con la Delib. G.R. n. 1/12 del 10/1/2018, è stato approvato il programma formativo per la riqualificazione del percorso di screening del tumore del colon retto in un'ottica di miglioramento della qualità del percorso e della sostenibilità economica e organizzativa, come previsto dall'Azione P-1.4.1 del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018, successivamente attuato (maggio – giugno 2018) dall'ATS ASSL di Sanluri con il coinvolgimento dell'Osservatorio Nazionale Screening;
- con la Delib. G.R. n. 33/5 del 26.6.2018, è stata approvata la proposta di Accordo tra la Regione Sardegna e la Federfarma Sardegna, comprensiva del "Protocollo operativo", per la partecipazione delle Farmacie convenzionate al Programma regionale di screening del carcinoma del colon retto. L'Accordo, e il collegato protocollo operativo sottoscritti dalla Direzione Generale della Sanità e dalla Federfarma Sardegna, in data 24 e 26 luglio 2018 è finalizzato ai seguenti obiettivi generali:
- -miglioramento della qualità del percorso diagnostico specifico, mediante la chiara definizione delle modalità operative, uniformi a livello regionale, per la distribuzione dei Kit diagnostici, il ritiro e la consegna dei campioni biologici, e rispettose degli standard raccomandati dalla società scientifica di riferimento (GISCoR) in termini di tempistica di prelievo, di consegna e di conservazione del campione biologico;

- - miglioramento dei tassi di adesione allo screening della popolazione target (persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni), attraverso l'intervento professionale del farmacista diretto a promuovere l'adesione e ad informare sulla corretta modalità di esecuzione del prelievo e di conservazione del campione, sulle modalità di comunicazione dei risultati e sull'eventuale percorso di approfondimento dei casi positivi.
- - miglioramento dei tassi di adesione allo screening della popolazione target (persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni), attraverso l'intervento professionale del farmacista diretto a promuovere l'adesione e ad informare sulla corretta modalità di esecuzione del prelievo e di conservazione del campione, sulle modalità di comunicazione dei risultati e sull'eventuale percorso di approfondimento dei casi positivi.

Per quanto riguarda il secondo livello dello screening coloretale, la maggiore criticità rilevata, che rappresenta anche uno dei maggiori determinanti della sua bassa estensione (inviti alla popolazione target), è la carenza di un numero adeguato di endoscopisti a livello regionale: ciò crea un gap organizzativo tra la capacità di offerta del primo livello, (invito attivo e ricerca del SOF) e la capacità di ricezione del secondo livello (coloscopie) e, di conseguenza, una bassa performance del primo livello (numero ridotto di inviti) e/o in un allungamento dell'intervallo di screening. L'obiettivo è quello di realizzare forme di collaborazione interaziendale (coinvolgimento delle aziende ospedaliere nel secondo livello del percorso di screening coloretale) tali da mobilitare tutte le risorse disponibili nel sistema sanitario regionale. Per rendere operativo questo obiettivo è necessario definire indirizzi uniformi, a livello regionale, per la regolazione dei rapporti di committenza tra ATS e Aziende ospedaliere per l'acquisizione delle prestazioni di pertinenza del secondo livello di screening (approfondimenti diagnostici in caso di positività al test).

Azioni

- stipulare accordi inter-aziendali, entro 31.12.2018
- garantire la piena operatività in tutti i territori dell'ATS dell'Accordo RAS – Federfarma per la partecipazione delle farmacie convenzionate al programma di screening colo-rettale, entro, entro il 31.12.2018.

Risultati programmati

- Definizione degli Indirizzi regionali per la regolazione dei rapporti di committenza tra ATS e Aziende ospedaliere per l'acquisizione di prestazioni di pertinenza del secondo livello di screening (approfondimenti diagnostici in caso di positività al test), entro il 31.11.2018.
- Miglioramento dell'efficacia del Programma di screening coloretale mediante il coinvolgimento progressivo di tutta la popolazione target (garantire la possibilità alla totalità della popolazione target di fruire concretamente e uniformemente del servizio in tutto il territorio regionale nel rispetto della tempistica e degli standard di qualità previsti).

Indicatori di risultato

Descrizione obiettivo	indicatore	Base line 2017	Obiettivo quantitativo intermedio al 31.12.2018	Obiettivo quantitativo intermedio al 31.12.2019	Obiettivo quantitativo al 31.12.2020
Incremento estensione inviti	Percentuale di persone (uomini e donne) di età 50-69 anni che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening per il tumore del colon retto sulla popolazione bersaglio annua	34,2	incremento rispetto al 2017	incremento rispetto al 2018	100

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico
- Direttore Generale dell'ATS

Intervento 12.3: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.

Le attività concernenti la prevenzione negli **ambienti di vita** si concentreranno prioritariamente su:

- attività di prevenzione dei rischi correlati all'inquinamento dell'ambiente indoor, mediante un apposito Gruppo di Lavoro intersettoriale (comprendente -oltre a rappresentanti degli Assessorati Regionali della Sanità, della Difesa dell'Ambiente, dell'Urbanistica e dei Dipartimenti di Prevenzione ASL e dell'ARPAS- anche rappresentanti dell'ANCI, del Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica dell'Università di Cagliari, degli Ordini Professionali degli Architetti, degli Ingegneri e dei Geologi);

- valutazione dei potenziali impatti -determinati da progetti, piani e programmi- sui fattori popolazione e salute umana;
- comunicazione del rischio ambientale per la salute.

Le attività inerenti alla prevenzione negli **ambienti di lavoro** si concentreranno in modo preminente su:

- attività di vigilanza finalizzata alla verifica dell'applicazione della legislazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, funzionale alla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, da condurre da parte degli Organi di cui all'art. 13 del D.Lgs 81/08 e ss.mm.ii. evitando doppi controlli e sovrapposizioni, ricercando l'efficacia dell'azione di controllo attraverso l'uso appropriato e bilanciato della deterrenza e dell'assistenza;
- procedure di controllo finalizzate a garantire omogeneità e trasparenza;
- Portale amianto web, per semplificare l'assolvimento degli adempimenti normativi in materia di bonifica amianto a carico delle imprese che, allo stesso tempo, rende immediatamente fruibili le informazioni di competenza agli Organi di Vigilanza dell'ATS e alla Regione Sardegna per un incremento di efficienza ed efficacia nello svolgimento dei propri compiti istituzionali;
- Piattaforma NPC-WEB per l'invio on-line alle notifiche preliminari cantieri di cui all'art. 99 del D.Lgs. 81/2008 con semplificazione dell'adempimento degli obblighi posti a carico di committenti/responsabili dei lavori, che consente anche la realizzazione di un'anagrafe aggiornata in tempo reale dei cantieri presenti sul territorio, rendendo immediatamente fruibili le informazioni agli organi di vigilanza territorialmente competenti e agli organismi paritetici, e assicurando l'archiviazione e la gestione secondo criteri di economia, completezza e razionalità.

Risultati programmati

- promozione di buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici per il miglioramento della qualità dell'aria indoor anche in relazione al rischio radon, mediante predisposizione (da parte dell'apposito Gruppo di Lavoro intersettoriale), adozione (con deliberazione della Giunta regionale) e divulgazione di Indirizzi in materia;
- diffusione, presso i Dipartimenti di Prevenzione dell'ATS, di metodologie e procedure da adottare nella valutazione dell'impatto sulla salute per le popolazioni esposte a potenziali effetti significativi ambientali determinati da progetti, piani e programmi, mediante prosecuzione del percorso formativo ed elaborazione di atti di indirizzo regionali in materia;
- sviluppo di conoscenze e competenze per comunicare il rischio ambientale per la salute in modo strutturato e sistematico, mediante prosecuzione delle attività formative in materia e predisposizione di linee di indirizzo regionali per la comunicazione del rischio, con il contributo tecnico dell'ATS-ASSL di Cagliari, capofila in materia di salute e ambiente, d'intesa con il Gruppo di Programmazione per il Programma P-8.2 "Supporto alle politiche ambientali" del Piano Regionale di Prevenzione e con la Rete Integrata comprendente referenti sanitari per le tematiche salute e ambiente e operatori dell'ARPAS, coordinata da detta ASSL;
- mantenimento degli standard di attività di vigilanza per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, fin qui raggiunti da parte dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPreSAL) dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ATS;
- applicazione, da parte degli SPreSAL dei Dipartimenti di Prevenzione dell'ATS, delle procedure di controllo orientate alle priorità e all'efficacia preventiva sostanziale e finalizzate a garantire, nel contempo, omogeneità e trasparenza, approvate come atti di indirizzo dal Comitato Regionale di Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro ex art. 7 D.Lgs. 81/2008 (al cui interno è garantita la partecipazione rappresentativa delle istituzioni e degli enti competenti in materia e quella delle parti sociali);
- semplificazione dell'assolvimento degli adempimenti normativi in materia di bonifica amianto a carico delle imprese mediante un efficace funzionamento del Portale amianto web;
- semplificazione dell'adempimento degli obblighi posti a carico di committenti/responsabili dei lavori (ai sensi dell'art. 99 del D.Lgs. 81/2008) riguardo alle notifiche preliminari cantieri, mediante l'efficace funzionamento della Piattaforma NPC-WEB per l'invio on-line di tali notifiche.

Indicatori di risultato

- Indirizzi in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon, per il miglioramento della qualità dell'aria indoor, da adottare con apposita deliberazione della Giunta Regionale e da divulgare entro il 2019 anche mediante pubblicazione sui siti internet dell'Amministrazione Regionale, dell'ATS, dell'ARPAS, dell'ANCI Sardegna, degli Ordini Professionali coinvolti;
- Atti di indirizzo regionali in materia di valutazione degli impatti di un progetto sui fattori popolazione e salute umana, da adottare entro il 2019 con deliberazione della Giunta regionale e da diffondere nei Dipartimenti di Prevenzione dell'ATS;
- linee di indirizzo regionali per la comunicazione del rischio ambientale per la salute, da predisporre sulla base del "Documento guida di comunicazione del rischio ambientale per la salute" redatto nell'ambito del Progetto CCM "EpiAmbNet" (a cui partecipa anche la Regione Sardegna mediante l'ATS-ASSL di Cagliari, capofila in materia di salute e ambiente) e da adottare entro il 2018 con apposita deliberazione della Giunta Regionale;
- percentuale di aziende controllate sul totale di "aziende con dipendenti ≥ 1 e imprese artigiane con artigiani ≥ 1 " maggiore del 5%;
- incremento applicazione delle procedure di controllo (approvate come atti di indirizzo dal Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/2008) rispetto all'anno 2017;
- incremento utilizzo del Portale amianto web rispetto all'anno 2017;
- incremento utilizzo della Piattaforma NPC-WEB rispetto all'anno 2017.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico;
- Direttore Generale dell'ATS

Programma 13: Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Il programma, secondo le linee di indirizzo ministeriali, deve realizzare i seguenti obiettivi:

- riorganizzazione e riqualificazione del “nodo” regionale;
- coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2015/2018;
- definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale;
- miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l'aggravio sui soggetti extraregionali;
- assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle AA.SS.LL., con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa;
- adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti, nonché implementazione di piano di formazione per le stesse, che investa tutti gli attori del controllo ufficiale, sul pacchetto igiene.

		2018
1	coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2015/2018;	0
2	definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale.	0
3	adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti.	0

		2018
	riorganizzazione e riqualificazione del “nodo” regionale.	0
1	coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2015/2018;	0
2	definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale.	0
	miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l'aggravio sui soggetti extraregionali.	0
3	assegnazione di obiettivi al Direttore Generale dell'ATS, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa .	0
4	adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti.	0

Intervento 13.1: Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale Integrato 2015-2018.

La programmazione delle attività di interesse veterinario e di sicurezza alimentare è coerente con gli indirizzi del Piano Nazionale Integrato **2015-2018**. Tutti i programmi di attività riconducibili all'area della sicurezza alimentare e veterinaria (dalla produzione primaria al consumo, compresi i programmi di sanità animale, il benessere animale, l'alimentazione animale, la farmacovigilanza veterinaria e le azioni di contrasto alle frodi alimentari) sono stati ricompresi nel Piano Regionale Integrato Controlli ufficiali (PRIC) con un periodo di programmazione che coincide con quello del PNI.

La Regione Sardegna, inserisce regolarmente le informazioni previste nella griglia predisposta dal Ministero della Salute per la redazione della relazione annuale.

Risultati programmati

- Valutazioni positive dell'FVO e del Ministero della Salute sull'Autorità Competente regionale e sulle ASSSL sottoposte ad audit.

Indicatori di risultato

- Rispetto delle scadenze previste nella griglia LEA e caricamento dei flussi informativi su NSIS, entro il 31/12;
- Da questi flussi discende la redazione della relazione nazionale annuale nei tempi indicati dal PNI 2011-2014.

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare.

Intervento 13.2: Definizione di un piano regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale.

Con deliberazione n. N. 18/15 DEL 21.4.2015, Piano Regionale Integrato dei Controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare 2015-2018. la Giunta Regionale ha definito gli orientamenti per il quadriennio 2015-2018, sulla base dei quali indirizzare, programmare e verificare, in attuazione delle indicazioni comunitarie e nazionali, le attività di sicurezza alimentare. Il Piano (PRIC) è allineato con il Piano Nazionale Integrato di Sicurezza Alimentare che fornisce gli obiettivi strategici per il quadriennio 2015-2018, approvato con intesa Stato regioni del, in data 18 dicembre 2014 (Repertorio Atti n. 177/CSR).

Risultati programmati

- Valutazioni positive dell'FVO e del Ministero della Salute sull'Autorità Competente regionale e sulle ASSSL sottoposte ad audit.

Indicatori di risultato

- Rispetto delle scadenze previste nella griglia LEA e caricamento dei flussi informativi su NSIS, entro il 31/12;

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare.

Intervento 13.3 : Adozione e attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti

Con Determinazione dirigenziale n. 252 del 22 marzo 2018 del Direttore del Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare è stato approvato il Programma annuale di Audit dell'Autorità competente regionale (ACR) sull'Autorità competente locale (ACL) ai sensi dell'art 4(6) del Reg. CE 882/2004 – anno 2018 che prevede l'effettuazione dei seguenti audit

TIPO DI AUDIT	ORGANIZZAZIONE OGGETTO DI AUDIT	CATENA DI PRODUZIONE	OBIETTIVI, CAMPO DI APPLICAZIONE E CRITERI
Settore	ATS Sardegna	Produzione, trasformazione e distribuzione delle carni suine	Salute degli animali - Peste suina africana
Settore	ATS Sardegna	Produzione, trasformazione e distribuzione delle carni di ungulati domestici	Protezione degli animali al macello
Settore	ATS Sardegna	Produzione, trasformazione e distribuzione degli alimenti	Micotossine negli alimenti
Settore	ATS Sardegna	Produzione, trasformazione, distribuzione e uso dei mangimi	Produzione, stoccaggio e somministrazione di mangimi per animali da reddito

Risultati programmati

- Raggiungimento degli obiettivi indicati nella Determinazione n. 252 del 22 marzo 2018

Indicatori di risultato

- Effettuazione e rendicontazione delle attività entro il 31/12.

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare.

Programma 14: Ridefinizione della Rete ospedaliera

La legge regionale del 17 novembre 2014 n. 23 ha dettato "Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale e modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n.10 del 2006 e n. 21 del 2012". Tale disposizione ha stabilito i criteri sulla base dei quali deve essere riorganizzato il SSR al fine di renderlo maggiormente rispondente alle esigenze dei cittadini razionalizzandone nel contempo il costo. Altre disposizioni normative intervengono in materia di definizione dell'assetto regionale dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria, sia di rango nazionale che regionale, ed in particolare:

- la Legge regionale del 24 luglio 2006 n. 10 "Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5";
- il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito in Legge 7 agosto 2012, n. 135 (c.d. *Spending review*) "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario", art. 15;
- la Legge Regionale 7 novembre 2012, n. 21 "Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria e modifica di disposizioni legislative sulla sanità";
- l'art. 16 del Decreto Legge 12 settembre 2014, n. 133 (c.d. Sblocca Italia), convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, Legge 11 novembre 2014, n. 164;

Inoltre, con Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 è stato approvato il Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Tale Regolamento, in attuazione delle disposizioni contenute nella Legge 7 agosto 2012, n.135, prevede che le regioni debbano adottare un provvedimento di programmazione teso a ricondurre la dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente utilizzati a carico del SSR, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (pl) per mille abitanti, di cui 0,7 per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie (Disposizione contenuta nell'art. 15 comma 13 lett. c) della Legge 135/2012) garantendo il progressivo adeguamento agli standard previsti nell'arco di un triennio.

Con riferimento al contesto regionale, con il Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008, approvato dal Consiglio regionale in data 19.01.2007, era stata definita la dotazione complessiva dei posti letto della rete ospedaliera regionale, successivamente annullata dal TAR Sardegna con sentenza n. 2201/2008.

Con Deliberazione della Giunta regionale n. 26/8 del 8 luglio 2014, "Disposizioni in materia di organizzazione della rete ospedaliera" è stato approvato in via definitiva il progetto di attivazione di un nuovo Presidio ospedaliero presso il territorio dell'ASL n. 2 di Olbia, previa acquisizione delle specifiche deroghe statali ai parametri nazionali circa il numero dei posti letto e il tetto di spesa per l'acquisto da erogatori privati di prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica. Al riguardo, con il Decreto Legge "Sblocca Italia", n. 133 del 12 settembre 2014, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, Legge 11 novembre 2014, n. 164, sono state dettate disposizioni particolari per la Regione Sardegna inerenti i parametri relativi al numero dei posti letto ed al tetto di spesa per l'acquisto da erogatori privati di prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica che consentono di pianificare il riordino della rete ospedaliera regionale nell'arco di un triennio e di spiegarne i propri effetti a regime dal 2018.

La legge regionale n. 21 del 07.11.2012, art. 4, comma 1, prevede che la ristrutturazione della rete ospedaliera regionale debba rispondere ai seguenti criteri:

- dotazione di posti letto non superiore a 3,7 per 1.000 abitanti, di cui 3 per acuti e 0,7 per riabilitazione e lungo degenza post acuzie;
- riduzione dei posti letto a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da diminuire;
- tasso di ospedalizzazione inferiore a 160 ricoveri per 1.000 abitanti di cui il 25% riferito a ricoveri diurni;
- tasso di utilizzazione di posti letto non inferiore al 75% in ragione annua; tale tasso è calcolato in proporzione al numero di giorni settimanali di funzionamento della struttura;

- istituzione di camere a pagamento e di spazi per l'esercizio della libera professione intramoenia per una quota di posti letto compresa tra il 5 e il 10%, non calcolata nell'indice di 3 per 1.000 abitanti posti letto per acuti;
- previsione, nel rispetto dei criteri stabiliti nelle lettere a), b), c), d) ed e) della partecipazione al sistema sanitario di strutture private, con la predisposizione a una parziale riconversione dei posti letto oggi esistenti in posti letto di riabilitazione e lungo degenza post acuzie.

A confronto con le altre regioni in Sardegna l'insieme dei ricoveri presenta una bassa complessità della casistica (ICM) e una scarsa efficienza di utilizzo degli ospedali (alta ICP). Il principale margine di miglioramento dell'appropriatezza è nella direzione di un aumento della complessità della casistica trattata, attraverso azioni di sistema in grado di spostare le cure a basso livello di intensità assistenziale verso la rete dei servizi territoriali.

Le attività di ricovero sono effettuate in 29 ospedali pubblici, con livelli di gestione spesso autonomi anche se all'interno della stessa ASL; ciò è causa di pericolose cadute nei livelli organizzativi minimi delle funzioni di base (prevalentemente nei piccoli ospedali), in altri casi di offerte ridondanti con perdite di efficienza produttiva.

La Sardegna presenta una posizione critica nel governo della domanda (tasso di ospedalizzazione, posti letto pro-capite, % ricoveri ordinari chirurgici e complessità della casistica) e nella performance in area chirurgica.

La mancata definizione delle funzioni assistenziali attribuite a ciascun ospedale ha portato alla autoreferenzialità dei centri e alla frammentazione dell'offerta ospedaliera, ovvero alla perdita della vocazione intensiva delle cure e alla generalizzazione dell'assistenza. La carenza di percorsi assistenziali condivisi tra gli specialisti ospedalieri e i medici di cure primarie determina un eccessivo ricorso all'ospedalizzazione. I malati cronici, ad esempio, ricorrono all'ospedale in assenza di forme organizzate di assistenza gestite dal distretto sociosanitario.

L'esigenza di razionalizzazione della rete ospedaliera nasce dall'analisi dei volumi di attività specifici per processi assistenziali omogenei e dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni. Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure. Per alcune prestazioni sono definite soglie minime di volumi di attività, al di sotto delle quali si possono avere minori livelli di qualità in termini di esiti di cura.

La Sardegna ha una degenza media standardizzata per case-mix (complessità della casistica trattata) pari a 6,93 giornate, superiore (+3%) rispetto alla degenza media italiana (6,75 giornate). In alcuni stabilimenti, il rapporto tra il valore di costo e di produzione del presidio ospedaliero (indice di efficienza produttiva) risulta particolarmente alto.

Quote significative di inefficienza sono riconducibili a modelli organizzativi centrati sulle strutture piuttosto che per livelli dipartimentali omogenei per intensità di cure; il numero di strutture complesse è più elevato (372 SC= 1 ogni 13 posti letto) rispetto allo standard (1 SC ogni 17,5), spesso a causa di duplicazioni di servizi o reparti omogenei.

La dispersione dei centri coinvolti nelle reti di cura è particolarmente evidente nell'area della chirurgia oncologica. Il mancato governo delle reti di cura produce inevitabilmente, oltre ai rischi di indebolire la qualità dell'assistenza ospedaliera, due principali effetti negativi:

- la frammentazione dell'attività operatoria in centri che documentano casistiche particolarmente limitate: 20,5% degli interventi per tumore maligno della mammella, 6,8% per il tumore del polmone, 34,3% per il tumore maligno del colon;
- il riferimento a centri extra-regione: 4,9% degli interventi per tumore maligno della mammella, 21,1% per il tumore del polmone, 5,2% per il tumore maligno del colon.

Gli effetti previsti dal piano di riordino della rete ospedaliera presuppongono il trasferimento di parte del personale sanitario nel *setting* territoriale, il contestuale miglioramento dell'efficienza organizzativa dei servizi territoriali, il pieno avvio del sistema di emergenza-urgenza regionale e la revisione degli standard assistenziali nel regime di degenza post-acuti.

Azione 14.1: Applicazione del provvedimento di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera

La Legge regionale n. 23 del 17 novembre 2014, all'art. 8, comma 3, prevede che le AA.SS.LL. organizzino, nell'ambito della programmazione e delle specifiche linee-guida regionali, uno o più ospedali di comunità, anche mediante la ristrutturazione della rete ospedaliera di cui all'articolo 4 della legge regionale 7 novembre 2012, n. 21, e la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti. L'articolo 9, comma 1, prevede altresì l'incorporazione nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari del Presidio Ospedaliero "SS. Annunziata", attualmente facente capo all'ASL n. 1 di Sassari ed in fase di transizione e l'incorporazione nell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" dei Presidi Ospedalieri "Microcitemico", "Oncologico e "Businco" effettuata a decorrere dal 01 luglio 2015. Sempre la stessa legge prevede all'articolo 9, comma 3, la costituzione in ciascuna delle AA.SS.LL. di un presidio ospedaliero unico di area omogenea, eventualmente ripartito in più stabilimenti, secondo la programmazione regionale, in cui dovranno essere garantite le specialità di base e le funzioni di specializzazione attribuite nell'ambito della rete ospedaliera regionale e della rete regionale delle emergenze.

In linea con le disposizioni soprarichiamate, con Deliberazione n. 38/12 del 28/07/2015 è stato approvato il programma di riorganizzazione della rete ospedaliera.

A seguito di detta Deliberazione è stata promossa una larga consultazione della Comunità regionale, secondo i principi stabiliti nell'articolo 12 e nei commi 5, 6 e 9 dell'articolo 1 della Legge regionale del 24 luglio 2006, n. 10. E' stata inoltre attivato un processo di partecipazione pubblica sulle scelte di riordino e di riqualificazione dell'assistenza ospedaliera, attraverso il progetto Sardegna ParteciPA.

Le proposte di modifica e integrazione della DGR 38/12, pervenute attraverso l'attivazione dei processi di partecipazione, sono state recepite con la Deliberazione 6/15 del 2.2.2016 contenente "Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna", che ai sensi dell'art 12 della citata Legge Regionale n. 10/2006 è stata trasmessa al Consiglio Regionale.

Nelle more dell'approvazione del documento di riorganizzazione della rete ospedaliera da parte del Consiglio, la Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 all'art. 1 ha disposto l'istituzione, a decorrere dal 1° gennaio 2017, dell'Azienda per la Tutela della Salute (ATS) coincidente con l'ambito territoriale della Sardegna. L'ATS dalla stessa data ha incorporato le otto ex AA.SS.LL. istituite con la L.R. 10/2006.

Nella seduta del 25 ottobre 2017 il Consiglio Regionale ha infine approvato il Documento "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna", pubblicato sul BURAS n. 58 - Parte I e II del 11/12/2017.

La nuova rete ha previsto un taglio di 64 strutture complesse, dalle 372 attuali a 308 e la costituzione di presidi unici di area omogenea, alcuni ripartiti in più stabilimenti, ed è così composta:

- 2 presidi unici pubblici di II livello (Area Nord/Ovest - AOU Sassari) – (Area Sud/Est - AO Brotzu – Presidio);
- 7 presidi unici pubblici di I livello (8 dal 2018) (Area Sud/Est ATS) - (Area Sud/Est AOU Cagliari) - (Area Sulcis Iglesiente ATS) (Area Medio Campidano ATS) - (Area Oristanese ATS) - (Area Nuorese ATS) - (Area Nord est – Gallura - ATS) ed infine dal 2018 (Area Nord/Ovest - ATS)
- 2 presidi pubblici nodi della rete ospedaliera regionale (Area Ogliastra) - (fino al 2018 Area Nord/Ovest - ATS);
- 11 ospedali privati con compiti complementari e di integrazione.

Tabella 14.1 – variazione dei PL vecchia/nuova rete

Tipologia	Numero PL programmati	Standard	PL / 1000 ab.	Standard	PL attuali	PL attuali
		DM 70		DM 70	Hsp 2016	Hsp 2017
Acuti	4.819	4.888	2,9	2,94	5.757	5.565
Post acuti	971	1.141	0,58	0,68	387	380
Totale	5.790	6.029	3,48	3,62	6.144	5.945

Tabella sinottica Obiettivi/Risultati attesi

Obiettivo	Principali Risultati attesi
Promuovere l'uso appropriato dell'ospedale	<ul style="list-style-type: none"> Trasferimento delle attività di ricovero in piattaforme di degenza post-acuti con un incremento dei posti letto per post-acuti (+165%) Riduzione del tasso di ospedalizzazione al valore di 160 per mille abitanti
	<ul style="list-style-type: none"> Riduzione dell'offerta di posti letto ospedalieri per acuti (-13,2%), utilizzati in modo non appropriato Miglioramento dei valori degli indici di complessità della casistica ospedaliera (ICM)
	<ul style="list-style-type: none"> Trasferimento di specifiche attività di ricovero programmato verso percorsi ambulatoriali organizzati
Classificare le strutture ospedaliere	<ul style="list-style-type: none"> Articolazione dell'offerta regionale pubblica in 11 Presidi Ospedalieri unici che operano in aree omogenee Classificazione dei presidi ospedalieri su tre livelli (base, di I livello, di II livello), in riferimento alle funzioni (sede di Pronto Soccorso, di DEA di I e di II livello) e delle specialità presenti
Definire le funzioni e le discipline dei presidi ospedalieri sulla base di standard minimi	<ul style="list-style-type: none"> Specializzazione dell'offerta ospedaliera in relazione alla funzione del ruolo svolto nella rete regionale e degli ambiti di popolazione serviti
Migliorare la continuità delle cure tra ospedale e territorio	<ul style="list-style-type: none"> Sperimentazione di aree di degenza con funzioni di ospedali di comunità e strutture intermedie come strumento di raccordo e integrazione ospedale-territorio Istituzione dei servizi di continuità assistenziale extra-ospedaliera
	<ul style="list-style-type: none"> Consolidamento di percorsi assistenziali integrati verso cui orientare il cittadino in cura per periodi di tempo medio-lunghi (malattie croniche)
Migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> Utilizzo del modello di ospedale aperto al cittadino
	<ul style="list-style-type: none"> Consolidamento del sistema di monitoraggio delle attività erogate, attraverso specifici indicatori
	<ul style="list-style-type: none"> Riduzione della mobilità passiva ospedaliera interregionale
Migliorare l'efficienza organizzativa dell'assistenza ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> Riconversione e riqualificazione di alcuni stabilimenti ospedalieri
	<ul style="list-style-type: none"> Accorpamento delle strutture omogenee e riduzione delle duplicazioni, con riduzione del numero di strutture complesse Riorganizzazione dell'assistenza sulla base di modelli dipartimentali e di piattaforme omogenee di erogazione dell'assistenza Riduzione della degenza media standardizzata
	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione delle reti assistenziali Hub e Spoke
Definire e governare le reti cure ospedaliere per le patologie complesse tempo-dipendenti	<ul style="list-style-type: none"> Riduzione delle duplicazioni inutili di servizi specialistici
	<ul style="list-style-type: none"> Sviluppo di un modello cooperativo secondo i diversi livelli di complessità attribuita
	<ul style="list-style-type: none"> Definizione di una metodologia per l'accreditamento delle reti specialistiche, in termini di competenze, di volumi e di esiti.
Valorizzazione delle tecnologie digitali	<ul style="list-style-type: none"> informatizzazione delle procedure e dei servizi, compresa la gestione dei rapporti con i pazienti e prestatori di assistenza (c.d. caregiver) informali per il monitoraggio e consulenza on-line.

Con il riordino della rete ospedaliera sono stati introdotti interventi di miglioramento qualitativo ed efficientamento del sistema ospedaliero pubblico.

L'azione presuppone:

- Il miglioramento dell'efficienza organizzativa dei servizi territoriali,
- la riduzione degli standard assistenziali nel regime di degenza post-acuti.
- la riconversione/ridefinizione del ruolo di alcuni piccoli ospedali;
- la revisione della rete regionale dei punti nascita, con disattivazione di 4 punti nascita pubblici;
- la riduzione di circa 14 mila ricoveri inappropriati in reparti per acuti e spostamento in reparti per post-acuti
- potenziamento UU.OO. post-acuti pubbliche;
- dismissione di alcune strutture ospedaliere non riconvertibili.

Risultati programmati

- Adozione degli obiettivi assistenziali e dei parametri di offerta della Rete ospedaliera regionale.
- realizzazione di una rete ospedaliera, articolata per differenti livelli di intensità assistenziale;

Indicatori di risultato

- Rispetto dei volumi minimi delle attività nei Presidi ospedalieri per le prestazioni indicate nel DM 70
- Miglioramento dell'appropriatezza organizzativa (riduzione del 20% dei ricoveri inappropriati rispetto al 2015)

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente del Servizio Promozione e governo delle reti di cura della Direzione Generale della Sanità.
- Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

Azione 14.2: reingegnerizzazione della rete trasfusionale

Per quanto riguarda la Medicina Trasfusionale il D.M. 2 aprile 2015 n. 70 che ha definito gli "standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, tesi a perseguire gli obiettivi assistenziali ed il miglioramento ed il miglioramento del S.S.N. secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona", all'art. 1 comma 5 lettera h) prevede che le Regioni assicurino forme di centralizzazione di livello sovra-aziendale per alcune attività caratterizzate da economia di scala e da diretto rapporto volumi/qualità dei servizi, tra le quali alcune specifiche linee di attività del sistema trasfusionale, come previsto dall'accordo stato-Regioni del 25 luglio 2012, recepito con la Deliberazione n. 63/43 del 25 novembre 2016.

A tal fine, con Deliberazione n. 2/14 del 16.01.2018, è stata approvata la "Definizione della rete Ospedaliera Regionale di Medicina Trasfusionale" secondo un modello di HUB e SPOKE con individuazione delle attività di routine che saranno svolte da tutti i centri trasfusionali e di quelle specifiche assegnate esclusivamente ai due HUB di Cagliari e di Sassari quali l'attività di validazione delle metodiche NAT, la qualificazione biologica e l'attività di lavorazione del sangue.

In particolare la predetta Deliberazione dispone che:

- l'AREUS, avvalendosi della SRC, proponga le modalità di organizzazione dei trasporti sulla base delle condizioni geomorfologiche della Sardegna, delle vie di comunicazione e delle strategie di raccolta del sangue;
- l'ATS reingegnerizzi le attività dei servizi trasfusionali in ragione dei nuovi compiti assegnati agli SPOKE, anche prevedendo il progressivo accentramento nei nodi della rete aziendale delle funzioni che dovranno transitare a regime negli HUB dell'Azienda Ospedaliera Brotzu e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari;
- i due HUB concordino con gli altri attori del Sistema l'implementazione della propria produzione.

Poiché la stessa Delibera stabilisce che al fine di coordinare le attività sopra descritte venga istituito un Tavolo Tecnico regionale per la programmazione e pianificazione delle attività, il medesimo è stato costituito con il Decreto n. 39 del 17.09.2018.

Attualmente il Sistema Trasfusionale regionale consta di 10 Servizi Trasfusionali, con le relative unità organizzative trasfusionali (UOT) e 3 unità di Raccolta (U.d.R.) gestite dall'AVIS Provinciale di Cagliari e di Sassari e dall'AVIS Comunale di Sassari.

L'eccessiva parcellizzazione dell'attività trasfusionale regionale non consente il raggiungimento di standard di qualità omogenei sia per ciò che concerne la lavorazione delle unità di sangue prodotte che la validazione sierologica delle unità di sangue. L'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012, recepito con Deliberazione n. 63/43 del 25 novembre 2016, raccomanda il perseguimento della concentrazione delle attività di lavorazione degli emocomponenti in strutture trasfusionali con volumi minimi di 40.000 donazioni di sangue intero/anno e per quanto riguarda il perseguimento delle attività di qualificazione biologica che le stesse si effettuino in strutture trasfusionali che eseguono la qualificazione biologica per almeno 70.000-100.000 donazioni all'anno.

Per quanto riguarda i trasporti altra criticità è rappresentata dalla presenza di zone disagiate e dalla scarsa viabilità.

Risultati programmati

- Reingegnerizzazione delle attività dei Servizi trasfusionali in ragione dei nuovi compiti assegnati agli SPOKE, anche prevedendo il progressivo accentramento dei nodi della rete aziendale delle funzioni che dovranno transitare a regime nei due HUB, attraverso l'ATS e il coinvolgimento dell'AREUS la quale avvalendosi della SRC ha il compito di proporre le modalità di organizzazione dei trasporti sulla base delle condizioni geomorfologiche della Sardegna, delle vie di comunicazione e delle strategie di raccolta del sangue, nonché di SardegnalT per quanto riguarda il completamento e consolidamento della rete trasfusionale della Sardegna.

Indicatori di risultato

- 2019 implementazione dei sistemi informativi e della rete di trasporto
- 2020 avvio e operatività di tutta la nuova rete

Responsabile del procedimento attuativo

- Dirigente del Servizio Promozione e governo delle reti di cura della Direzione Generale della Sanità
- Direttore Generale ATS
- Direttore Generale AREUS

Programma 15: Rete dell’Emergenza e Urgenza

Con la Legge Regionale 17 novembre 2014, n. 23, è stata disposta l’istituzione dell’Azienda regionale di emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile, con l’obiettivo di garantire, gestire e rendere omogeneo, nel territorio della Regione, il soccorso sanitario di emergenza-urgenza territoriale.

La legge regionale 27 luglio 2016, n. 17 di istituzione dell’Azienda per la tutela della salute (ATS) e recante disposizioni di adeguamento dell’assetto istituzionale e organizzativo del SSR, ha previsto l’istituzione dell’AREUS a decorrere dal 1 gennaio 2017 e che l’Azienda abbia sede legale a Nuoro. Con la presa di servizio del direttore generale a seguito della nomina espressa dalla Giunta regionale con la Delib. G.R. n. 49 /53 del 27 ottobre 2017, l’Azienda è stata formalmente costituita.

Occorre a questo punto assicurare la piena funzionalità dell’Azienda tramite l’approvazione della struttura organizzativa e dell’atto aziendale.

Nel contempo, l’aggiudicazione della gara per il servizio di elisoccorso consente la gestione delle emergenze sul territorio regionale e l’avvio delle reti per le patologie tempo dipendenti.

Azione 15.1: Potenziamento del Servizio elisoccorso su tre basi

Risultati programmati

- Riduzione dei tempi d’intervento e copertura intero territorio

Indicatori di risultato

- 2018 Attivazione servizio su 3 basi
- 2019 Monitoraggio interventi e funzionamento Servizio (numero trasposti primarie e secondari e tempi d’intervento)
- 2020 Monitoraggio interventi e funzionamento Servizio (numero trasposti primarie e secondari e tempi d’intervento)

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio programmazione e governo delle reti di cura della Direzione Generale della Sanità.
- Direttore Generale AREUS

Azione 15.2: Definizione e implementazione del Modello organizzativo Areus

Risultati programmati

- Messa a regime del modello

Indicatori di risultato

- 2019 Riorganizzazione postazioni MSA e di Base
- 2020 Monitoraggio interventi 118 e funzionamento Servizio (numero interventi e tempi d’intervento)

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del servizio programmazione e governo delle reti di cure
- Direttore AREUS

Risparmi annui attesi

2019 Euro 3.750.000

2020 Euro 1.750.000

Risparmio cumulato della Manovra nel Triennio (€)		
2018	2019	2020
-	3.750.000,00	5.500.000,00

I risparmi attesi sono legati all’entrata a regime del servizio di elisoccorso e conseguente disattivazione di due punti MSA nel 2019 e di una riorganizzazione dei punti MSB che verranno ridotti per un valore

economico pari al 10% della spesa sostenuta nel 2019 e di un ulteriore 10% per il 2020 (tali risparmi implicano riduzioni dei costi per l'acquisizione di servizi dalle associazioni di volontariato e cooperative 118).

Dei risparmi illustrati, una porzione pari a euro 2.000.000 è compensata da un pari incremento di costo per l'attivazione della terza base dell'elisoccorso.

Azione 15.3: Approvazione atto aziendale Areus

Risultati programmati

- Linee di indirizzo per l'atto aziendale di AREUS

Indicatori di risultato

- 2019 Adozione atto aziendale
- 2020 Monitoraggio su attuazione linee di indirizzo

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio programmazione e governo delle reti di cura della Direzione Generale della Sanità.
- Direttore Generale della Sanità.
- Direttore Generale AREUS.

Azione 15.4: Programma di riqualificazione personale EU

Risultati programmati

- Formazione e riqualificazione del personale Emergenza Urgenza.

Indicatori di risultato

- 2018 Pubblicazione bando
- 2019 Inizio formazione per almeno 30% partecipanti,
- 2020 Inizio formazione per almeno 60% partecipanti

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore Generale AREUS.

Azione 15.5: Reti tempo dipendenti (cardiologica, Stroke, Trauma)

Risultati programmati

- Definizione delle reti tempo dipendenti

Indicatori di risultato

- 2018 Avvio predisposizione piani rete
- 2019 Nomina coordinamenti regionali governo reti
- 2020 Operatività reti e monitoraggio con indicatori CSR 2018

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio programmazione e governo delle reti di cura della Direzione Generale della Sanità.
- Direttore Generale AREUS.

L'azione presuppone per il perseguimento il coinvolgimento attivo del Direttore Generale di AREUS.

Programma 16: Sanità penitenziaria

Azione 16.1: Attuazione delle linee guida del nuovo modello della sanità penitenziaria

Con il D. Lgs 18 luglio 2011, n. 140, e la deliberazione della giunta regionale n. 17/12 del 24.4.2012 sono stati dettati gli indirizzi per il trasferimento al servizio sanitario regionale delle competenze in materia di sanità penitenziaria. Già in precedenza, a decorrere dall'anno 2010, la Regione Sardegna aveva provveduto allo stanziamento di un apposito fondo regionale di 2.500.000,00 di euro per la copertura delle maggiori spese per il personale operante all'interno degli istituti penitenziari sostenute dal Ministero della Giustizia. A decorrere dal secondo semestre 2011 alla regione è stata trasferita una quota del fondo nazionale per la sanità penitenziaria, pari a circa 4.000.000,00 di euro annui, una fondamentale voce di spesa per garantire l'erogazione di prestazioni di carattere sanitario a favore della popolazione con una qualità dell'assistenza pari a quella del cittadino non detenuto.

Relativamente alla consistenza del fondo destinato alla Regione Sardegna occorre sottolineare come i criteri attualmente utilizzati per il riparto, basati sul numero di detenuti presenti (adulti e minori), nuovi ingressi e numero di istituti con popolazione detenuta inferiore alle 200 unità, non consentano di garantire i livelli minimi di assistenza all'interno degli istituti penitenziari isolani, nonostante la presenza di un fondo integrativo annuale regionale.

Con il D. Lgs 18 luglio 2011, n. 140, e la deliberazione della giunta regionale n. 17/12 del 24.4.2012 sono stati dettati gli indirizzi per il trasferimento al servizio sanitario regionale delle competenze in materia di sanità penitenziaria.

In attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 22.1.2015 è stata successivamente approvata la DGR n. 13/5 del 14 marzo 2017 che definisce la rete regionale della Sanità Penitenziaria e aggiorna le Linee Guida approvate con la DGR n. 17/12 del 24 aprile 2012. L'obiettivo è quello di ricondurre i costi ad un valore il più vicino possibile all'assegnazione statale.

Indicatore di processo:

- Applicazione della linee di indirizzo

Indicatori di risultato:

- entro dicembre 2018 – monitoraggio dei costi
- entro dicembre 2019 – monitoraggio dei costi
- entro dicembre 2020 – monitoraggio dei costi

Il Responsabile del procedimento attuativo:

- il Direttore del Servizio promozione e governo delle reti di cura della Direzione Generale della Sanità.

Tabella 16.1 – Cronoprogramma e indicatori delle cure primarie e territoriali

Area	Programma	Obiettivo/intervento	Azione	output	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di risultato 2018	Indicatore di risultato 2019	Indicatore di risultato 2020
	Cure primarie e reti territoriali	Riqualificazione della medicina specialistica ambulatoriale	Stipula Accordo Integrativo regionale	Realizzazione nuovo modello operativo cure territoriali	43617	Definizione della contrattazione		realizzazione del 30% del numero di AFT e UCCP	realizzazione del 60% del numero di AFT e UCCP
		Rete regionale della sanità penitenziaria	Attuazione delle linee guida del nuovo modello della sanità penitenziaria			Verifica applicazione linee di indirizzo	Monitoraggio dei costi	Monitoraggio dei costi	Monitoraggio dei costi
		Riqualificazione delle cure primarie	Stipula Accordo Integrativo regionale	Realizzazione nuovo modello operativo cure territoriali	43617	Definizione della contrattazione	Definizione della piattaforma di contrattazione	Entro il 30 giugno definizione con le OOSS Entro il 30 dicembre applicazione del 50% dell'accordo.	Applicazione dell'accordo a regime

Programma 17: Sicurezza e rischio clinico

E' stata introdotta l'applicazione degli strumenti di governo del rischio clinico nell'area chirurgica, in particolare con l'introduzione della SISPaC e con il monitoraggio annuale sul suo utilizzo (vd. tra gli obiettivi dei Direttori Generali per gli anni 2017 e 2018 l'indicatore: N. di strutture che compilano la SISPaC/N. di strutture che effettuano attività chirurgica*100)

Relativamente alla Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei Direttori Generali delle AS, oltre al punto precedente, già per l'annualità 2018, è stata inserita tra gli obiettivi, l'implementazione del Sistema Regionale per il Monitoraggio degli errori in sanità;

Nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione, è stata proposta la Delibera n. 34/11 del 3/7/2018 Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo del rischio di infezioni correlate all'assistenza (ICA) e lotta all'antimicrobico resistenza (AMR). Nel programma P-9.4 "Controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibiotico resistenza", dell' Azione P-9.4.5 è stata inserita l'azione "Estensione e miglioramento dell'adesione al programma di controllo delle ICA "igiene delle mani" rivolto agli operatori sanitari, che ha tra le principali attività quella di Formazione e addestramento degli operatori nel ruolo conduttori/facilitatori e osservatori delle pratiche di igiene delle mani. Obiettivi specifici in questo ambito sono stati attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, sia nel 2017 che nel 2018

Sono state definite e adottate con apposita deliberazione di GR le linee di indirizzo per la gestione dei sinistri derivanti dalla responsabilità sanitaria delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale Delib. GR n. 44/36 del 5 settembre 2018 in attuazione delle azioni previste nella Delib. GR n. 6/25 del 31/01/2017.

Per lo sviluppo del sistema integrato di gestione del rischio clinico nella donazione e trapianti d'organo coerente con il protocollo nazionale di ricerca CCM 2010, è stato istituito con Determina del Direttore Generale n. 82 del 03/02/2016, un gruppo di lavoro specifico. Il tavolo sta procedendo alla realizzazione di un report con le raccomandazioni operative per l'applicazione della gestione del rischio clinico nelle rete trapiantologica regionale. Nel corso del 2018 sono stati realizzati 4 audit ciascuno organizzato in 2 giornate (12/3/2018 - 7/6/2018) in cui si sono riuniti 4 gruppi di lavoro relativi a:

- procedure di anatomia patologica
- procedure chirurgiche di prelievo
- procedura di acquisizione da parte dei laboratori delle provette provenienti dalle rianimazioni sede di donazione
- procedure sull'osservazione neurologica

Intervento 17.1: Sicurezza e rischio clinico

Azione 17.1.1: diffusione di competenze, metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi

È stato definito il modello per la gestione degli eventi avversi attraverso la definizione di una rete di risk management, un percorso formativo per tutti i livelli della rete e un sistema di segnalazione e apprendimento degli errori totalmente informatizzato (Sistema Informativo Regionale per il Monitoraggio degli errori in Sanità, SIRMES) Delib. GR n. 40/27 del 7/8/2015 e n. 38/28 del 8/8/2017. Il SIRMES consente la gestione dell'evento avverso, sentinella o dei quasi eventi dal momento della segnalazione fino alla implementazione e monitoraggio delle azioni di miglioramento.

Il modello richiesto alle Aziende Sanitarie prevede l'istituzione della funzione di risk management a livello centrale e una rete di referenti e facilitatori diffusi in tutti i Presidi Ospedalieri, reparti, aree e servizi territoriali.

Azione

È stato definito un percorso formativo di accompagnamento alla funzione di gestione del rischio clinico per tutti i livelli della rete, il percorso sarà accreditato entro il primo trimestre del 2019.

Il percorso formativo e la presenza del SIRMES consentono una gestione complessiva del rischio clinico in tutti i livelli in cui vengono erogate le cure sanitarie.

Risultati programmati

Formazione operatori a differenti livelli organizzativi all'interno delle Aziende Sanitarie regionali

Indicatori di risultato

- Organizzazione di evento formativo a valenza regionale da parte di ATS Sardegna (entro il primo trimestre 2019)
- Partecipazione diffusa all'evento formativo da parte di operatori di tutte le Aziende Sanitarie regionali (entro il 31.12.2019)

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico,
- Direttori generali Aziende Sanitarie regionali

Azione 17.1.2 Monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella

Il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

Azione.

Nella regione Sardegna è stato attivato il SIRMES Sistema Informativo Regionale per il Monitoraggio degli errori in Sanità che consente l'alimentazione automatica del flusso informativo ministeriale SIMES e il monitoraggio costante degli eventi sentinella con l'implementazione della SCHEDA B che indica le azioni di miglioramento previste e il monitoraggio delle stesse.

Risultati programmati

Utilizzo diffuso del SIRMES presso tutte le Aziende Sanitarie regionali

Indicatore di risultato

- Rendicontazione attività attraverso SIRMES presso tutte le Aziende Sanitarie regionali (almeno 80% delle strutture sanitarie coinvolte al 31.12.2018), in incremento per gli anni a venire (almeno 90% nel 2020).

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico,
- Direttori generali Aziende Sanitarie regionali

Azione 17.1.3 Monitoraggio sistematico dell'uso della check list in Sala Operatoria

Le "Linee di indirizzo regionali per la sicurezza in chirurgia", allegate alla Delib. G.R. n.40/27 del 7/08/2015, hanno definito un percorso omogeneo per tutta la Regione sulla sicurezza degli interventi chirurgici, attraverso l'utilizzo della Scheda Integrata di Sicurezza del Paziente Chirurgico (SISPaC).

Il Tavolo Tecnico sulla sicurezza in chirurgia istituito con Delib. GR n. 8/8 del 24/02/2015, ha inoltre definito delle check list specialistiche in ambito oculistica, cardiologia interventistica e per il parto e una scheda per la conta delle garze da utilizzare in tutte le strutture chirurgiche della Regione adottate con Delib. GR n. 44/35 del 5/9/2018.

Azione.

È stato effettuato un percorso di formazione e affiancamento che ha accompagnato il progetto di implementazione della SISPaC nel quale sono emerse alcune difficoltà legate all'utilizzo di questi strumenti, soprattutto relative alla resistenza al cambiamento. Per questo motivo il tavolo ha approfondito la tematica dell'informatizzazione dell'uso della check list con l'utilizzo di strumenti appetibili dal punto di vista dell'usabilità come ad esempio una APP su tablet. viene effettuato un monitoraggio annuale sull'uso della SISPaC.

Risultati programmati

- Utilizzo della SISPaC in tutte le strutture chirurgiche della Sardegna
- Monitoraggio degli indicatori almeno una volta l'anno

Indicatore di risultato

- L' applicazione della SISPaC è stata già inserita tra gli obiettivi dei Direttori Generali per gli anni 2017 e 2018, ed è definita come: n. SISPAC compilate / n. interventi chirurgici eseguiti. L'obiettivo attuale (secondo semestre 2018) è almeno pari all'80%, in incremento per gli anni a venire (almeno 90% nel 2020).

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico,
- Direttori generali Aziende Sanitarie regionali

Azione 17.1.4 Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica

È stato istituito con determina n. 92 del 08/02/2016 un tavolo tecnico per la definizione di un percorso regionale per la preparazione degli antitumorali al fine di definire un percorso comune regionale che consenta la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici con un approccio multidisciplinare e multiprofessionale alla problematica.

Azione.

Il tavolo sta procedendo, dopo aver effettuato un benchmarking nazionale e regionale, alla verifica dei requisiti di accreditamento delle strutture regionali per definire un percorso comune ai pazienti in terapia con farmaci antineoplastici.

Risultati programmati

- Definizione standard sicurezza comune nelle strutture oncologiche regionali

Indicatore di risultato

- Proposta documento sulla sicurezza terapia oncologica ed eventuale sua integrazione nello standard superiore di accreditamento delle strutture oncologiche regionali (entro il 30.06.2019).

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico,

Azione 17.1.5 Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.

Oltre alla continuità delle attività già in corso, correlate agli obiettivi ai Direttori generali, in particolare sulla corretta igiene delle mani, è importante dare seguito ai contenuti della Delibera n. 34/11 del 3/7/2018 Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo del rischio di infezioni correlate all'assistenza (ICA) e lotta all'antimicrobico resistenza (AMR), anche attraverso la definizione delle Reti Regionali per le attività di lotta alle ICA.

Azione.

Individuazione delle reti regionali:

- - dei direttori sanitari;
- - degli infermieri osservatori igiene delle mani;
- - dei farmacisti;
- - dei microbiologi;
- - degli infettivologi.

Risultati programmati

Definizione delle reti, coinvolgendo tutte le AS e, all'interno dell'ATS, tutte le ASL.

Indicatore di risultato

- Proposta documento che identifichi le strutture di riferimento, i ruoli e, laddove indicato, i nominativi di riferimento per le azioni integrate sulla lotta alle ICA e antimicrobicoresistenza (entro il 31.06.2019).

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico,

Azione 17.1.6 Gestione dei sinistri e della responsabilità professionale

La Regione, ha avviato una politica di gestione del rischio clinico volta a migliorare la qualità dei servizi e delle cure erogate agli utenti con l'obiettivo di prevenire gli errori e migliorare la sicurezza del paziente. In tale contesto intende costruire un rapporto di massima fiducia tra le strutture del SSR e i propri assistiti favorendo, ove ne ricorrano i presupposti, le procedure finalizzate ad assicurare un equo ristoro del danno. L'intento è di assicurare, prioritariamente, un costante e stretto coordinamento tra la gestione del rischio clinico e quella dei sinistri onde garantire a tutti gli utenti un trattamento omogeneo in grado di offrire risposte concrete in termini di efficienza, trasparenza ed equità. Per questo intento è stato istituito il Tavolo tecnico per la Responsabilità sanitaria con DGR n. 38/10 del 28.07.2015. Il gruppo ha elaborato le linee di indirizzo per la definizione di un modello di gestione della responsabilità sanitaria nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale adottate con DGR 6/25 del 31/01/2017. Le linee di indirizzo hanno individuato le varie azioni in grado di assicurare un miglioramento del sistema stesso nell'ottica di promuovere la cultura della sicurezza e una efficiente gestione del sinistro.

Azione

Definizione delle linee di indirizzo per la gestione diretta del sinistro nell'ottica di assicurare una tempestiva risposta alle richieste del cittadino mediante l'adozione di una procedura di gestione unica per l'intero Servizio Sanitario Regionale. La suddetta procedura è stata adottata con Delib. GR n. 44/36 del 5 settembre 2018 "Linee di indirizzo per la gestione dei sinistri derivanti dalla responsabilità sanitaria delle Aziende del SSR".

Risultati programmati

Attuazione di un modello unico regionale, da parte delle Aziende del SSR, attraverso la gestione diretta del sinistro derivante da responsabilità sanitaria come da linee di indirizzo adottate con DGR 44/36 del 5 settembre 2018;

Indicatore di risultato

- Espletamento di una gara unica regionale per la copertura assicurativa della responsabilità civile RTC/O (2019);
- Attuazione dei percorsi formativi da parte delle Aziende del SSR e in particolare dei soggetti direttamente coinvolti nella gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità sanitaria (2019-2020);
- Attivazione del coordinamento a livello regionale al fine di assicurare monitorare l'andamento dei sinistri in ambito regionale, l'orientamento e la guida delle Aziende del SSR nella gestione dei sinistri nonché per l'adozione di pareri di approfondimento delle richieste risarcitorie (2019);

Responsabili del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico;
- Direttori Generali Aziende Sanitarie

Azione tematica 17.1.7 La sicurezza in sala parto, individuazione di una scheda per l'identificazione del rischio ostetrico

Con nota prot. n. 71/01 del 14/03/2018 è stato istituito il gruppo di lavoro regionale per la definizione di una scheda di valutazione del rischio ostetrico. Il gruppo multidisciplinare e multiprofessionale deve pervenire alla definizione di una scheda di valutazione del rischio ostetrico che in fase di accesso della mamma in ospedale costituisca il supporto nella definizione del percorso più adatto.

Azione

Completamento dell'attività che si sta svolgendo nell'ambito della sicurezza chirurgica in particolare con la redazione di una SISPAC per la sala parto che tra gli item prevede la valutazione del rischio ostetrico.

(incontri 26/06/2018 - 14/09/2016)

Risultati programmati

Definizione scheda di valutazione del rischio ostetrico;

Indicatore di risultato

proposta di atto deliberativo di GR, che porti alla adozione della scheda in tutte le Strutture di ostetricia della Regione (entro il 30.06.2019).

Responsabili del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico,

Azione 17.1.8 La gestione delle emergenze in Ostetricia, percorso formativo per i professionisti dei punti nascita

Nell'ambito delle attività di gestione del rischio clinico, sono stati effettuati diversi audit su eventi sentinella in ostetricia e ginecologia, al fine di individuare meccanismi di miglioramento per evitare il ripetersi degli eventi avversi. Contemporaneamente ha preso avvio il progetto "Sistema di Sorveglianza della mortalità materna" coordinato dell'Istituto Superiore di Sanità. All'interno di questi percorsi è emersa l'esigenza di fornire gli strumenti concettuali ed operativi per migliorare la sicurezza dell'assistenza erogata, minimizzare conseguentemente gli esiti neonatali e materni, aumentare la soddisfazione dell'utenza e degli operatori, riducendo peraltro l'impatto del contenzioso medico-legale correlato all'evento nascita.

Azione

Progettazione di percorsi formativi in grado di sviluppare e mantenere le competenze cliniche e preparare i team che operano nelle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia a gestire le situazioni di crisi in sala parto.

Risultati programmati

Organizzazione di eventi formativi sulla gestione delle emergenze in ostetricia (entro il 31.12.2018);

Indicatore di risultato

Partecipazione estensiva dei professionisti afferenti a differenti Aziende Sanitarie (entro il 30.06.2019).

Responsabili del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico,

Azione 17.1.9 Formazione e comunicazione ai cittadini

Nel 2016, traendo spunto dal progetto "Patients for patient safety", dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la regione Sardegna in collaborazione con la Regione Toscana e il laboratorio PartecipaSalute dell'Istituto Mario Negri di Milano, avvia un progetto di formazione rivolto per la prima volta a persone appartenenti ad associazioni di pazienti o di tutela.

L'obiettivo è quello di creare un gruppo di cittadini formati e quindi esperti in grado di partecipare al miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza sanitaria, portando il punto di vista del cittadino nei gruppi di lavoro istituzionali, e contribuendo alla definizione di interventi nell'ambito della formazione, della comunicazione e della valutazione.

Nel progetto sono state realizzate due edizioni (marzo/giugno 2016 e marzo/giugno 2017) del percorso formativo "Accademia del cittadino Sardegna" con la finalità di formare ai temi della salute e della sanità i rappresentanti di associazioni di cittadini e pazienti. Le associazioni che hanno partecipato alla prima e alla seconda edizione sono 37. Si tratta di associazioni molto rappresentative a livello regionale come l'Associazione di Trapianti d'Organo, Talassemici, Diabetici, Malattie Rare, Fibrosi Cistica, Sclerosi Multipla, Avis, Leucemie, Sla, Parkinson, Alzheimer ecc.

Il corso, residenziale, si è sviluppato in 3 sessioni di due giorni ciascuna, sviluppando molteplici temi riguardanti la sanità, in particolare ricerca epidemiologica/clinica, l'informazione e la comunicazione della salute, il problema degli eventi avversi e della sicurezza delle cure, il ruolo del cittadino nella valutazione della qualità e sicurezza del servizio sanitario. All'interno del percorso era previsto un project work finalizzato a coinvolgere i cittadini nella parte più pratica delle attività

Azione

La rete del cittadino *Tramas* è stata formalizzata con delibera di Giunta Regionale n. n.49/41 del 27/10/2017, che definisce i compiti della rete.

Risultati programmati

Coinvolgimento sistematico e formale della rete dei cittadini in percorsi di miglioramento della qualità dei servizi.

Indicatore di risultato

Definizione del progetto di Umanizzazione delle cure (Agenas) sulla rilevazione partecipata del set minimo di indicatori definiti in 2 specifiche check list (umanizzazione e modulo sicurezza) all'interno 15 stabilimenti ospedalieri individuati (entro il 31.12.2018).

Responsabile del procedimento attuativo

- Direttore del Servizio Promozione della salute e osservatorio epidemiologico

Programma 18: Cure primarie e Reti Territoriali

Il programma si compone dei seguenti interventi:

- intervento Cure Primarie
- intervento di promozione e tutela della salute mentale
- interventi di riqualificazione delle reti a carattere socio-assistenziale

Intervento 18.1: Tutela dei soggetti fragili

Azione 18.1.1: Cure Primarie e Domiciliari

E' stato recentemente approvato il modello regionale delle Cure Primarie. Le nuove risposte ai bisogni sono ricercate nell'organizzazione di un sistema sanitario che si pone l'obiettivo di mantenere le persone in condizione di benessere quanto più possibile, senza sprechi, con efficienza e con percorsi di cura e assistenza erogati nel proprio ambiente di vita e in maniera non frammentaria. I principi strategici della riqualificazione delle cure primarie sono:

- lo spostamento dei *setting* di cura e dei paradigmi dal "paziente acuto" a quello della "cronicità" e dall'ospedale al domicilio e, quindi, al territorio;
- l'approccio alla cronicità, inteso come presa in carico, dell'organizzazione della cura e dell'*empowerment* personale, organizzativo e comunitario, teso a riportare nei percorsi delle Cure Primarie buona parte di prestazioni, volumi d'attività e processi di cura da troppo tempo erogati in *setting* ospedalieri;
- lo spostamento dei luoghi di cura, dall'ospedale alle comunità locali e al proprio ambiente di vita, possibilmente al proprio domicilio o in luoghi di prossimità.

Gli obiettivi strategici del nuovo modello sono:

- migliorare l'approccio generale alla cronicità;
- stimolare processi di riattivazione dei territori sul versante della partecipazione;
- avviare cambiamenti sociali che spostino verso il territorio la visione della cura;
- stimolare sperimentazioni nel territorio sul *Chronic Care Model* e di medicina d'iniziativa.

Tra le criticità del sistema, emergono le seguenti:

- Il programma di riqualificazione della rete territoriale nel suo complesso richiede finanziamenti aggiuntivi; è necessario quindi intervenire con finanziamenti strutturali che possano consentire la piena maturazione delle cure primarie e delle risposte territoriali all'emergenza e urgenza. E' previsto di poter accedere a specifiche linee di finanziamento nell'ambito della programmazione 2014-2020 nell'ambito del FESR.
- Occorre prevedere negli accordi regionali idonee leve organizzative che favoriscano l'adesione alle politiche regionali dei medici di medicina generale.
- E' inoltre possibile individuare interventi di ristrutturazione organizzativa, come il riordino dei servizi di continuità assistenziale, che si ritiene possano liberare risorse (attualmente utilizzate con livelli di efficienza e di qualità insoddisfacenti) da reinvestire nel piano riqualificazione della stessa rete territoriale e di emergenza urgenza. Questi interventi devono essere attuati con il contestuale obiettivo di avviare e condurre un programma straordinario di riqualificazione delle competenze professionali degli operatori, di respiro regionale, che sia coerente con le nuove esigenze di programmazione.
- In Regione operano 1262 medici di famiglia e 2055 pediatri di libera scelta; il carico assistenziale è, per entrambe le figure professionali, inferiore alla media nazionale, probabilmente per ragioni di natura demografica (densità abitativa, dispersione dei centri abitativi nelle aree rurali). Su questo tema, l'anomalia della Sardegna è rappresentata dal numero dei medici titolari di guardia medica che eccede di oltre tre volte (61 medici per 100 mila abitanti) la media nazionale (20 per 100 mila); ciò spiega in parte come i medici di guardia medica prescrivono un numero di ricoveri quasi doppio rispetto alla media della nazione.
- Il processo di integrazione tra l'ospedale e il territorio deve superare importanti criticità, sia di tipo culturale che organizzativo; nel primo caso, occorre porre particolare attenzione sull'efficacia delle azioni di coinvolgimento degli operatori sanitari nel facilitare e coordinare la continuità dell'assistenza, per valorizzare gli strumenti comuni di cura, le tecnologie, le competenze e i percorsi organizzativi. Il secondo aspetto si riferisce all'esigenza di uniformare l'erogazione dei servizi di cure domiciliari integrate, di

dimissione protette, il funzionamento delle unità di valutazione territoriali e di ricercare l'integrazione con l'ospedale nella conduzione di questi programmi.

Risultati programmati

- L'orientamento dei servizi verso persone con bisogni complessi come gli anziani fragili o persone con malattie croniche, secondo i principi della **medicina d'iniziativa**. Occorre individuare il gruppo o i gruppi di malattie, registrate su registri di patologie, classificate secondo livelli di gravità di rischio e sfruttare al massimo le potenzialità offerte dalle tecnologie digitali.
- Accordo con i rappresentanti della MMG sui principi e sulle azioni del Piano.
- Sperimentazione di Team delle Cure Primarie (MMG - Medici di CA – PLS – Specialisti - Infermieri - Assistenti Sociali) i quali dovranno avere le **credenziali per ricoverare direttamente** i propri pazienti presi in carico in posti letto extra-ospedalieri dedicati (Strutture intermedie - Ospedali di Comunità); i Team organizzati devono poter avere la **delega a gestire per i propri pazienti** non solo il budget sanitario ma anche quello sociale, garantendo così una vera integrazione sociosanitaria.
- Elaborazione di una proposta di DGR relativa all'Asse Prioritario VII, "Promozione dell'inclusione sociale, lotta alla povertà e ad ogni forma di discriminazione", che individua le azioni e i finanziamenti per la riorganizzazione e il potenziamento dei servizi territoriali sociosanitari, di assistenza primaria e sanitari non ospedalieri [poliambulatori, presidi di salute territoriale, nuove tecnologie, rete consultoriale, strutture residenziali e a ciclo diurno extra ospedaliero], compresa l'implementazione di nuove tecnologie per la telemedicina, la riorganizzazione della rete del welfare d'accesso e lo sviluppo di reti tra servizi e risorse del territorio per favorire la non istituzionalizzazione della cura.
- Predisposizione di un provvedimento di riordino delle cure primarie che preveda la progressiva riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale, coerente al modello regionale dell'assistenza regionale. Le risorse recuperate saranno re-investite all'interno del Piano per il perseguimento degli obiettivi specifici.

Azione 18.1.2: Promozione e tutela della salute mentale

Con il supporto della Commissione Regionale per la Salute mentale, istituita con Decreto dell'Assessore alla Sanità, sulla base di uno specifico atto di indirizzo della Giunta Regionale (DGR 19/23 del 27.5.2014), si sono individuati gli ambiti di intervento prioritari e avviate le azioni conseguenti. Successivamente, con la DGR 53/8 del 29.12.2014, si è proceduto alla definizione delle tipologie di struttura, del numero di posti letto e delle capacità operative autorizzabili ed accreditabili, recependo:

- il "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" (PANSM), approvato in sede di Conferenza Stato- Regioni, in data 24.1.2013 (Rep. Atto n. 4) che sottolinea, tra l'altro, la necessità di superare la logica di intervento "per singole prestazioni", per arrivare ad un sistema in cui i livelli essenziali di assistenza (LEA) siano garantiti e misurati in relazione a "percorsi di presa in carico e cura esigibili";
- gli indirizzi su "Le strutture residenziali psichiatriche", approvati dalla Conferenza Unificata (CU) il 17.10.2013 (Rep. Atto n. 116) che, muovendo dalla inadeguatezza delle indicazioni normative di riferimento nazionale per la residenzialità psichiatrica e dall'eterogeneità negli assetti normativi regionali, ha fornito indicazioni sulle tipologie di strutture (diversificate per intensità degli interventi terapeutico-riabilitativi e assistenziali), relativamente all'assetto organizzativo delle stesse, sui piani di trattamento, sull'accreditamento e sulle modalità del monitoraggio;
- gli indirizzi sugli "Interventi residenziali e semiresidenziali terapeutico-riabilitativi per i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza", approvati dalla CU in data 13.11.2014 (Rep. Atto n. 138), che affrontano il problema della grave carenza di strutture residenziali per i minori con disturbi psichiatrici, indicando i principi generali che regolano gli interventi residenziali per l'età evolutiva, l'assetto organizzativo delle strutture, le modalità di invio degli utenti, le tipologie di percorsi di cura, il monitoraggio degli interventi.

Stante la portata dell'innovazione introdotta dal provvedimento sopra citato e la necessità di un graduale adattamento del sistema, la programmazione del settore della Salute mentale è stata rivisitata con la DGR n. 66/22 del 23.12.2015, parzialmente aggiornata con la DGR n. 25/31 del 22.05.2018.

Il sistema, tuttavia, necessita di ulteriori interventi che declinino sul versante operativo la trasformazione del sistema verso quanto deliberato nel 2014. In particolare, si rende necessario adeguare il sistema degli accreditamenti ed il relativo sistema tariffario, nonché il completamento dell'offerta dei servizi con l'istituzione dei percorsi integrati socio assistenziali (SRP3).

Per quanto attiene alla tematica del superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, diversi sono stati i provvedimenti regionali che hanno dato corso alla normativa nazionale del settore.

Con DGR n. 9/21 del 10.03.2015, "Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari in attuazione della legge n. 9/2012, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri", si è approvato il "Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari", prevedendo la realizzazione di una serie di azioni, con il coinvolgimento dei diversi attori del sistema interessati agli interventi per la salute mentale in ambito giudiziario, che includono l'adozione di percorsi di cura e presa in carico dei cittadini reclusi in Ospedali psichiatrici giudiziari, la realizzazione di una struttura di cura per autori di reato (ad oggi pienamente operativa) e, più in generale, la definizione di una rete inter-istituzioni necessaria a prevenirne l'internamento sine die.

Con DGR n. 30/21 del 20.6.2017 è stata disposta la riconversione della Struttura Residenziale Psichiatrica per gli Adulti per trattamenti a carattere Intensivo (SRPAI) - modulo Residenziale per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), sita nel Comune di Capoterra, da temporanea a definitiva; con DGR n. 65/12 del 22/12/2015 è stato definito il sistema tariffario per questa tipologia di struttura.

Con DGR n. 26/5 del 24.05.2018 il programma operativo sopra descritto è stato affiancato da un Programma regionale per la riqualificazione delle strutture sanitarie extra-ospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Con DGR n. 50/19 del 16.10.2015, "Finanziamento di Progetti di intervento socio riabilitativo a favore di persone con disturbo mentale. L.R. n. 15/1992 e Fondo nazionale politiche sociali 2015. Euro 700.000", si è definita l'attivazione di percorsi di emancipazione e inclusione sociale finalizzati al reinserimento delle persone con problemi di salute mentale e alla loro permanenza nel contesto di appartenenza, attraverso progetti riabilitativo-abilitativi che si svolgono all'interno delle tre sfere di vita - "casa/habitat-sociale", "affettività/socialità" e "formazione/lavoro" - e che contribuiscono alla prevenzione delle diverse forme di istituzionalizzazione.

Infine, con la DGR n. 30/21 del 16.6.2015, "Adozione Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018", si è individuata, quale azione preventiva strategica per l'ambito della salute mentale, l'identificazione dei soggetti a rischio di disagio mentale e la loro presa in carico sistemica in età precoce, in modo da permettere un miglioramento della prognosi di gravi disturbi psicopatologici in termini di riduzione del carico sintomatologico e riduzione della disabilità globale.

Risultati programmati

- Riqualificazione del sistema della salute mentale attraverso la revisione dei requisiti di accreditamento per le strutture psichiatriche residenziali e semiresidenziali e relativo nuovo sistema tariffario per il settore.
- Integrazione dell'offerta esistente di servizi residenziali con l'istituzione delle strutture integrate per gli utenti che richiedono interventi sanitari di bassa intensità abbinati ad interventi sociali di media ed alta intensità (SPR3).
- Promozione di una forte integrazione delle risposte fra servizi rivolti all'età evolutiva e servizi rivolti all'età adulta (unità operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, Consultori Familiari, Centri di Salute Mentale, Servizi per le Dipendenze) in modo da poter offrire interventi coordinati che riguardano l'intero arco di vita e ridurre duplicazioni e incoerenze;
- Potenziamento dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza attraverso la revisione della rete regionale di assistenza, un'attenta politica del personale volta al riequilibrio delle risorse professionali dedicate e la ridefinizione degli standard assistenziali e delle priorità, in modo da consentire il contenimento delle liste d'attesa per disturbi psichiatrici a esordio precoce e scongiurare l'evoluitività, contenendo al contempo il ricorso inappropriato e sine die a servizi di riabilitazione e strutture residenziali;
- Definizione delle reti regionali per patologie, in particolare per lo spettro autistico, i disturbi della condotta e i disturbi dell'alimentazione, i disturbi specifici dell'apprendimento, che si sviluppano prevalentemente in età evolutiva e possono richiedere interventi nell'arco della vita, con l'impiego di risorse multi professionali in capo a servizi diversi (Neuropsichiatria dell'infanzia e Adolescenza, Servizi di riabilitazione, Consultori Familiari, Centri di Salute mentali adulti, Servizi per le dipendenze).

Indicatori di risultato

- Nuovo sistema tariffario nel settore della salute mentale con annessa ripartizione dei costi fra ambito sanitario e sociale.

- Istituzione di un sistema per le strutture sociosanitarie integrate (SRPE) individuate con DGR 53/8 del 29.12.2014, relativamente a: criteri per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento, definizione della programmazione regionale.
- Potenziamento del sistema informativo utile alla programmazione, monitoraggio e valutazione dei servizi e degli interventi in materia di salute mentale.
- Superamento della logica di intervento per singole prestazioni, con il recepimento del documento "Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità" approvato dalla CU il 13.11.2014 (Rep. Atti n. 137) e la declinazione in ambito regionale di "percorsi di presa in carico e cura esigibili". In particolare, è necessario procedere con l'individuazione di tipologie di percorso diversificate per finalità e componenti dell'intervento, nonché con la loro identificazione formale ai fini dei processi autorizzativi e di accreditamento, in modo da poter offrire all'utenza interventi alternativi, tanto appropriati quanto economici, in ambiti di interesse sociale e sanitario che a tutt'oggi si risolvono con il frequente invio in strutture residenziali.

Responsabile del procedimento

- Direttore Servizio Programmazione e governo delle reti di cura della Direzione Generale della Sanità.
- Direttore Servizio Qualità e governo clinico della Direzione Generale della Sanità.

Azione 18.1.3: riqualificazione delle reti a carattere socio-assistenziale

La Sardegna dispone di una rete di strutture residenziali numericamente consistente in relazione alla domanda e con una presenza di una pluralità di tipologie residenziali differenziate in relazione alle esigenze di ospitalità e di cura presenti nel territorio regionale. Il numero di posti letto residenziali rapportato alla popolazione è al di sotto della media nazionale, e, in parte, è determinato da una domanda di inserimento in strutture residenziali significativamente inferiore a quella presente in altre regioni italiane.

L'indagine annuale dell'Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari rileva nell'anno 2012 (ultimo dato disponibile) che le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie sono 262 con 7.435 posti letto. Le strutture che svolgono funzioni socio-sanitarie sono in Sardegna il 60,6% contro una media nazionale del 75,1%. Ben il 25% di queste assicurano prevalentemente accoglienza abitativa, contro il 13,4% a livello nazionale, solo il 14,3% delle strutture, invece, (il 23,1% a livello nazionale) eroga un livello di assistenza sanitaria alto. Le strutture che assicurano un livello alto di assistenza sanitaria sono prevalentemente RSA, comunità socio-sanitarie per pazienti clinicamente non stabilizzati con disabilità gravi o con disturbo mentale.

Nella rete dei servizi residenziali emergono criticità molto rilevanti rispetto ai livelli di appropriatezza degli inserimenti, alla tipologia di residenzialità prevalente e alla differenziazione dei livelli di assistenza sanitaria erogati. La maggioranza delle strutture svolge una prevalente funzione di accoglienza abitativa e tutelare (servizi leggeri di osservazione e cura, interventi specifici di accompagnamento e aiuto nello svolgimento di attività quotidiane, attività di socializzazione) a favore di soggetti con una buona condizione di autosufficienza. Le strutture residenziali con un livello di assistenza sanitario alto sono un numero limitato. I centri diurni che erogano prestazioni sanitarie programmate sono un numero molto limitato.

Nella rete delle strutture residenziali è insoddisfacente la presenza di strutture intermedie fra le strutture a prevalenza accoglienza abitativa e le strutture socio-sanitarie (le Comunità integrate). Questa carenza determina sovrapposizioni rilevanti nell'attribuzione di funzioni e vuoti assistenziali rispetto a specifiche domande di intervento. Le Rsa ospitano pazienti con profili assistenziali molto differenziati che richiedono livelli di intensità prevalentemente medi (43% dei casi). È molto rilevante, comunque, la presenza di pazienti con profili assistenziali che richiedono livelli di intensità bassa (27% dei casi) e necessitano di tempi di degenza molto lunghi. Le Comunità integrate per le quali la normativa vigente prevede l'erogazione di un livello di intensità sanitario basso sono numericamente carenti, ma soprattutto presentano standard organizzativi e di personale in larga misura non adeguati per ospitare pazienti con problematiche sanitarie stabilizzate, ma comunque complesse.

Questa articolazione storica dell'offerta crea criticità molto rilevanti e favorisce:

- una domanda di prestazioni sanitarie residenziali ad alta intensità non appropriata rispetto alle condizioni reali di non autosufficienza dei richiedenti. Tale domanda si indirizza verso le RSA e altre strutture socio-sanitarie per l'assenza di tipologie di strutture più appropriate;

- un ricorso all'inserimento di anziani in condizione grave di non autosufficienza in strutture residenziali con livelli di assistenza sanitaria assenti o bassi e standard organizzativi non adeguati rispetto alla tipologia di utenteospitato.

Al fine di affrontare queste criticità, con la DGR n. 22/24 del 3.05.2017 si è provveduto ad adeguare le disposizioni vigenti relativamente alle tipologie di utenza e i livelli di assistenza sanitaria delle strutture residenziali, coerentemente con i contenuti del progetto ministeriale denominato "Mattone 12", di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10.12.2003 e al DPCM sui LEA del 12 gennaio 2017. In particolare, il provvedimento ha modificato e integrato i requisiti minimi organizzativi necessari per l'ottenimento dell'accreditamento istituzionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali e dei Centri diurni integrati, aggiornato le linee di indirizzo in materia, aggiornato il relativo sistema tariffario. L'aggiornamento del sistema tariffario ha portato all'abbassamento delle tariffe, grazie al quale si manterrà la spesa invariata a fronte di un aumento della produzione.

Limitatamente ai Centri diurni integrati, inoltre, si è provveduto a deliberarne la programmazione regionale con DGR n. 38/27 del 8.8.2017.

A fronte delle criticità sopra descritte, e ad integrazione delle recenti azioni di miglioramento del sistema, di cui alla su citata DGR n. 22/24 del 3.05.2017, si rende necessario di:

- rivedere la programmazione complessiva delle RSA e degli Hospice al fine di renderla più aderente al bisogno assistenziale rilevato sul territorio regionale.
- definire le modalità di integrazione socio-sanitaria nelle residenze integrate (Decreto del Presidente della Regione 22 luglio 2008, n. 4 Regolamento di attuazione dell'art. 43 della L.R. 23 dicembre 2005 n. 23;
- promuovere la costituzione di centri diurni che erogano prestazioni sanitarie programmate.

Risultati programmati

- Adeguamento dell'offerta nell'ambito delle RSA e degli Hospice ai bisogni emergenti sul territorio
- Maggiore integrazione tra l'offerta dei servizi sanitari e dei servizi sociali, sia residenziali che semi residenziali

Indicatori di risultato

- Nuova programmazione regionale per le RSA e gli Hospice
- Nuove modalità di integrazione tra l'offerta dei servizi sanitari e dei servizi sociali

Responsabile del procedimento

- Direttore Servizio Programmazione e governo delle reti di cura della Direzione Generale della Sanità.
- Direttore Servizio Qualità e governo clinico della Direzione Generale della Sanità.

Intervento 18.2: Cure primarie

L'operatività delle azioni di quest'area risulta legata all'approvazione dell'ACN nazionale (07/08/2018) che favorisce il re-inquadramento del personale convenzionato e la contestuale attivazione delle case della salute quali presidi territoriali di base destinati ad una migliore gestione delle patologie croniche, favorendo la deospedalizzazione e la riduzione dell'inappropriatezza nel ricorso all'ospedale per malattie croniche (*chronic care model*). Il percorso previsto dovrebbe portare:

- ad una attivazione delle case della salute con personale gestito secondo lo schema contrattuale del nuovo ACN;
- ad una conseguente immediata riorganizzazione della continuità assistenziale.

Azione 18.2.1: Stipula Accordo integrativo regionale – specialistica ambulatoriale

Con la DGR 35/24 del 18 luglio 2017 è stato approvato l'atto di programmazione per l'istituzione delle nuove forme organizzative dei medici specialisti ambulatoriali interni, dei veterinari, e delle altre professionalità sanitarie (biologi - chimici e psicologi) in rapporto di convenzione con il SSR ai sensi dell'art. 4, comma 2, dell'Accordo Collettivo Nazionale approvato in data 17 dicembre 2015.

In attuazione di tale deliberazione l'ATS ha approvato con delibera aziendale n. 1208 del 1° dicembre 2017 l'atto di programmazione ATS per l'istituzione delle nuove forme organizzative dei medici specialisti ambulatoriali interni.

Indicatore di processo:

- definizione contrattazione regionale entro il 30 giugno 2019

Indicatori di risultato:

- **entro dicembre 2019** – realizzazione del 30% del numero di AFT e UCCP
- **entro dicembre 2020** – realizzazione del 60% del numero di AFT e UCCP

Il Responsabile del procedimento attuativo

- il Direttore del Servizio promozione e governo delle reti di cura della Direzione Generale della Sanità.

■

Azione 18.2.2: Stipula Accordo Integrativo regionale - Riqualficazione delle cure primarie

Gli obiettivi strategici generali della riqualficazione delle cure primarie sono:

- organizzare l'approccio sistematico alla cronicità, attraverso la presa in carico delle persone in forma multidisciplinare da parte di team multi professionali, che orienti l'assistito verso la formula del "paziente esperto" o almeno "competente". Il ruolo delle organizzazioni sanitarie è quello di stabilire solidi collegamenti con la comunità e i luoghi di aggregazione e di cura per i pazienti con patologie complesse;
- favorire un cambiamento culturale e sociale nell'approccio alla cura che sposti verso il territorio la visione della stessa attualmente ospedalocentrica. Tale cambiamento avverrà attraverso la costruzione di modelli specifici di organizzazione riconoscibili dai cittadini e dalle realtà locali;
- rendere capace l'assistenza territoriale di una presa in carico della persona nella sua globalità, stimolando processi di riattivazione dei territori sul versante della partecipazione al fine di rendere le cure primarie l'espressione di risposte ai bisogni specifici del territorio, calandole nelle realtà locali attraverso sperimentazioni del modello proposto;
- promuovere la sostenibilità economica e sociale della sanità migliorandola con formule di autogestione, e favorire la gestione della cronicità in maniera prioritaria come processo di cura e assistenza allocando nel territorio risorse e innovazione.

Gli obiettivi specifici territoriali saranno esplicitati da parte della Regione Sardegna nell'ambito di una programmazione strategica, finalizzandoli a declinare i precedenti obiettivi generali e specifici regionali nelle singole realtà locali rappresentate dalle ASSL e dai Distretti Sociosanitari al fine di poter ottenere i seguenti risultati avviando:

- la riforma dell'assistenza territoriale nelle sue declinazioni specifiche riguardanti le cure primarie;
- le attività delle strutture territoriali di seguito indicate, organizzate per funzioni e percorsi assistenziali;
- la sperimentazione del Chronic Care Model e della Medicina d'Iniziativa.

La legge regionale n. 23 del 17 novembre 2014 all'art.1 ha avviato il processo di riforma del sistema sanitario regionale prevedendo tra i vari obiettivi la riorganizzazione della rete territoriale di assistenza e della medicina del territorio.

I nuovi assetti organizzativi AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le UCCP (Unità Complesse di Cure primarie) previsti dalla L. 189/2012 sono funzionali al modello di cure primarie perché integrano sia forme organizzative multi professionali sia mono professionale regolando così l'organizzazione più complessiva delle attività e dei servizi distrettuali.

Con la DGR n. 11/5 del 01/03/2016 "Sistema Regionale delle Cure Territoriali - Linee di indirizzo per la riqualficazione delle cure primarie - Approvazione definitiva" sono state approvate le linee di indirizzo definitive per la riqualficazione delle Cure Primarie.

In attuazione della suddetta è stata predisposta una proposta di un nuovo modello di cure primarie che riorganizza l'intero assetto regionale e che necessita di essere condivisa con le OOSS.

Ad oggi non è stato completato l'iter per la sottoscrizione dell'ACN della medicina generale e pertanto non è stato possibile procedere all'approvazione di un atto di programmazione unitario.

L'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, reso esecutivo con l'intesa CSR del 17 dicembre 2015, prevede all'articolo 4, comma 3, invece ha permesso di approvare con Dgr n. 35/24 del 18.7.2017 un "*Atto di programmazione per l'istituzione delle nuove forme organizzative dei medici specialisti ambulatoriali interni*, dei veterinari, e delle altre professionalità sanitarie (biologi, chimici e psicologi) in rapporto di convenzione con il SSR ai sensi dell'art.4, comma 2, dell'Accordo Collettivo Nazionale approvato in data 17 dicembre 2015."

Alla suddetta ha fatto seguito la Delibera ATS n. 1208 del 01.12.2017 - Dgr n.35/24 del 18.07.2017 "*Atto di Programmazione ATS per l'istituzione delle nuove forme organizzative dei medici specialisti ambulatoriali interni*".

Il nuovo modello di Cure Primarie si fonda necessariamente su un'architettura a rete diffusa che non può prescindere dallo sviluppo dell'informatizzazione del sistema per consentire l'interrelazione tra professionisti e tra questi ed i nodi della rete integrata dei servizi socio sanitari del distretto e dei servizi sanitari ospedalieri, così da favorire il massimo livello di integrazione e condivisione delle informazioni.

Tra le criticità vi è il ritardo nella sottoscrizione dell'ACN della Medicina Generale che non permette di procedere all'approvazione di un atto di programmazione unitario volto ad istituire le nuove forme organizzative (AFT - Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP - Unità Complessa di Cure Primarie), fondamentali ai fini di garantire un primo potenziamento dell'assistenza territoriale, funzionale anche al compimento del processo di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna.

Indicatore di processo:

- definizione contrattazione regionale entro il 2019

Indicatori di risultato:

- **entro dicembre 2020** – realizzazione del 40% del numero di AFT e UCCP

Il Responsabile del procedimento attuativo

- il Direttore del Servizio promozione e governo delle reti di cura della Direzione Generale della Sanità.
-

