

Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77.

SOMMARIO

Dati di contesto	2
Assistenza sanitaria di base	4
Modello organizzativo	7
Cure domiciliari	9
Modello organizzativo	9
Analisi flussi informativi.....	11
Rete di cure palliative e terapia del dolore	12
Rete Cure Palliative	12
Consultori.....	14
Residenze SANITARIE ASSISTENZIALI	14
PNRR e DM 77	15
La programmazione socio-sanitaria. Il percorso di presa in carico del paziente e la cronicità	15
La presa in carico	17
La Cronicità.....	20
Il nuovo ruolo del Distretto socio-sanitario.....	21
Assistenza distrettuale socio-sanitaria	23
Punto unico di accesso e Unità di valutazione territoriale	24
Organizzazione del DISTRETTO	27
Le Case della comunità	28
Le Centrali operative territoriali.....	32
Ospedali di comunità	34
Unità di continuità assistenziale	35
Assistenza delle Cure primarie.....	36
Cure domiciliari integrate e Cure palliative domiciliari.....	38
Centri residenziali per le cure palliative - Hospice.....	39
Consultori Familiari - Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie	40
Centrale Operativa 116117	41
Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale e Centri Diurni Integrati.....	42
La Salute Mentale e l'integrazione socio-sanitaria	44
Strumenti a supporto della Rete socio-sanitaria territoriale.....	49
Telemedicina	49
Fascicolo Sanitario Elettronico	51
Sistema informativo delle cure primarie	53
Cartella Clinica territoriale informatizzata	53
Coperture complessive a livello regionale delle strutture territoriali.....	54

Case della Comunità	55
Centrali Operative Territoriali.....	56
Ospedali di Comunità	57
Il fabbisogno di personale per il funzionamento dei servizi	58
Sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività'	61
Sintesi delle azioni	61
Cronoprogramma delle attività	69
Eventuali criticità e fattori ostacolanti all'attuazione della riforma	69
Modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione	69
Definizione del responsabile regionale del monitoraggio dell'attuazione di quanto programmato.	69
Individuazione degli Indicatori	69
Descrizione dei rapporti con le aziende presenti sul territorio e responsabili aziendali	70

DATI DI CONTESTO

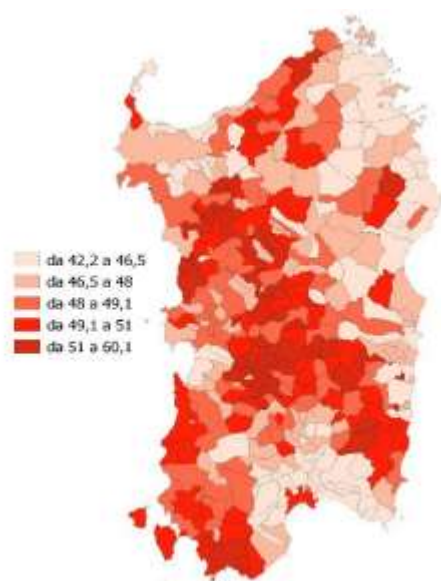
La Sardegna si estende per oltre 24.099,39 Km² ed ha una densità abitativa pari a 66 ab/Km². Al 31 dicembre 2020, data di riferimento della terza edizione del Censimento permanente della popolazione, in Sardegna si contano 1.590.044 residenti. La distribuzione demografica nel territorio regionale si caratterizza per la presenza di due poli metropolitani (uno in area nord ed uno in area sud) infatti il 56,5% della popolazione sarda vive nella provincia di Sassari e in quella di Cagliari che insieme ricoprono il 37,1% del territorio. In particolare, nella provincia di Cagliari risiedono 337,6 abitanti per km² contro i 66 per km² in media regionale. All'opposto, Nuoro ed Oristano, le province a maggior caratterizzazione rurale, coprono il 35,8% della superficie regionale e presentano i più bassi livelli di densità, rispettivamente 35,7 e 51 abitanti per km².

In un territorio così vasto e scarsamente popolato, la rete viaria non è adeguatamente strutturata per garantire un rapido collegamento tra le diverse aree geografiche, con importante impatto sull'accesso ai servizi pubblici ed in particolare a quelli socio-sanitari.

L'età media, in crescita rispetto al 2019, è di 47,3 anni contro i 45,4 della media nazionale, aumenta anche l'indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni), da 222,2 del 2019 a 231,5 del 2020.

Nei territori provinciali, Sassari e Cagliari presentano la struttura demografica più giovane, con un'età media rispettivamente di 46,6 e 46,7 anni e l'indice di vecchiaia inferiore a 220 (211,8 a Sassari e 214,9 a Cagliari). All'opposto, le province di Oristano e del Sud Sardegna hanno strutture demografiche più anziane, in cui l'età media supera i 48 anni

e ci sono più di 260 persone con età superiore a 65 anni ogni 100 ragazzi tra 0 e 14 anni (indice di vecchiaia). Il processo d'invecchiamento riguarda anche la popolazione residente nella provincia di Nuoro¹.



ETA' MEDIA DELLA POPOLAZIONE. Censimento 2020, quintili

Figura 1: Età media popolazione. Censimento 2020, quintili

L'analisi di contesto della popolazione residente in Sardegna, eseguita da Agenas nell'ambito della definizione del profilo delle Regione Sardegna (Aggiornato a ottobre 2022) evidenzia come la popolazione anziana (over 65) rappresenti il 25,8% della popolazione totale nella Regione, percentuale superiore alla media nazionale pari al 23,8%. Il numero degli over 65, secondo le proiezioni ISTAT, tenderà a crescere nei prossimi anni, così come l'andamento nazionale (27,8% vs 25% nel 2026 e 31,3% vs 27% nel 2031).

Dati di popolazione residente	
Popolazione al 01.01.2022	1.579.181
Popolazione over 65 al 01.01.2022	408.038
Popolazione over 74 al 01.01.2022	219.552
Previsioni popolazione	1.595.926 (2026)
	1.556.320 (2031)
Previsioni popolazione over 65	443.446 (2026)
	487.264 (2031)

Tabella 1 dati popolazione residente

¹ Rilevazione al 2020, ultima disponibile.

Le malattie cardiovascolari e i tumori rappresentano proporzionalmente, 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.

Codici ICD10	Gruppi di cause di morte	Sardegna			Italia		
		2017	2018	2019	2017	2018	2019
A00-B99	Alcune malattie infettive e parassitarie	2,4	2,1	2,47	2,2	2,2	2,43
C00-D48	Tumori	29,9	30,3	31,96	27,8	28,6	29,74
D50-D89	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	0,6	0,7	0,62	0,5	0,5	0,56
E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4,1	4,3	4,55	4,6	4,5	4,8
F00-F99	Disturbi psichici e comportamentali	5,4	5,4	5,81	3,8	3,9	4,33
G00-H95	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	5,6	5,4	5,39	4,7	4,7	5,05
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	30,9	30,2	30,67	35,9	34,9	36,83
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	7,3	7,4	7,65	8,2	8,2	8,91
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	4	4,2	4,71	3,6	3,7	3,84
L00-L99	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,25
M00-M99	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,7	0,7	0,8	0,6	0,5	0,6
N00-N99	Malattie dell'apparato genitourinario	1,7	1,7	1,72	1,9	1,9	2,08
O00-O99	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0	0		0	0	0
R00-R99	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	2,6	2,6	2,74	2,2	2,3	2,52
V00-Y89	Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,8	4,7	4,9	3,9	3,9	3,99

Fonte: Istat – HFA. Aggiornamento Novembre 2021

Tabella 2: Mortalità proporzionale per principali cause. Sardegna, Italia. Anni 2017-2018-2019 (Valori percentuali)

La Sardegna, al fine di garantire la massima copertura territoriale dei Servizi, coerentemente con l'art. 3 del DM 77/2022, applica il decreto compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della propria autonomia organizzativa.

La riorganizzazione dei servizi territoriali viene attuata sul seguente contesto di riferimento:

ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

	Attivo/attuato	Fabbisogno da standard	Standard/riferimento nazionale	Fonte dati
MMG	1.169	1.411	1 ogni 1.000 ab > 14 anni (art. 33, c.9 ACN 2005)	SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
PLS	177	111	1 ogni 600 ab. 0-6 anni (art.32, c.8 ACN 2005)	SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
Postazioni di Continuità Assistenziale (CA)	213		20.041 (media nazionale)	Annuario statistico SSN 2019
MCA	1.124	316	1 ogni 5.000 ab. (art. 64, c.2 ACN 2005)	SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
MCA/100.000 ab.	71			SISAC

				(rilevazione al 01/01/2021)
Ore MCA	1.294.414			SISAC (rilevazione al 01/01/2021)
Ore MCA/1.000 ab	814			SISAC (rilevazione al 01/01/2021)

Tabella 3: organizzazione sanitaria di base

	Attivo/attuato	Programmato	Fabbisogno da standard	Standard/riferimento nazionale	Fonte dati
AFT	0			Bacino di utenza non superiore a 30.000 abitanti e AFT composta da almeno 20 medici (Patto per la Salute 2014-2016, art. 5, comma 3)	Rilevazione MdS_Agenas 2021
UCCP	0				
Case della Salute o strutture similari	14	11 già finanziate con fondi europei e/o nazionali e/o regionali			Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024. Legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, art. 32 - DGR 9/22 del 24.03.2022
Case della Comunità	-	50 ²	35	1 CdC ogni 40.000-50.000 ab.	PNRR e Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024. Legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, art. 32 - DGR 9/22 del 24.03.2022
Ospedali di Comunità o	0	13 con fondi PNRR e 20 programmati sulla base del fabbisogno regionale	16	1 OdC ogni 100.000 ab.	Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024. Legge regionale 11

² Ulteriori 5 CdC sono state programmate sulla base del fabbisogno regionale

strutture similari					settembre 2020, n. 24, art. 32 - DGR 9/22 del 24.03.2022
Consultori Familiari	69		79	1 CF ogni 20.000 ab. (L. 34/1996) DM 77/2022	NSIS STS 11 2021

Tabella 4: strutture territoriali

MODELLO ORGANIZZATIVO

A partire dal 2008 la Regione ha definito un programma per la realizzazione su tutto il territorio regionale di una rete di **Case della Salute**, quale modello principale di organizzazione della medicina del territorio e la sede privilegiata dell'integrazione sociosanitaria.

Tabella 5: organizzazione Case della Salute

Servizi previsti	Personale coinvolto	Bacino di utenza	Tipologia strutture
<ul style="list-style-type: none"> • UCCP • apertura oltre le 12h/giorno attraverso integrazione MMG e MCA • sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni (PUA) • prenotazione prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP). • erogazione prestazioni specialistiche, diagnostica di laboratorio (punti prelievo), ecografia di base e, dove opportuno, la radiologia • possibile aggregazione delle postazioni territoriali di EU con funzioni h24 • ambulatorio infermieristico e ambulatorio per piccole urgenze • servizio di ambulanze per il pronto intervento sul territorio (punto di soccorso mobile 118) • spazi adeguati per le attività delle associazioni di volontariato, di rappresentanza dei malati, di promozione sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • MMG • PLS • MCA • Specialisti ambulatoriali • Personale dell'emergenza territoriale (punto di soccorso mobile 118) • Personale dei servizi sociali dei Comuni che operano per la pianificazione dei PLUS • Personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, ecc.), 	<p>1 struttura per distretto, con un bacino di riferimento tendenzialmente almeno di 10.000 persone</p>	<p>Ristrutturazione/riconversione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prioritariamente di strutture sanitarie già operanti nel territorio ma attualmente sottoutilizzate o in via di riconversione (poliambulatori, piccole strutture di ricovero, centri socio-sanitari, ecc.), • eventuali altre strutture pubbliche attualmente disponibili e utilizzabili per i servizi alla persona (della Regione, degli enti locali, ecc.).

L'Accordo Integrativo Regionale (DGR 17/1 2008) prevede, all'art. 9.2, che il compenso dei MMG sia sintonizzato con il perseguimento degli obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale.

Le risorse del fondo regionale sono ripartite per alimentare fondi distinti aventi differenti finalità, livello e modalità di erogazione: Fondo per il mantenimento degli standards organizzativi di studio e la promozione delle forme associative; Fondo per la promozione del governo clinico e qualità dell'assistenza; Fondo per la partecipazione al programma di valutazione e gestione del rischio cardiovascolare; Fondo per la promozione dell'assistenza integrata ai pazienti diabetici; Fondo per il mantenimento della disponibilità telefonica; Fondo destinato ai programmi e attività soggette a contrattazione aziendale; Fondo per l'incentivazione della continuità assistenziale; Fondo per l'incentivazione dell'emergenza territoriale.

La Regione costituisce il Fondo per la partecipazione al programma di valutazione e gestione del rischio cardiovascolare per l'incentivazione della partecipazione dei medici di assistenza primaria ai programmi di valutazione del rischio cardiovascolare, secondo quanto previsto dal Piano Regionale di Prevenzione e dai relativi piani operativi; il fondo pari a 722.171,50 € è ripartito alle ASL sulla base della popolazione residente di età compresa tra 35 e i 69 anni. È costituito il fondo per la promozione dell'assistenza ai pazienti diabetici secondo un modello integrato di cure che preveda il coordinamento funzionale e professionale dei medici di medicina generale e degli specialisti operanti nei centri aziendali per la cura del diabete. Il programma di gestione integrata del paziente diabetico ha carattere sperimentale e durata di un anno, al termine del quale sarà condotta la valutazione dei risultati ottenuti per definire il proseguo del finanziamento regionale.

MODELLO ORGANIZZATIVO

Le cure domiciliari offerte nel territorio regionale in varie forme, a seconda delle condizioni della persona da assistere, delineano le seguenti tipologie di interventi:

- Assistenza Domiciliare Sociale (SAD): è un servizio fornito dai Comuni e comprende l'assistenza per la cura e l'igiene della persona, per la cura dell'alloggio e la gestione degli impegni quotidiani, per l'integrazione sociale, per le attività di segretariato sociale. La modalità di accesso prevede l'invio della richiesta agli assistenti sociali del Comune di appartenenza con i quali viene concordato un piano di assistenza domiciliare che definisce la frequenza delle attività, la durata e la tipologia di prestazioni da assicurare.
- Assistenza Domiciliare di base: prestazioni erogate dal Medico di Medicina Generale al domicilio di un proprio assistito, previa autorizzazione del servizio sanitario pubblico competente e secondo una calendarizzazione predefinita.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): prevede il coordinamento, secondo un Piano Assistenziale Individualizzato e concordato, tra le prestazioni e gli interventi di natura sanitaria e quelli di natura sociale.

La valutazione delle modalità di intervento viene di norma effettuata tramite:

- istanza del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di libera scelta (PLS) che valuta le esigenze di ogni paziente;
- segnalazione della famiglia del paziente;
- istanza del medico ospedaliero pubblico/privato;
- istanza del medico specialista;
- segnalazione da parte dei servizi sociali.

La segnalazione viene inoltrata al medico responsabile del distretto nel quale risiede il paziente, sempre con il consenso del medico di famiglia.

Entro 48 ore dalla segnalazione, il medico del distretto accoglie o respinge la richiesta di attivazione del percorso di assistenza domiciliare integrata. Per i casi urgenti l'attivazione avviene in giornata. Se la domanda viene accolta, si concordano le prestazioni domiciliari e il livello di assistenza, che può variare a seconda della gravità del caso. Oltre al medico responsabile del Distretto, ci si può rivolgere, nelle Asl in cui sono già stati istituiti, ai Punti Unici di Accesso (PUA). (Del. 7/5 del 2006).

Il bisogno assistenziale viene esaminato dall'Unità di Valutazione Territoriale (UVT), composta da diverse figure professionali (mediche e sociali) deputate ad effettuare la valutazione multidimensionale dell'utente (valutazione dello stato funzionale, clinico, cognitivo e sociale), UVT che, in genere, viene attivata dal PUA laddove istituito e parte del percorso. L'UVT, sulla base della Valutazione Multidimensionale, predispone un progetto personalizzato di assistenza nel quale sono definiti gli obiettivi assistenziali e la durata dell'intervento.

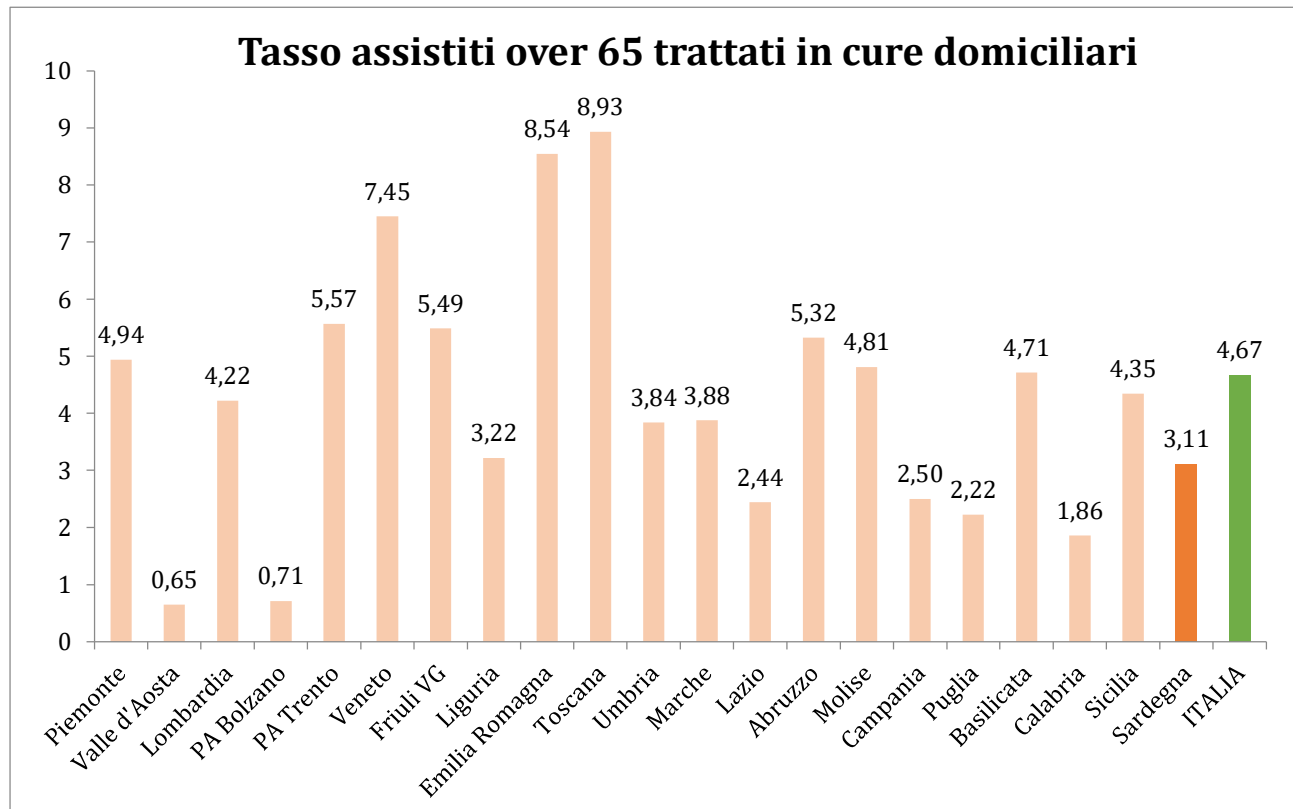
L'accesso all'ADI avviene a cura del PUA, previa valutazione e accertamento della tipologia del bisogno da parte di UVT, che devono sempre operare congiuntamente alla persona e/o alla sua famiglia. Ciascuna UVT è composta da un nucleo base rappresentato da un medico di assistenza distrettuale, con conoscenza della rete dei servizi, responsabile del percorso assistenziale e della continuità delle cure e da un operatore sociale dell'Azienda ASL o di uno dei Comuni del Distretto di riferimento. Questo nucleo base si avvale, costantemente e regolarmente, del MMG (o PLS) del paziente (la cui valutazione può essere acquisita anche attraverso apposita certificazione), di almeno un medico specialista e di un altro operatore sanitario (terapista della riabilitazione, etc.) con preparazione professionale ed esperienza nelle discipline connesse alla tipologia del paziente da valutare. (DGR 51/49 del 2007)

L'organizzazione delle cure domiciliari integrate è affidata all'Unità Operativa di Cure Domiciliari Integrate composta da operatori del distretto che operano in stretta collaborazione con il MMG e l'assistente sociale del Comune di riferimento. A tale unità spetta tradurre in termini operativi il progetto personalizzato attraverso la definizione di un Piano Attuativo degli Interventi (PAI): chi fa che cosa e con quale frequenza e quali tempi. Nelle ASL presso le quali il recepimento della domanda avviene direttamente da parte dell'Unità Operativa Distrettuale di Cure Domiciliari Integrate, questa provvede ad effettuare la valutazione del caso, a formulare il piano personalizzato di assistenza e a predisporre il PAI, coadiuvata dal MMG ed eventualmente dal Medico Specialista della patologia principalmente invalidante e dal Terapista della Riabilitazione, se necessario. In tutte le ASL le Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate assolvono ruoli di direzione tecnico-organizzativa dei soli operatori sanitari dell'equipe multiprofessionale domiciliare, mentre gli interventi di tipo sociale sono coordinati dai Servizi Sociali comunali.

ANALISI FLUSSI INFORMATIVI

Relativamente alla popolazione ultrasessantacinquenne, circa il 3,11% della popolazione è seguita in cure domiciliari.

Grafico 1: tasso assistiti over 65 trattati in cure domiciliari. Fonte: elaborazione Agenas su dati SIAD 2020. Per la Regione Sardegna, fonte Annuario Statistico SSN 2019.



RETE DI CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

RETE CURE PALLIATIVE

Tabella 6: Caratteristiche della rete locale di cure palliative. Fonte: Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative, AGENAS.

Descrizione Azienda territoriale	Rete Locale di cure Palliative	Carta dei Servizi via web	Spazio web dedicato alle cure palliative	Piano annuale di sviluppo formativo delle competenze	Percorsi di cura dedicati alle cure palliative
AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	Si	Si	No	Si	Si

Tabella 6: Caratteristiche della rete locale di cure palliative

Tabella 7: Figure professionali delle cure palliative domiciliari. Fonte: Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative, AGENAS.

Descrizione Azienda territoriale	Medico palliativista	Infermiere formato	Psicologo	MMG	Fisioterapista	Ass. sociale	OS	Volontario	Ass. spirituale	Altre figure mediche	Altre figure (Fisiatra, Logopedista, Amministrativo)
AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No	No

Tabella 7: Figure professionali delle cure palliative domiciliari

Tabella 8: Indicatori di attività in Hospice. Fonte: Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative, AGENAS.

Cod_Prov	Descrizione	Decessi per TM (ISTAT)	Posti letto		Letti teorici		Numero di utenti		Giornate di assistenza		Tasso utilizzo	
			2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
092	Cagliari	1468	143	133	26	26	685	707	42113	42358	80.7	87.3
091	Nuoro	629	16	18	11	11	240	201	5275	3074	90.3	46.8
090	Sassari	1374	8	8	25	25	101	121	2755	2670	94.3	91.4
095	Oristano	415	12	18	7	7	103	149	3343	4163	76.3	63.4
111	Sud Sardegna	800	70	70	14	14	199	163	19000	23908	74.4	93.6
Sardegna		4743	251	247	85	85	1328	1341	72486	76173	79.1	84.5

Tabella 8: Indicatori di attività Hospice

Tabella 9: Hospice. Fonte: Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative, AGENAS. Fonte dati: Ministero della Salute STS11/STS24.

N° Progr.	Codice Azienda	Denominazione Azienda	Denominazione struttura	Tipo rapporto con il S.S.N.	Indirizzo	Comune	Sigla provincia	N° posti
1	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	STRUTTURA RESIDENZIALE R.S.A. OGLIASTRA - TORTOLI'	2	VIALE EUROPA 2, LOC. LA SUGHERETA	TORTOLI	NU	10
2	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	HOSPICE - NUORO	1	PIAZZA SARDEGNA 1	NUORO	NU	8
3	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	HOSPICE TEMPIO PAUSANIA	1	VIA LIMBARA	TEMPIO PAUSANIA	SS	8
4	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	RSA FONDAZIONE S. RANDAZZO VALLERMOSA	2	STRADA PROV. VALLERMOSA DECIMOPUTZU KM 0,500	VALLERMOSA	SU	15
5	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	STRUTTURA RESIDENZIALE R.S.A. MOSIGNOR ANGIONI QUARTU SANT'ELENA	2	VIA SERRA PERDOSA, 4 - FLUMINI	QUARTU SANT'ELENA	CA	4
6	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	HOSPICE CURE PALLIATIVE AI MALATTI TERMINALI CAGLIARI	1	VIA JENNER	CAGLIARI	CA	14
7	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	STRUTTURA RESIDENZIALE GERSIA S.C.AR.L. - R.S.A. CAPOTERRA	2	VIA LOMBARDIA	CAPOTERRA	CA	39
8	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	GERSIA s.c.ar.l. - RSA SELARGIUS	2	VIA DELLA LIBERTA' 84	SELARGIUS	CA	46
9	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	GERSIA s.c.ar.l. - RSA SESTU	2	VIA COSTA 66	SESTU	CA	8
10	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	STRUTTURA RESIDENZIALE R.S.A. VILLA DEGLI ULIVI MONASTIR	2	LOC. TISTIVILLU - S.S. 128 KM. 2.57	MONASTIR	SU	10
11	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	HOSPICE ORISTANO - RESIDENZIALE	1	VIA LEONARDO TATTI SNC	ORISTANO	OR	6
12	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	STRUTTURA RESIDENZIALE HOSPICE MADONNA DI FATIMA QUARTU SANT'ELENA	2	VIA STRESA N.7, LOC. SA TIACCA	QUARTU SANT'ELENA	CA	12
13	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	STRUTTURA RESIDENZIALE SANITARIA HOSPICE MONS. ANGIONI QUARTU SANT'ELENA	2	VIA SERRA PERDOSA, 4	QUARTU SANT'ELENA	CA	11
14	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	STRUTTURA RESIDENZIALE R.S.A. ROSA DEL MARGANAI IGLESIAS	2	via Carlo Alberto Dalla Chiesa 1	IGLESIAS	SU	30
15	201	AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE	'VILLA SAN GIUSEPPE' R.S.A. - MILLIS	2	VIA G. BROTZU N° 6	MILLIS	OR	12

Tabella 9: Hospice

CONSULTORI

I consultori familiari (CF) della Regione Sardegna, pur ponendosi in continuità con i principi istitutivi del 1975, sono stati istituiti con tempi e modalità differenti nelle diverse realtà.

Con la DGR 48/19 del 2007 è stato approvato il documento sulle “Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie locali per la riqualificazione delle attività sanitarie e sociosanitarie dell’area materno infantile - Programma di riorganizzazione della rete regionale dei consultori familiari” che prevede che i CF siano organizzati in rete, per ambiti territoriali distrettuali, con sedi principali di rete dotate di équipe complete e sedi distaccate operanti esclusivamente secondo la modalità di offerta attiva e senza specifico personale in dotazione, ma avvalendosi dell’équipe del consultorio principale di rete per la realizzazione di programmi e specifiche attività definite in sede di programmazione.

Attualmente sono mappate nei flussi NSIS (STS 11 2021) 69 sedi consultoriali.

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

Nella Regione Sardegna attualmente sono attive 16 RSA, di cui 11 private e 5 pubbliche. I Centri diurni sono 7 di cui uno pubblico, generalmente si trovano integrati nelle RSA, fanno eccezione il Centro diurno Don Orione nella ASSSL di Cagliari e il Centro diurno Rosaria Manconi nella ASSSL Oristano che sono centri autonomi.

Di seguito si riporta l'adeguamento del PSSR deliberato con DGR 9/22 del 24.03.2022 nelle parti relative alla nuova organizzazione distrettuale secondo i modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale previsti nel Decreto 23 maggio 2022 n. 77.

Si inserisce inoltre la programmazione delle Unità di continuità assistenziale (UCA).

LA LA PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA. IL PERCORSO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E LA CRONICITÀ

Le transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali richiedono risposte nuove ai nuovi bisogni di salute, che impongono scenari di assistenza molto diversi rispetto al passato e che necessitano di un sostanziale ripensamento organizzativo dell'assistenza sanitaria regionale.

Alla luce di questo, la Regione Sardegna intende potenziare la strategicità dei sistemi di assistenza primaria e delle strutture territoriali, per garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute ed assistenza, sviluppando i servizi erogati sul territorio e i sistemi di assistenza primaria, con percorsi di cura e assistenza organizzati all'interno della rete dei servizi anche attraverso la telemedicina.

Le principali direttrici su cui si basa la programmazione socio-sanitaria regionale, e attraverso le quali si sviluppa di conseguenza il presente Piano, sono le seguenti:

- implementazione della visione "paziente-centrica" dei servizi socio sanitari. L'impianto organizzativo sanitario è descritto in maniera funzionale ai bisogni di salute rilevati a livello territoriale;
- riorganizzazione della sanità territoriale e dell'offerta sanitaria proposta all'utente, attraverso lo sviluppo della rete assistenziale basata sulla Medicina di prossimità e sulla Sanità di iniziativa, che miri a superare le disomogeneità tra le aree territoriali della regione, garantendo a tutti gli assistiti un equo accesso alle prestazioni e ai servizi assistenziali;
- potenziamento del distretto socio-sanitario, punto di riferimento per il cittadino rispetto alla complessità della rete dei servizi;
- potenziamento delle strutture ausiliarie territoriali del Servizio sanitario regionale, quali le Case della comunità e gli Ospedali di comunità e promuovendo l'assistenza delle cure domiciliari anche attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie come la domotica, la telemedicina e la digitalizzazione;
- superamento del retaggio di una cultura sanitaria ospedale-centrica, poco orientata all'integrazione dei servizi sulla persona, che qualificava l'ospedale come unico luogo di cura qualificato presente sul territorio. La scelta è quella di sviluppare la programmazione attorno all'assistenza territoriale, per questo motivo, nel presente Piano, l'assistenza ospedaliera viene sviluppata solamente in maniera trasversale e comunque funzionale alle esigenze della programmazione sul territorio.

La Legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 *"Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore"* all'articolo 1 tra i Principi e finalità generali prevede di *"...avvicinare sensibilmente al cittadino e ai territori l'erogazione di tutte le prestazioni socio-sanitarie che non necessitino di percorsi di cura ospedalieri, soprattutto mediante una riorganizzazione complessiva della medicina territoriale"*. All'articolo 37 *"Servizi sanitari e socio-sanitari del territorio"* prevede inoltre che *"Le ASL assicurano i livelli essenziali di assistenza nel territorio istituendo ed organizzando i distretti e i dipartimenti territoriali i quali operano in maniera integrata con la rete ospedaliera, l'Azienda dell'emergenza-urgenza e con il sistema integrato dei servizi alla persona"*.

Nel tempo l'ospedale è divenuto il riferimento principale dei pazienti affetti da patologia cronica, indipendentemente dal grado di complessità assistenziale, espandendo la funzione specialistica ambulatoriale in modo sganciato dal territorio e contribuendo a generare nel paziente una "fidelizzazione", non facilmente modificabile, che è stata la causa di un progressivo e improprio affollamento dell'ospedale anche per problemi gestibili efficacemente a livello territoriale. La missione principale dell'ospedale è la gestione dell'acuzie ma in esso si è progressivamente storicizzata una funzione più ampia che ha dato spazio alla crescita di un'offerta in parte anche inappropriata.

Inoltre la recente pandemia da Covid-19 ha aggravato le già evidenti disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, mettendo in evidenza le criticità della presa in carico dei pazienti, soprattutto nel passaggio tra assistenza ospedaliera e quella territoriale.

Si è stabilito il percorso di presa in carico che nei prossimi anni le Aziende sanitarie dovranno intraprendere per soddisfare le esigenze di cura quanto più vicino possibile al domicilio dei pazienti.

La presa in carico del paziente deve avvenire attraverso la costruzione di reti cliniche integrate costituite da professionalità e centri di erogazione riconoscibili, nelle quali il paziente possa muoversi avendo riferimenti stabili, dei quali deve poter percepire il valore e la differenza all'interno del disegno unitario della rete.

Si intende promuovere un modello organizzativo maggiormente centrato sul territorio promuovendo un approccio multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare, al fine di dare centralità al paziente valorizzando pienamente le sue potenzialità nell'autogestione della patologia. Il Distretto, rappresenta il centro propulsore di tale modello con una capacità di governo in primis infradistrettuale, sviluppando una gestione integrata tra i diversi servizi e tra le componenti sanitarie e quelle sociali, e, attraverso percorsi assistenziali integrati, deve costruire, assieme alle componenti ospedaliere, un più ampio ruolo di governo clinico-assistenziale.

I capisaldi di questo processo innovativo sono rappresentati dalla gestione integrata e dai percorsi assistenziali; per arrivare a ciò è necessario un lavoro sul versante culturale, professionale, organizzativo ed operativo, che tenda a superare progressivamente l'autoreferenzialità che caratterizza ogni attore assistenziale, sia esso ospedaliero sia territoriale.

Il superamento della contrapposizione dualistica ospedale-territorio implica, pertanto, la costruzione di "ponti" culturali organizzativi ed operativi, che fungano da integrazione del territorio con l'ospedale, anche favorendo la figura del mediatore culturale quale professionista della comunicazione interpersonale e tra culture diverse.

Oltre alle dimissioni protette rivolte ai pazienti non autosufficienti da inviare in regime di assistenza domiciliare o residenziale, è molto utile attivare le dimissioni facilitate per tutti i pazienti cronici dimessi dall'ospedale, anche in condizioni di piena autosufficienza, al fine di "agganciare" tali pazienti alla rete territoriale per evitare la perdita del paziente (drop out) dopo un episodio di crisi che ha generato il ricovero, spesso legata alla mancanza di percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio che dovrebbero essere concordati con la pianificazione della dimissione all'interno della rete territoriale.

Una delle aree attraverso le quali deve essere sviluppata l'integrazione tra ospedale e territorio, è quella della specialistica ambulatoriale, che deve essere riorganizzata e resa funzionale secondo un'ottica di unitarietà e di continuità ospedale-territorio, sperimentando formule di coordinamento unitario. Molto utili, possono essere gli ambulatori dedicati, organizzati per patologia (ad esempio ambulatorio scompenso cardiaco, ambulatorio diabete, ecc.), raccordati tra ospedale e territorio sulla base di un disegno a rete di tipo hub and spoke. Tale modello è caratterizzato dalla gestione dei casi, in ragione della loro maggiore o minore complessità, in centri con diversi gradi di specializzazione, collegati tra loro funzionalmente. La differenziazione tra hub e spoke va valutata non soltanto sulle competenze e sull'esperienza dei professionisti ma anche, e principalmente, sulle potenzialità complessive, strutturali, tecnologiche e professionali, della struttura.

È pertanto necessario diversificare l'offerta ambulatoriale in rapporto alle effettive potenzialità di gestione della casistica più o meno complessa:

- ambulatorio di specialistica che offra una risposta semplice ad una domanda di cure integrate per i casi con minore complessità clinica (spoke);
- ambulatorio di specialistica indirizzato prioritariamente verso un'offerta più specializzata in ragione delle potenzialità maggiori, in termini tecnologici.

Tale modello organizzativo costituisce la base per la condivisione di percorsi assistenziali integrati territorio-ospedale, ma allo stesso tempo diversificati, che siano in grado di generare risultati di maggiore efficacia ed efficienza e di decongestionare l'ospedale dalla casistica impropria. In tal modo il paziente potrà trovare le risposte nel territorio e, solo in caso di elevata complessità nell'ospedale, disegnando una presa in carico personalizzata.

LA PRESA IN CARICO

La presa in carico è diretta alle seguenti fasce di popolazione, differenziate in base ai bisogni di salute:

1. la **popolazione sana** la quale, pur non manifestando alcun bisogno di salute, è destinataria di interventi di prevenzione e promozione della salute messi in atto dagli attori istituzionali della rete, quali i dipartimenti di prevenzione, le case della comunità, specialmente in relazione ai professionisti delle cure primarie, i nodi extra sanitari della rete quali la scuola, i comuni, i soggetti del terzo settore. In questo ambito di attività il lavoro della Rete è preventivo, di medio-lungo termine e si esprime principalmente attraverso gli strumenti di:
 - a. *empowerment*, teso ad aumentare la partecipazione attiva e consapevole degli individui e delle comunità ai programmi di prevenzione e di promozione di stili di vita salutari;
 - b. interventi individuali e collettivi di prevenzione e di promozione della salute, con particolare riferimento ai corretti stili di vita, come il counselling breve, i progetti di educazione alla salute, che favoriscono il potenziamento dei fattori protettivi e la riduzione dei fattori di rischio;
 - c. *advocacy*, teso a promuovere gli obiettivi di salute pubblica in tutte le politiche (es. ambiente, istruzione, trasporti, urbanistica, lavoro) individuando, al contempo, quali fra gli obiettivi degli altri settori possono contribuire all'obiettivo di promozione della salute degli individui e della comunità;
2. la **popolazione con bisogni prevedibili**, per la quale, quando il bisogno è correttamente codificato, è possibile non solo programmare gli accessi al sistema sanitario, ma anche anticiparli, realizzando così la transizione dalla medicina di attesa a quella di iniziativa. In questo ambito di lavoro la partecipazione alla rete del SSR si esprime tipicamente attraverso le strutture di base, o di assistenza primaria e quelle di livello specialistico. In questa modalità operativa la Rete è proattiva, ha obiettivi di medio-lungo termine, mira alla presa in carico puntuale ed è improntata allo sviluppo, implementazione e monitoraggio di:
 - a. percorsi per la presa in carico uniforme della stessa tipologia di assistito su tutto il territorio regionale, protocolli e accordi di collaborazione tra tutti gli attori della rete, intra ed extra sanitari, tesi a favorire la loro partecipazione alla costruzione dei percorsi di cura del paziente e della sua famiglia.
 - b. percorsi di formazione degli operatori della rete al fine di alimentare la crescita dei professionisti coinvolti nella presa in carico dell'utenza (operatori sanitari, scolastici, del sociale etc) e di omogeneizzare le procedure;

Relativamente alla presa in carico per i bisogni occasionali-episodici che necessitano di una risposta semplice ad una domanda acuta di cura, la stessa avverrà pianificando il percorso sanitario attraverso l'organizzazione della prenotazione e dell'accesso alle prestazioni secondo criteri clinici e in base alle singole necessità. Si tratta di una riorganizzazione delle attività legate alla diagnosi, al trattamento e al controllo periodico dei pazienti, effettuata mediante procedure informatizzate per garantire la prenotazione delle principali visite e indagini diagnostiche.

La presa in carico avverrà pertanto con l'inserimento del paziente in un percorso assistenziale con l'indicazione delle prestazioni che l'assistito dovrà svolgere con cadenze temporali definite. In pratica, i pazienti non dovranno più prenotare autonomamente gli accertamenti prescritti dallo specialista, ma sarà lo specialista stesso a programmare e prenotare, in base a percorsi interni, tutte le prestazioni sanitarie necessarie nei giusti tempi e secondo un percorso di

cura personalizzato. Al fine di facilitare l'accesso per il paziente, la prenotazione verrà inserita direttamente sul sistema CUP nelle agende dedicate agli accessi successivi, se non diversamente richiesto dal paziente, senza che questi sia rimandato al MMG o al PLS per la prescrizione, secondo quanto stabilito nel Piano regionale di governo delle liste di attesa di cui alla DGR 62/24 del 4.12.2020. La stessa DGR prevede infatti che le Aziende del SSR implementino, o potenzino laddove esistenti, dei percorsi condivisi in ambiti disciplinari trasversali, per migliorare la qualità del servizio, la garanzia della continuità assistenziale e la riduzione dei tempi di attesa delle attività ambulatoriali.

Per quanto riguarda le patologie croniche, il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016 recepito dalla Regione Sardegna con la DGR 36/44 del 31.08.2021, evidenzia che le patologie croniche richiedono un approccio assistenziale diverso dalla gestione dell'acuto, perché necessitano di interventi per periodi di lunga durata e prevedono una forte integrazione tra SSN e servizi sociali: questo comporta la necessità di ricorrere a servizi residenziali e territoriali. Il Piano sottolinea l'importanza di un sistema di cure centrato sulla persona e, in particolare, sulla realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine, che consentano la razionalizzazione dell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita, nell'ottica di prevenire le disabilità e la non autosufficienza. A tal fine uno strumento fondamentale viene identificato nel Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) che deve essere sviluppato in modo tale da prendere in carico il paziente integrando tutti gli attori dell'assistenza: le cure primarie, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, la comunità.

La natura del PDTA, prevalentemente orientata a specifiche patologie, ne evidenzia, tuttavia, alcuni limiti nei pazienti multi-cronici e complessi, su cui le modalità di presa in carico devono necessariamente adattarsi al profilo e al contesto sociale dell'assistito. Sarà pertanto necessaria una valutazione multidimensionale del caso da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVT) distrettuale.

La UVT rappresenta infatti l'organismo deputato all'attivazione della rete dei servizi territoriali a seguito della valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni del paziente, sulla base delle misurazioni pregresse effettuate dai professionisti che hanno avuto in cura il paziente, eventualmente integrate dalle misurazioni dei professionisti della stessa UVT. A seguito della valutazione multidimensionale del caso, l'UVT elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI) che può anche includere uno o più PDTA. Lo strumento di lavoro per i pazienti multi-cronici e complessi in questi casi è pertanto il PAI.

La tabella n. 10 riporta l'organizzazione della presa in carico dei pazienti con bisogni prevedibili.

Popolazione con bisogni prevedibili	Tipologia bisogno	Strumento di presa in carico	Caratteristiche strumento	Referente del caso
Pazienti affetti da singola patologia	Bisogno semplice	PDTA	Sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale.	Professionista delle cure primarie
	Bisogno complesso	PAI	Il piano attuativo degli interventi rappresenta lo strumento che contiene la programmazione e la pianificazione personalizzata del percorso di cura del paziente cronico. Al suo interno sono dettagliate le prestazioni che il paziente deve ricevere adattate al profilo e al contesto sociale dell'assistito.	Case manager
	Bisogno semplice	n PDTA	Sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al	Professionista delle cure primarie

Popolazione con bisogni prevedibili	Tipologia bisogno	Strumento di presa in carico	Caratteristiche strumento	Referente del caso
Pazienti affetti da pluripatologia			paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale.	
	Bisogno complesso	PAI	Piano attuativo degli interventi rappresenta lo strumento che contiene la programmazione e la pianificazione personalizzata del percorso di cura del paziente cronico. Al suo interno sono dettagliate le prestazioni che il paziente deve ricevere adattate al profilo e al contesto sociale dell'assistito.	Case manager

Tabella 10: Presa in carico dei pazienti con bisogni prevedibili

3. la **popolazione con bisogni imprevisi**, la quale manifesta improvvisamente il proprio bisogno con un accesso al sistema sanitario a seguito di un evento acuto. In questa modalità di attivazione, la rete opera prevalentemente attraverso le Case della comunità ove vi sono i MMG/PLS ed i Medici di continuità assistenziale per i casi che necessitano di un minore livello di assistenza e, solo nei casi ad elevato livello assistenziale, attraverso il Servizio di emergenza urgenza. Per i casi di elevata gravità ed urgenza, l'accesso potrà avvenire tramite il Pronto Soccorso. In quest'ultimo caso il PS effettua la presa in carico inviando il paziente alla struttura specialistica più appropriata, o all'attivazione di un percorso di cura e/o presa in carico da parte dei servizi territoriali al livello più appropriato. L'attivazione della Rete in questa modalità è di natura emergenziale, breve e circoscritta, tesa sostanzialmente a far transitare il paziente verso una delle altre due fasce di popolazione (popolazione sana o quella con bisogni prevedibili). In questa modalità l'attivazione della Rete è reattiva e breve, il suo lavoro è improntato allo sviluppo, implementazione e monitoraggio di:
- modelli di integrazione funzionale tra i nodi della Rete, al fine di consentire la transizione veloce e sicura del paziente da un nodo all'altro;
 - protocolli clinici condivisi con i nodi della Rete, volti ad implementare uniformemente sul territorio regionale la best evidence practice in fase di diagnosi e trattamento dei casi acuti e post acuti, al fine di scongiurare le riacutizzazioni e la riattivazione della Rete in modalità emergenziale;
 - percorsi di formazione degli operatori della rete volti a migliorare l'azione del sistema rispetto alla sua capacità di individuare precocemente i fattori di rischio e la sintomatologia lieve delle patologie con maggiore incidenza fra gli eventi imprevisi, trattare efficacemente la fase post-acuta ed evitare le riacutizzazioni.

La tabella n. 11 riporta le modalità di attivazione della rete e i compiti.

Tabella 11: Modalità di attivazione della rete e i compiti

MODALITA' DI ATTIVAZIONE DELLA RETE		
Preventiva	Proattiva	Reattiva
Sviluppo, implementazione e monitoraggio di un programma coordinato di interventi di prevenzione e promozione della salute.	Ascolto dei bisogni di salute e attivazione dei servizi della rete più appropriati alla loro soddisfazione. Diagnosi e presa in carico dei casi a minore complessità e gravità. Presa in carico del paziente nel medio e lungo termine.	Presa in carico a breve termine e stabilizzazione del paziente in fase acuta. Avvio del paziente ai percorsi di presa in carico sul territorio (Transitional Care).

LA CRONICITÀ

La Delib.G.R. n. 36/44 del 31/8/2021 di recepimento del Piano Nazionale della cronicità (PNC) ha demandato al Piano regionale dei servizi sanitari la definizione delle linee di indirizzo per l'attuazione dello stesso.

Le premesse su cui costruire il disegno complessivo per la gestione della cronicità previste nel Piano nazionale sono riprese dal presente Piano sanitario regionale con il quale vengono definite le seguenti indicazioni operative:

- **promozione della salute, la prevenzione e la diagnosi precoce:** il riferimento è rappresentato dal Piano regionale della prevenzione 2020-2025, adottato con la DGR n. 50/46 del 28.12.2021, che prevede interventi di contrasto della cronicità basati su **strategie di comunità** - dirette a creare reti e alleanze con settori extra sanitari (Istituzioni scolastiche, datori di lavoro, Enti Locali, associazionismo) per promuovere ambienti favorevoli alla salute e contrastare i principali fattori di rischio per le MCNT, secondo l'approccio intersettoriale "Salute in tutte le politiche" promosso dall'OMS e dall'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile - sia su **strategie dirette all'individuo**, principalmente attraverso interventi di counselling breve, finalizzati alla promozione di comportamenti favorevoli alla salute, e di screening organizzato per l'individuazione precoce di condizioni di rischio individuali e l'invio verso un'adeguata presa in carico sistemica.
- **modello di cura centrato sulla persona:** nel quale le cure primarie integrano, attraverso i PDTA, gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale sia territoriale che ospedaliera, con eliminazione della discontinuità tra i tre livelli di assistenza (primaria, specialistica ambulatoriale e degenza ospedaliera);
- **modello integrato ospedale/territorio:** attraverso la creazione di reti multispecialistiche dedicate e l'organizzazione delle dimissioni assistite nel territorio, anche attraverso la disponibilità di strutture intermedie, quali gli Ospedali di comunità ed il coordinamento delle Centrali operative territoriali;
- **promozione del setting assistenziale domiciliare:** con il mantenimento della persona malata al proprio domicilio attraverso l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata con la collaborazione tra professionalità sanitarie e sociali nella realizzazione di progetti unitari derivanti dalla valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni del paziente operati dalla UVT e tramite il supporto della telemedicina.

La gestione della cronicità necessita di un **sistema di assistenza** continuativa multidimensionale, multidisciplinare e multilivello al fine di realizzare progetti di cura personalizzati a lungo termine che permettano la razionalizzazione dell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita.

Il PNC ha previsto la promozione delle seguenti attività che il presente Piano intende implementare e nello specifico:

- la valorizzazione della rete assistenziale attraverso la riorganizzazione delle strutture e dei servizi che tendano ad una maggiore flessibilità dei modelli organizzativi e operativi con una forte integrazione tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, con servizi strutturati e organizzati, reti specialistiche multidisciplinari, team professionali dedicati e modelli di integrazione socio-sanitaria;
- l'approccio integrato, fin dalle fasi iniziali della presa in carico, con l'ingresso precoce nel PDTA con l'attivazione di *setting* diversi in funzione della complessità assistenziale;
- la stratificazione della popolazione in base al grado di sviluppo della patologia e dei bisogni di salute;
- *l'empowerment, l'ability to cope (la capacità di far fronte alla convivenza con la patologia) e self-care* attraverso programmi di educazione sanitaria.

Si forniscono le linee di indirizzo per l'attuazione delle fasi del processo di gestione della persona con malattia cronica previste da PNC e di seguito indicate.

1. Stratificazione e targeting della popolazione

La stadiazione dei pazienti permette di attivare percorsi personalizzati e differenziati in rapporto al grado di complessità del singolo paziente ed ai suoi specifici bisogni indirizzando i casi più complessi (cronicità ad elevata complessità) verso programmi che contemplino un follow up più intensivo e quelli meno complessi verso una gestione prevalente da parte del livello delle cure primarie.

A tal proposito, la Regione Sardegna, tramite l'acquisizione del Sistema informativo di classificazione del case-mix su base di popolazione, realizza iniziative di Health Population Management necessarie alla 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.

2. Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce

Le principali patologie croniche condividono alcuni fattori di rischio modificabili (ad esempio fumo di tabacco, abuso di alcool, scarso consumo di frutta e verdura e sedentarietà) e alcuni fattori di rischio intermedi (ad esempio ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, sovrappeso, obesità e intolleranza ai carboidrati). Per contrastare i fattori di rischio modificabili è necessario intervenire sugli stili di vita della popolazione attraverso programmi di promozione di corretti stili di vita e di ambienti favorevoli alla salute della popolazione. La prevenzione dei fattori di rischio intermedi può essere perseguita attraverso la diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l'attivazione di interventi trasversali integrati con i PDTA, allo scopo di prevenire e ritardare l'insorgenza di patologie più gravi.

Gli obiettivi e le linee di intervento, di seguito esplicitate, saranno perseguiti dando attuazione ai seguenti Programmi, afferenti alla Macro-Area "*Malattie Croniche Non Trasmissibili*", del Piano regionale della prevenzione 2020-2025, adottato con la DGR n. 50/46 del 28.12.2021:

- PP01 Scuole che promuovono salute;
- PP02 Comunità attive;
- PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute;
- PL12 Promozione della salute materno infantile e riproduttiva;
- PL13 Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico.

3. Presa in carico e gestione del paziente ed erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente

La Regione Sardegna prevede l'implementazione di un sistema integrato di presa in carico del paziente e di erogazione degli interventi nonché dei servizi che la rete offre all'assistito.

4. Valutazione della qualità delle cure erogate

La Regione Sardegna ritiene necessario un incremento delle iniziative finalizzate alla valutazione della qualità delle cure erogate.

IL NUOVO RUOLO DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

Il quadro epidemiologico emergente, caratterizzato da un aumento della popolazione anziana e delle patologie croniche e degenerative, impone una rimodulazione della rete dei servizi territoriali attraverso una rivalutazione delle sue componenti sanitaria e socio-sanitaria, attuando logiche di intervento preventive, precoci e di presa in carico globale dell'assistito. L'emergenza epidemiologica da Covid-19 ha confermato e reso più evidenti le criticità strutturali del Sistema sanitario e per evitare che la situazione si aggravi alla luce dell'accresciuta domanda di cure, si deve far fronte attraverso il potenziamento delle strutture e dei servizi territoriali.

In tale contesto socio-sanitario, il distretto ha un ruolo strategico di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari, nonché centro di riferimento per l'accesso ai servizi erogati sul territorio. La L.R. 24/2020, all'art. 37 comma 3, stabilisce che *"i distretti socio-sanitari costituiscono l'articolazione territoriale dell'ASL e il luogo proprio dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale; essi sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito degli obiettivi posti dall'atto aziendale, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale"*. I distretti socio-sanitari, inoltre, *"concorrono a realizzare la collaborazione tra l'ASL e i comuni"*.

Il distretto è dunque, l'articolazione territoriale dell'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) e rappresenta un vero riferimento per il cittadino rispetto alla complessità della rete dei servizi, avendo il fondamentale ruolo di facilitatore dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria e di coordinatore dei servizi, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione. La necessità di presidiare un sistema così complesso richiede un potenziamento del ruolo del distretto, in grado di differenziare i percorsi di cura sulla base dei bisogni e di conciliare i diversi *setting* assistenziali con la diversità dei luoghi di cura e con il network dei professionisti presenti sul territorio (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, assistenti sociali, operatori professionali sanitari e le altre figure sanitarie con particolare riferimento a quelle del Dipartimento di prevenzione). Fondamentale inoltre, è dotare il distretto di visibilità e collocazione fisica ben definita all'interno della comunità, al fine di favorire il riconoscimento dello stesso quale punto di riferimento principale per la manifestazione di tutti i bisogni di salute.

Il distretto è configurato come il sistema al quale è riconosciuta la responsabilità di governare la domanda (ruolo di committenza) ovvero valutare quali servizi erogare in base ai bisogni di salute e di assicurare la gestione dei servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione). In particolare, il coordinamento regionale della committenza è garantito da ARES che, tra gli altri, ha il compito di omogeneizzare le politiche di acquisto e proporre soluzioni gestionali efficienti, tenuto conto del panorama regionale dei servizi.

Il distretto non è quindi solo il luogo di produzione di servizi, ma anche luogo di supporto alla programmazione aziendale, che avviene sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione e delle risorse disponibili. Nel distretto deve svilupparsi la funzione precipua di tale livello organizzativo, ossia la presa in carico del paziente e in tale sede si esplica, inoltre, la *ratio* dell'organizzazione del Sistema sanitario regionale ovvero avvicinare il decisore politico ai bisogni del cittadino.

Il sistema di assistenza deve essere in grado di garantire la presa in carico e l'avvio del percorso di cura a prescindere dal luogo e dal momento in cui si manifesta il bisogno, il quale può palesarsi in diversi punti della filiera assistenziale. L'obiettivo è superare un sistema frammentato basato su linee di servizi e prestazioni senza interconnessioni, per arrivare ad un percorso costruito sui bisogni della persona, con notevoli vantaggi in termini di dimezzamento dei tempi di attesa e di appropriatezza assistenziale.

A tal fine, si intende promuovere la "Sanità di iniziativa" quale metodologia di risposta ai principali bisogni di salute, favorendo la presa in carico dell'assistito, a livello territoriale, prima che la patologia insorga o si aggravi e garantendo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello assistenziale. Si promuove pertanto un approccio d'intervento proattivo capace di fornire servizi diversi e personalizzati in base al bisogno di cura. Questo sistema di governance deve inoltre prevedere il collegamento sistematico tra la programmazione e la valutazione dei risultati, promuovendo, anche attraverso il confronto tra gli attori del sistema, un approccio teso ad individuare, da una parte, le aree di eccellenza sanitaria regionale e, dall'altra, gli aspetti per i quali è necessario un maggiore supporto a garanzia di un servizio adeguato ed equo ai cittadini.

Per trovare risposte ai propri bisogni di cura, l'assistito accede al Servizio sanitario regionale attraverso il MMG/PLS, attraverso i servizi territoriali o distrettuali oppure anche attraverso l'ospedale. A prescindere dalla porta d'accesso al sistema, la programmazione dell'assistenza territoriale deve essere ricondotta al distretto, potenziando la sua funzione di facilitatore dei processi di integrazione tra i diversi nodi della rete dei servizi per assicurare una risposta continua e coordinata ai bisogni della popolazione.

Il nuovo assetto istituzionale e organizzativo, che verrà declinato a livello regionale attraverso successivi atti attuativi, prevede un modello assistenziale basato sul rafforzamento dei servizi territoriali, valorizzando il ruolo dell'assistito,

integrando i servizi sanitari in un approccio olistico incentrato sul rafforzamento dei servizi sanitari locali, per una presa in carico globale del cittadino che tenga conto delle preferenze e delle esigenze della persona.

L'analisi del territorio regionale nella sua complessità e variabilità dal punto di vista demografico, socio-economico ed epidemiologico, e lo studio sul fabbisogno di salute della popolazione, pongono le basi per sviluppare le scelte strategiche della programmazione socio-sanitaria, al fine di rispondere al meglio alla diversificazione della domanda di salute.

ASSISTENZA DISTRETTUALE SOCIO-SANITARIA

AMBITI TERRITORIALI E COMPETENZE. LEGGE REGIONALE DI RIFORMA SANITARIA N. 24/2020

Gli ambiti territoriali delle Aziende socio-sanitarie locali (ASL) di cui alla riforma, corrispondono in fase di prima applicazione, a quelli delle Aree socio-sanitarie locali (ASSL) e, all'interno del territorio regionale, le ASL risultano articolate in 24 distretti socio-sanitari, come di seguito illustrato:

- ASL n. 1 di Sassari: Sassari, Alghero e Ozieri (3 Distretti);
- ASL n. 2 della Gallura: Olbia, Tempio e La Maddalena (3 Distretti);
- ASL n. 3 di Nuoro: Nuoro, Macomer, Siniscola e Sorgono (4 Distretti);
- ASL n. 4 dell'Ogliastra: Tortolì (1 Distretto);
- ASL n. 5 di Oristano: Oristano, Ales-Terralba e Ghilarza-Bosa (3 Distretti);
- ASL n. 6 del Medio Campidano: Sanluri e Guspini (2 Distretti);
- ASL n. 7 del Sulcis: Carbonia, Iglesias e Isole San Pietro e Sant'Antioco (3 Distretti);
- ASL n. 8 di Cagliari: Cagliari-Area Vasta, Area Ovest, Quartu-Parteolla, Sarrabus-Gerrei e Sarcidano-Barbagia di Seulo e Trexenta (5 Distretti).

Come noto, le ASL assicurano i Livelli essenziali di assistenza nel territorio istituendo ed organizzando i distretti e i dipartimenti territoriali, i quali operano in maniera integrata con la rete ospedaliera, l'Azienda dell'emergenza-urgenza e il sistema integrato dei servizi alla persona. Ai sensi dell'art. 37, comma 2, della citata L.R. 24/2020, *"l'organizzazione dipartimentale è regolata dall'atto aziendale"*. Risultano istituiti in ogni azienda sanitaria, i seguenti dipartimenti territoriali:

- in via sperimentale, due dipartimenti denominati rispettivamente Dipartimento di prevenzione medico (dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria) e Dipartimento di prevenzione veterinario (dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale) articolati ai sensi dell'articolo 7 quater, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni;
- in via sperimentale, il Dipartimento di psicologia di cure primarie;
- il Dipartimento della salute mentale.

Il distretto costituisce un'articolazione dell'Azienda sanitaria, che in un definito ambito territoriale governa la domanda sanitaria e organizza l'assistenza primaria erogata dai servizi territoriali. Ai sensi dell'art. 37, comma 5, della citata L.R. 24/2020, *"Il distretto territoriale, diretto da un responsabile nominato ai sensi dell'articolo 3 sexies, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, articola l'organizzazione dei propri servizi tenendo conto della realtà del territorio ed assicura:*

- a. il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- b. la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;
- c. la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione del PLUS;
- d. l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;

- e. la promozione, anche in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti;
- f. la fruizione, attraverso gli sportelli unici di accesso, dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri;
- g. l'attuazione dei protocolli diagnostico-terapeutici e riabilitativi adottati dall'azienda".

Ai sensi dell'articolo 3 del DPCM 12.01.2017 sui Livelli essenziali di assistenza, "il livello dell'assistenza distrettuale si articola nelle seguenti aree di attività:

- a) assistenza sanitaria di base;
- b) emergenza sanitaria territoriale;
- c) assistenza farmaceutica;
- d) assistenza integrativa;
- e) assistenza specialistica ambulatoriale;
- f) assistenza protesica;
- g) assistenza termale;
- h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale".

PUNTO UNICO DI ACCESSO E UNITÀ DI VALUTAZIONE TERRITORIALE

Il Punto unico d'accesso (PUA), rappresenta il modello d'assistenza basato sulla presa in carico globale del paziente, frutto del passaggio dal concetto del "curare" a quello del "prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto sociale di riferimento. Il PUA è il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere informazioni relative ai servizi territoriali socio-sanitari, quali le prestazioni erogate, le modalità ed i tempi di accesso.

A livello regionale, la L.R. 24/2020 prevede che le Case della comunità garantiscano, tra le altre, la funzione di Sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria (SUA), con possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP).

All'interno di ciascuna Casa della comunità, il SUA rappresenta il luogo fisico al quale il cittadino può rivolgersi per trovare risposte ai propri bisogni di salute, in maniera più capillare rispetto al PUA che, sebbene continui ad essere un punto di riferimento importante per l'accesso ai servizi socio-sanitari, risulta meno diffuso sul territorio, essendo l'unico a valenza distrettuale.

La figura n. 2 mostra gli accessi al sistema assistenziale e la loro collocazione all'interno della rete territoriale.

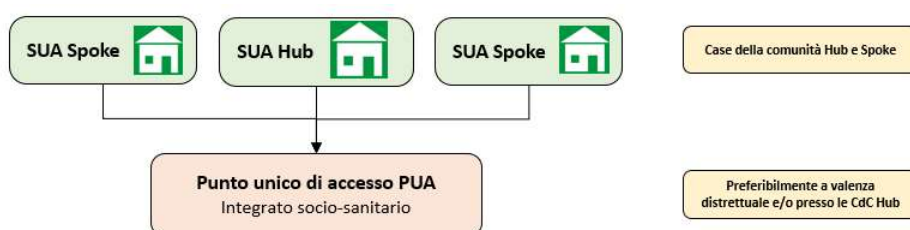


Figura 2: Porte d'accesso al sistema assistenziale regionale

Il sistema SUA/PUA individua le priorità socio-assistenziali e indirizza gli ingressi al sistema in funzione della complessità assistenziale, offrendo risposte personalizzate e proporzionali all'intensità di cura e indirizzando l'assistito direttamente verso i servizi sanitari appropriati o, nel caso di bisogno complesso, verso la valutazione multidimensionale in unità

operative specializzate (UVT), le quali garantiscono la presa in carico, l'appropriatezza ed il monitoraggio degli esiti degli inserimenti.

Questo modello di assistenza focalizzato sulla presa in carico globale della persona, e sulla personalizzazione degli interventi, dedica particolare attenzione nei confronti delle persone con bisogni complessi, soprattutto anziane e con disabilità. Si prevede, pertanto, un potenziamento ed una specializzazione delle UVT, che valorizzi l'esperienza ed il *know-how* maturati nei quindici anni trascorsi dalla loro formale istituzione. In particolare, come illustrato nella figura n. 3, si prevede che la UVT si specializzi nella progettazione di percorsi dedicati a: le cure domiciliari e cure palliative, in linea con la centralità della cura domiciliare del citato PNRR, la riabilitazione e la non autosufficienza.

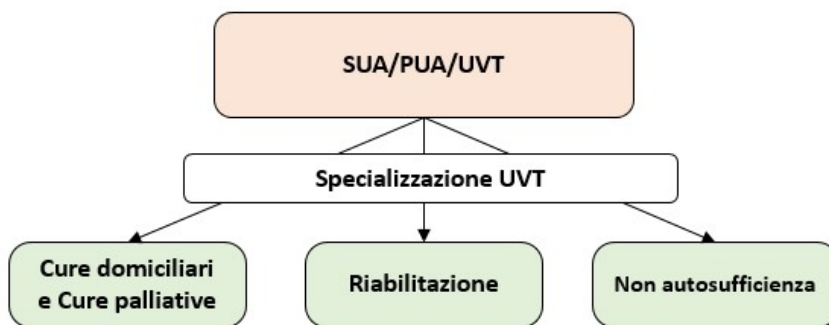


Figura 3: Specializzazione UVT

In base alla tipologia di bisogno da soddisfare si ha una diversa presa in carico dell'assistito, personalizzando l'assistenza in base al bisogno di salute, semplice o complesso.

La successiva figura n. 4 mostra l'iter assistenziale dell'assistito sulla base della tipologia di bisogno socio-sanitario.

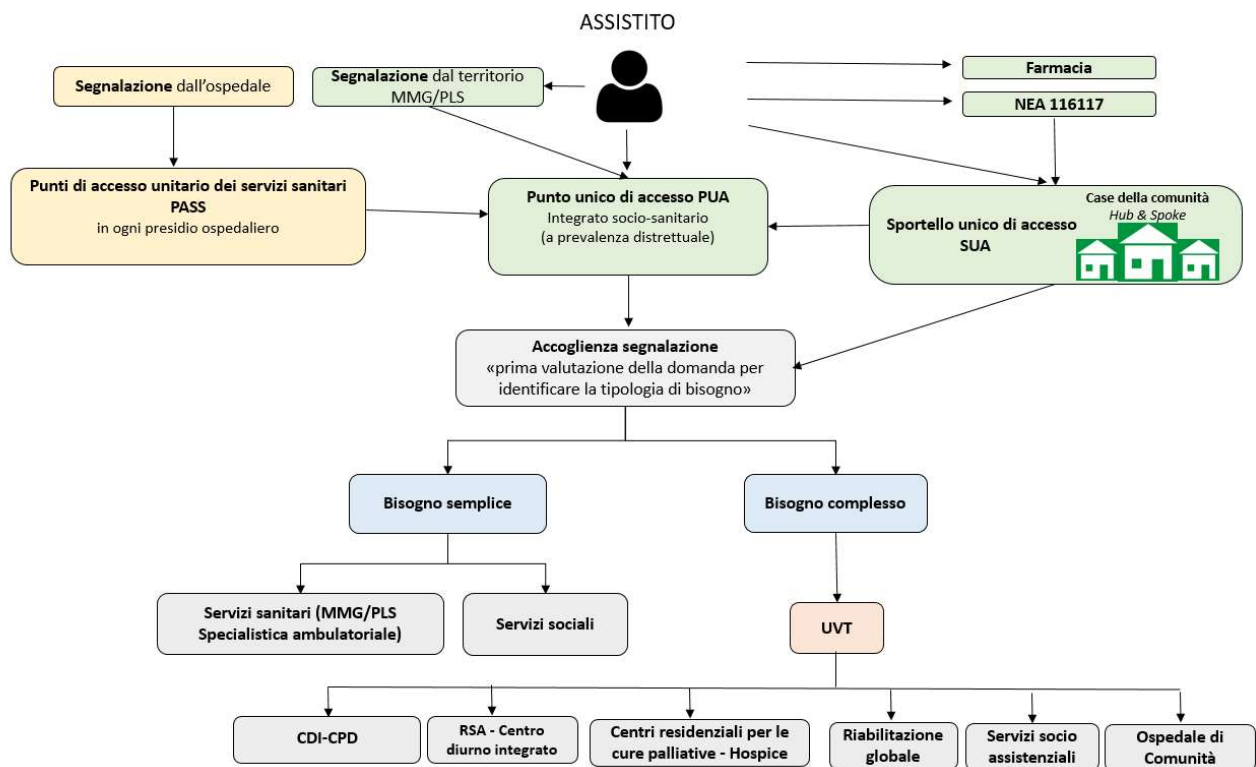


Figura 4: PUA - Iter assistenziale "personalizzato" dell'assistito in base alla tipologia di bisogno socio-sanitario

Al fine di trovare risposte ai propri bisogni di salute, l'assistito può rivolgersi, anche tramite una segnalazione dal territorio (MMG/PLS), al SUA presente all'interno di una delle Casa della comunità, hub e spoke, presenti capillarmente sul territorio, oppure può rivolgersi al PUA, unico a livello distrettuale.

Inoltre, presso ogni presidio ospedaliero è attivo un Punto di accesso unitario dei servizi sanitari ospedalieri (PASS) composto dai responsabili del percorso clinico, in diretta relazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. I PASS, previsti dall'Atto aziendale in ogni presidio ospedaliero, sono orientati a garantire la presa in carico globale del paziente, nella complessità dei suoi bisogni socio-sanitari, con particolare attenzione alla famiglia e anche al contesto di riferimento, con il compito di facilitare, sulla base dei bisogni sociosanitari rilevati, i rapporti tra le strutture operative di assistenza degli stabilimenti ospedalieri e la rete territoriale costituita dal sistema SUA/PUA/UVT, in modo da garantire la continuità comunicativa (informazioni cliniche, terapeutiche e socioassistenziali) tra i vari *setting* assistenziali.

Per la lettura del bisogno di salute, le strutture si avvalgono di figure professionali con competenze socio-sanitarie, convocate a seconda del caso in esame. A seguito della valutazione preliminare viene distinto il bisogno semplice dal bisogno complesso, solo quest'ultimo presuppone la valutazione multidimensionale e la presa in carico globale della persona da parte dell'équipe multiprofessionale della Unità di valutazione territoriale (UVT).

La UVT è una struttura operativa distrettuale che persegue l'obiettivo di garantire una valutazione multidimensionale del bisogno complesso secondo il modello bio-psico-sociale di salute. La UVT lavora in équipe multidisciplinare e multiprofessionale e prende in carico il paziente con bisogno complesso nel passaggio dall'ospedale al territorio e tra i servizi sociali e sanitari.

La UVT rappresenta l'organismo deputato all'attivazione della rete dei servizi territoriali a seguito della valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni del paziente, sulla base delle misurazioni pregresse effettuate dai professionisti che hanno avuto in cura il paziente, eventualmente integrate dalle misurazioni dei professionisti della stessa UVT. A seguito della valutazione del caso, la UVT elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI), il quale rappresenta lo strumento che contiene la programmazione e la pianificazione personalizzata del percorso di cura di ciascun paziente cronico. Al suo interno sono dettagliate le prestazioni che il paziente deve ricevere.

Il sistema SUA/PUA rappresenta la porta di accoglienza alle esigenze del cittadino e la priorità nell'organizzazione dell'attività distrettuale. Questo modello di assistenza focalizzato sulla presa in carico globale della persona e sulla personalizzazione degli interventi, dedica particolare attenzione nei confronti delle persone con bisogni complessi, soprattutto anziane e con disabilità.

La tabella n. 12 rappresenta i Punti unici di accesso attivi sul territorio regionale, suddivisi per ASL e per distretto.

Tabella 12: Punti unici di accesso attivi sul territorio regionale

Punti unici di accesso				
ASL	Distretto	Attivati	Comune	Sede
ASL n. 1 di Sassari	Sassari	1	Sassari	Via Tempio, 5
	Alghero	1	Alghero	Via Degli Orti, 93
	Ozieri	1	Ozieri	c/o Presidio Ospedaliero "A. Segni"
ASL n. 2 della Gallura	Tempio Pausania	1	Tempio Pausania	Via Claudio Demartis
	Olbia	1	Olbia	Viale Aldo Moro
ASL n. 3 di Nuoro	Macomer	1	Macomer	Poliambulatorio (piano 2°), loc. Nuraghe Ruiu
	Siniscola	1	Siniscola	Poliambulatorio, loc. Isalle/Sant'Efisio
	Nuoro	1	Nuoro	Poliambulatorio, via Alessandro Manzoni, 38
	Sorgono	1	Sorgono	c/o Ospedale San Camillo
	Tortoli	1	Tortoli	c/o Poliambulatorio via Monsignor Carcheru, 3

Punti unici di accesso				
ASL	Distretto	Attivati	Comune	Sede
ASL n. 4 dell'Ogliastra	Jerzu	1	Jerzu	c/o Poliambulatorio via Antonio Melis
	Lanusei	1	Lanusei	c/o Casa della Salute, via Dottor Giuseppe Pilia, fronte Presidio Ospedaliero
ASL n. 5 di Oristano	Oristano	1	Oristano	Via Carducci, 41
	Ales-Terralba	1	Ales	Via IV Novembre
	Ghilarza-Bosa	1	Ghilarza	Via Matteotti, 27
		1	Bosa	Via Pischredda n. 3, presso Ospedale Mastino
ASL n. 6 del Medio Campidano	Guspini	1	Guspini	c/o Poliambulatorio via Montale
	Sanluri	1	Sanluri	c/o Poliambulatorio via Bologna, 13
ASL n. 7 del Sulcis	Carbonia	1	Carbonia	Palazzina (ex INAM), Piazza Matteotti
	Iglesias	1	Iglesias	Via S. Leonardo
ASL n. 8 di Cagliari	Cagliari Area Vasta	1	Cagliari	(Padiglione F) - Via Romagna 16
	Assemini - Distretto Area Ovest	1	Assemini	Via Raffaello, 5
	Quartu Sant'Elena - Distretto Quartu Parteolla	1	Quartu Sant'Elena	Via Turati 4/c1 (terzo piano)
	Muravera - Distretto Sarrabus Gerrei	1	Muravera	Via Sardegna snc

ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO

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

Il distretto è inteso come il luogo di integrazione dei processi a favore del paziente, all'interno del quale costruire la rete dei servizi socio-sanitari. Quest'ultima è organizzata attorno ai bisogni sociali e sanitari dell'assistito, il quale si trova in posizione centrale rispetto al complesso sistema organizzativo dei servizi.

La figura n. 5 mostra l'organizzazione del distretto socio-sanitario e la rete dei servizi che la Regione Sardegna intende promuovere e attivare sul territorio. Al fine di trovare risposte ai propri bisogni di salute, il cittadino può:

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

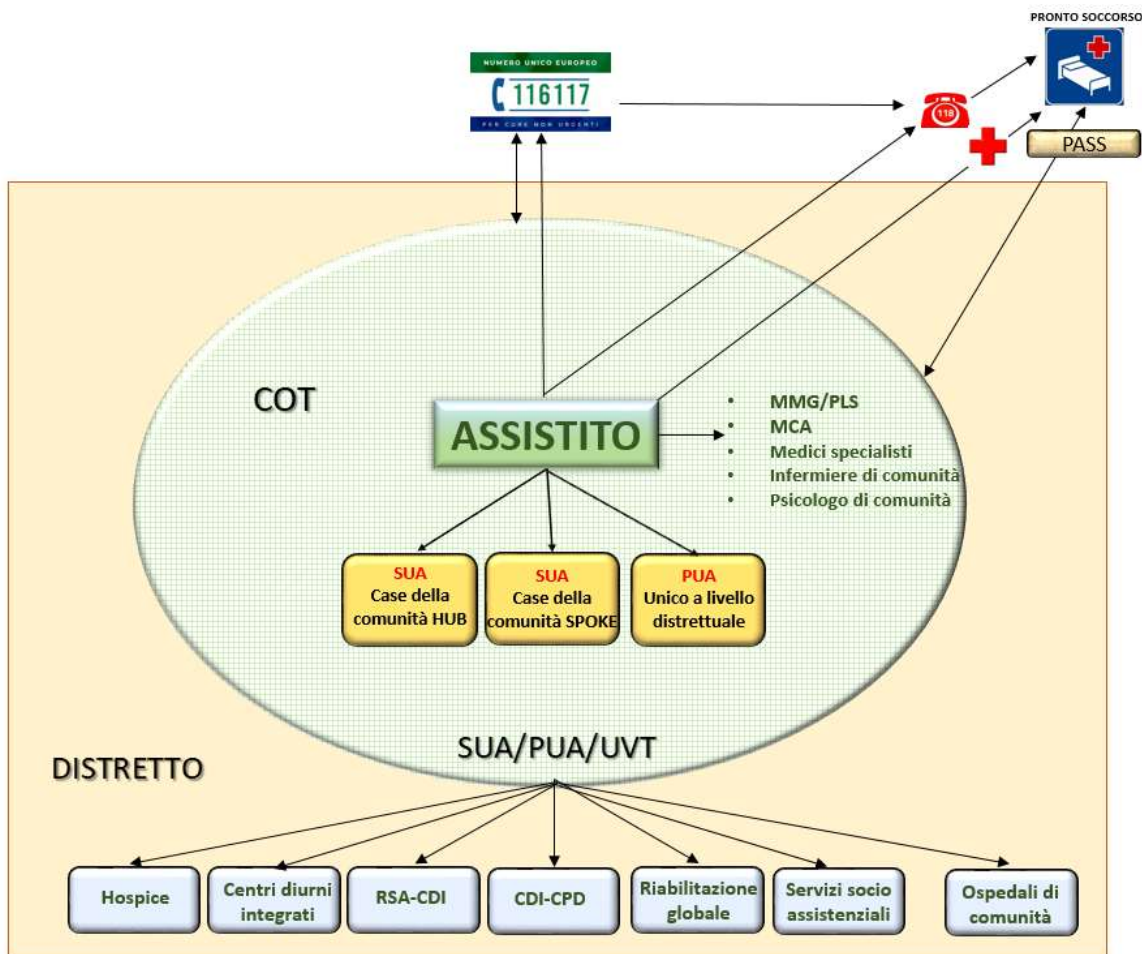


Figura 5: Il distretto socio-sanitario e la rete territoriale dei servizi

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

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

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

Di seguito vengono analizzati i servizi offerti e quelli programmati a livello territoriale all'interno della rete socio-sanitaria della Regione Sardegna.

LE CASE DELLA COMUNITÀ

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

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

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

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

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

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

Al fine di favorire maggiormente l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi, il DL. n. 34/2020, convertito in L.17 luglio 2020, n. 77, ha introdotto la figura dell'Infermiere di famiglia e comunità, con l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, promuovendo una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La Regione Sardegna intende prevedere un infermiere di comunità ogni 3.000 abitanti.

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

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

Si prevede 1 CdC *hub* ogni 40.000 – 50.000 abitanti e CdC *spoke* e ambulatori di MMG e PLS tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle CdC avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente.

Di seguito si riporta la tabella dei servizi da attivare all'interno delle Case della comunità

Tabella 13: Servizi da attivare all'interno delle CdC

MACROAREA	AREE FUNZIONALI	MODELLO ORGANIZZATIVO Casa della Comunità						
		HUB			Spoke			
		Obbligatorio	Facoltativo	Raccomandato	Obbligatorio	Facoltativo	Raccomandato	
SPECIALISTICA	AREA DIAGNOSTICA DI BASE							
	Servizi di diagnosi e cura	DIAGNOSTICA di BASE (Diagnostica Tradizionale, retinografo, spirometro, ecografo, ecc.)	✓				✓	
	AREA PRELIEVI							
	Area prelievi e PO	AREA PRELIEVI	✓				✓	
SPECIALISTICA	ATTIVITÀ AMBULATORIALE SPECIALISTICA							
	Servizi ambulatoriali specialistici	AREA AMBULATORIALE SPECIALISTICA	✓				✓	
		cardiologia						
		diabetologia						
		pneumologia						
		nefrologia						
		neurologia/geriatria						
	Altri (specificare branca inserendo nuove righe)							
CURE PRIMARIE	AREA CURE PRIMARIE							
	Servizi di medicina generale	AMBULATORI per Medici di Medicina Generale (MMG)	✓				✓	
		AMBULATORI per Pediatri di Libera Scelta (PLS)	✓				✓	
		AMBULATORI per Infermieri di Famiglia o Comunità (Ifoc)	✓				✓	
ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ	SERVIZI INFERMIERISTICI							
	Servizi infermieristici	AMBULATORI INFERMIERISTICI (Ifoc)	✓				✓	
	ASSISTENZA MEDICA H24							
	Assistenza medica	ASSISTENZA MEDICA H24 /H12*****	✓ (H24) 7/7				✓ (H12) 6/7	
	PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA/SUA)							
	Punto Unico di Accesso	PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA/SUA)	✓ (PUA/SUA)				✓ (PUA/SUA)	
	ATTIVITÀ CONSULTORIALE							
	Attività consultoriale e attività rivolta ai minori	AMBULATORI		✓				✓
	PREVENZIONE							
	Interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	AMBULATORI		✓				✓
	Programmi di screening			✓				✓
	SALUTE MENTALE							
	Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	AMBULATORI			✓			✓
	MEDICINA DELLO SPORT							
	Medicina dello sport	AMBULATORI			✓			✓
	INTEGRAZIONE con i SERVIZI SOCIALI							
	Presenza degli assistenti sociali	Spazi per ASSISTENTI SOCIALI	✓				✓	
	ASSISTENZA DOMICILIARE							
	Assistenza domiciliare	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)	✓				✓	
		UNITÀ CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (UCA)	✓					
SERVIZI PER LA COMUNITÀ								
Spazi per la comunità	SALA RIUNIONI POLIVALENTE	✓				✓		
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI								
AREA COT	AREA COT							
	Centrale operativa territoriale		✓				✓	
AREA SERVIZI GENERALI								
Servizi urbani per utenti esterni e per il personale medico sanitario	ACCOGLIENZA UTENTI - URP-CUP	✓				✓		
	AREA PERSONALE	✓				✓		
	AREA DIREZIONALE e AMMINISTRATIVA	✓				✓		
AREA SERVIZI LOGISTICI								
Servizi logistici per il funzionamento della struttura socio-sanitaria	ARCHIVI - MAGAZZINI - DEPOSITI	✓				✓		
	SERVIZI INFORMATIVI e TELEMEDICINA	✓				✓		
	ISOLA ECOLOGICA	✓				✓		
	AREA PULIZIA	✓				✓		
AREE LOCALI TECNICI								
CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	LOCALI TECNICI, CENTRALE TECNOLOGICA, LOCALI UTA, ecc.							

La successiva tabella n. 14 rappresenta la programmazione regionale delle Case della comunità da finanziare attraverso l'investimento 1.1) del PNRR, Missione 6 Componente 1. Sulla base dei fondi stanziati dal PNRR, la Regione Sardegna intende realizzare 50 Case della comunità.

Tabella 14 Programmazione regionale delle Case della comunità – Linea di finanziamento PNRR M6C1, investimento 1.1.

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Hub/Spoke
ASL n. 1 di SASSARI	Sassari	Sassari - Via Tempio	Hub
	Sassari	Sassari - Conti	Spoke
	Sassari	Portotorres	Spoke
	Sassari	Castelsardo	Spoke
	Sassari	Perfugas	Spoke
	Alghero	Alghero	Hub
	Alghero	Bonorva	Spoke
	Alghero	Ittiri	Spoke
	Ozieri	Ozieri	Hub
	Ozieri	Bono	Spoke
ASL n. 2 della GALLURA	Olbia	Olbia	Hub
	Olbia	San Teodoro	Spoke
	Olbia	Buddusò	Spoke
	Olbia	La Maddalena	Spoke
	Olbia	Berchidda	Spoke
	Olbia	Arzachena	Spoke
	Olbia	Santa Teresa di Gallura	Spoke
	Tempio	Tempio	Hub
	Tempio	Trinità d'Agultu	Spoke
ASL n. 3 di NUORO	Nuoro	Dorgali	Spoke
	Nuoro	Ottana	Spoke
	Macomer	Macomer	Hub
	Siniscola	Siniscola	Hub
	Sorgono	Sorgono	Hub
	Sorgono	Aritzo	Spoke
ASL n. 4 dell'OGLIASTRA	Tortoli	Jerzu	Spoke
ASL n. 5 di ORISTANO	Oristano	Oristano	Hub
	Oristano	Tramatza	Spoke
	Oristano	Samugheo	Spoke
	Ghilarza Bosa	Ghilarza	Hub
	Ghilarza Bosa	Santulussurgiu	Spoke
ASL n. 6 del MEDIO CAMPIDANO	Sanluri	Sanluri	Hub
	Sanluri	Lunamatrona	Spoke
ASL N. 7 del SULCIS	Carbonia	Carbonia	Hub
	Iglesias	Iglesias	Hub
ASL N. 8 di CAGLIARI	Cagliari area Vasta	Cagliari - Via Romagna	Spoke
	Cagliari area Vasta	Cagliari – Via Quesada	Hub
	Cagliari area Vasta	Monastir	Spoke
	Cagliari area Vasta	Sestu	Spoke

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Hub/Spoke
	Cagliari area Ovest	Elmas	Spoke
	Cagliari area Ovest	Decimomannu	Hub
	Cagliari area Ovest	Villasor	Spoke
	Cagliari area Ovest	Capoterra	Spoke
	Cagliari area Ovest	Teulada	Spoke
	Quartu Parteolla	Sinnai	Spoke
	Quartu Parteolla	Dolianova	Spoke
	Sarrabus Gerrei	Muravera	Hub
	Sarrabus Gerrei	Villasimius	Spoke
	Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta	Isili	Spoke
	Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta	Sadali	Spoke
Totale			50

LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Elemento cardine dell'organizzazione territoriale è la Centrale operativa territoriale (COT) quale luogo dove si incontrano virtualmente i responsabili dei percorsi/processi assistenziali e dove si raccolgono, classificano e smistano le richieste per indirizzarle verso l'appropriata soluzione.

La COT svolge una funzione di raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, appartenenti talvolta a *setting* assistenziali diversi, supportandoli nella gestione dei processi di transizione da un luogo di cura e/o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

La COT costituisce pertanto uno strumento organizzativo innovativo e agisce in forte interconnessione con la UVT, in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza (per il tramite del NEA 116117).

La COT offre supporto nella gestione e nell'assistenza delle persone che presentano bisogni sanitari e sociosanitari complessi, garantendo sostegno informativo e logistico e razionalizzando gli interventi grazie ad un più efficace coordinamento e all'implementazione della telemedicina e di tutti gli strumenti informatici e tecnologici necessari. Le COT, infatti, avendo come target specifico soprattutto le persone con cronicità complesse, fragili, non autosufficienti, persone con disabilità, con problemi afferenti alla salute mentale, malattie rare etc., agiscono come supporto alle azioni governate dai MMG e dai PLS per garantire una vera presa in carico e forniscono anche monitoraggio avanzato dei bisogni sanitari, utilizzando informazioni e dati per programmare azioni proattive.

L'obiettivo della realizzazione del suddetto modello organizzativo è quello di mettere a disposizione dei professionisti della salute uno strumento che consenta di superare la logica della singola patologia e di farsi carico della complessità che la persona assistita esprime assicurando continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio-sanitari.

La COT può essere attivata da tutti gli attori del sistema: personale distrettuale e ospedaliero, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale, dai medici specialisti ambulatoriali interni, dagli altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché dal personale delle strutture di ricovero intermedie (Ospedali di comunità), residenziali e semiresidenziali, dai servizi sociali.

La COT assolve funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (transizione tra i diversi *setting*: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere per il

- tramite del PASS distrettuale, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
 - tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro (attraverso un ADT del territorio);
 - supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
 - raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare anche tramite sperimentazione che beneficerà delle piattaforme già realizzate nell'ambito delle cure primarie e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Le COT sono dotate dei mezzi tecnologici che permettono il controllo da remoto dei dispositivi forniti ai pazienti, supportando lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, nonché rappresenteranno una base di partenza in caso di ulteriori necessità assistenziali per il paziente.

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

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

Il personale infermieristico della COT, che si ipotizza di almeno 3 - 5 infermieri per un distretto standard di 100.000 abitanti, afferisce dal punto di vista operativo a un coordinatore aziendale infermieristico che è il responsabile del funzionamento, mentre dal punto di vista gerarchico afferisce direttamente al direttore di distretto essendo un servizio a valenza

La Regione, avvalendosi delle risorse messe a disposizione dai fondi PNRR intende promuovere l'attivazione di 16 COT.

La tabella n. 15 rappresenta la programmazione regionale delle Centrali operative territoriali da finanziare attraverso l'investimento 1.2) del PNRR, Missione 6 Componente 1. Sulla base dei fondi stanziati dal PNRR, la Regione Sardegna intende realizzare 16 COT.

Tabella 15 Programmazione regionale delle Centrali operative territoriali – Linea di finanziamento PNRR M6C1, investimento 1.2

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero COT
ASL n. 1 di Sassari	Sassari	Sassari	1
	Alghero	Ittiri	1
ASL n. 2 della Gallura	Olbia	Olbia	1
	Tempio	Tempio	1
ASL n. 3 di Nuoro	Nuoro	Nuoro	1
	Macomer	Macomer	1
ASL n. 4 dell'Ogliastra	Tortolì	Tortolì	1
ASL n. 5 di Oristano	Oristano	Oristano	1
	Ghilarza-Bosa	Ghilarza	1
ASL n. 6 del Medio Campidano	Sanluri	Samassi	1
ASL n. 7 del Sulcis	Carbonia	Carbonia	1
	Iglesias	Iglesias	1
ASL n. 8 di Cagliari	Cagliari Area Vasta	Cagliari	1
	Cagliari Area Ovest	Assemini	1
	Sarrabus Gerrei	Muravera	1
	Sarcidano, Barbagia di Seulo, Trexenta	Isili	1
Totale			16

OSPEDALI DI COMUNITÀ

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

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

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

Si prevede un Ospedale di comunità (con uno o due moduli ciascuno di 20 posti letto) ogni 100.000 abitanti, per favorire la capillarità dei servizi sul territorio ed un equo accesso alle cure; 0,2 p/l per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale; personale: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6

Operatori Socio Sanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7

Inoltre, la Regione Sardegna ha recepito, con la DGR 48/47 del 10.12.2021, i requisiti autorizzativi e di accreditamento e intende implementare il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni necessari alla messa a regime di tali attività. Avvalendosi delle risorse messe a disposizione dai fondi nazionali e regionali, la Regione intende promuovere l'attivazione di 13 OdC da finanziare attraverso fondi PNRR.

La successiva tabella n. 16 rappresenta la programmazione regionale degli Ospedali di comunità da finanziare attraverso l'investimento 1.3) del PNRR, Missione 6 Componente 1. Sulla base dei fondi stanziati dal PNRR, la Regione Sardegna intende realizzare 13 Ospedali di comunità.

Tabella 16 Programmazione regionale degli Ospedali di comunità – Linea di finanziamento PNRR M6C1, investimento 1.3

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero OdC
ASL n. 1 di SASSARI	Sassari	Ploaghe	1
	Sassari	Sassari	2
	Ozieri	Ozieri *	1
ASL n. 2 della GALLURA	Olbia	La Maddalena *	1
	Tempio	Tempio *	1
ASL n. 3 di NUORO	Nuoro	Nuoro *	1
	Sorgono	Sorgono *	1
ASL n. 5 di ORISTANO	Ghilarza Bosa	Ghilarza *	1
	Ghilarza Bosa	Bosa *	1
ASL n. 7 del SULCIS	Iglesias	Iglesias *	1
ASL n. 8 di CAGLIARI	Cagliari area Vasta	Cagliari - Marino	1
	Cagliari area Vasta	Cagliari - Binaghi	1
Totale			13

* Ospedali di comunità previsti nella Rete Ospedaliera con deliberazione n. 6/15 del 02.02.2016 "Proposta di ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna", adottata dalla Giunta regionale ed approvata dal Consiglio regionale nella seduta del 25 ottobre 2017.

La Regione Sardegna ha garantito la copertura di tutto il territorio regionale con ulteriori strutture (CdC, OdC. COT), finanziate con fondi comunitari e provvederà alla relativa attivazione dando priorità a quelle situate nelle zone che risultano scoperte come riportato nel paragrafo "COPERTURE COMPLESSIVA A LIVELLO REGIONALE DELLE STRUTTURE TERRITORIALI"

UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'Unità di Continuità Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe che afferisce al Distretto ed è composta da 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. L'équipe UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale

Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità.

Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- presa in carico e follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.

L'UCA sarà dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati; sarà dotata inoltre di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente. La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità hub alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

Lo Standard previsto è di 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti.

ASSISTENZA DELLE CURE PRIMARIE

Un importante ambito di rinnovamento del Servizio sanitario regionale si riferisce alla riorganizzazione delle cure primarie delle quali va accelerato il riassetto organizzativo e funzionale che tenda ad un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) e l'istituzione, ai sensi della citata L.R. 24/2020, in via sperimentale, del Dipartimento di psicologia delle cure primarie (DPCP).

L'obiettivo che si intende perseguire è quello di potenziare le cure primarie per adeguarle alla mutata realtà socio sanitaria, attuando l'implementazione della medicina di prossimità, il più vicino possibile ai bisogni dei cittadini. Occorre avviare il graduale superamento dell'assistenza primaria attualmente in gran parte basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme più aggregate ed integrate di organizzazione del lavoro, che consentano, se possibile in sedi uniche, di offrire risposte ai bisogni di salute dei cittadini. Inoltre, con il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa e con il potenziamento della rete delle cure primarie, i servizi devono essere proattivamente indirizzati all'assistenza alle persone con bisogni complessi come i malati cronici e gli anziani fragili, inserendo gli assistiti in percorsi di presa in carico globale e integrata. Le medicine di gruppo e i team multiprofessionali dell'assistenza primaria rappresentano il punto di riferimento per la comunità a livello territoriale e il luogo di primo contatto per l'assistito.

Tra le azioni strategiche che la Regione Sardegna intende potenziare vi è lo sviluppo di un modello organizzativo di riferimento delle cure primarie, in grado di mettere in rete le forme associative della medicina generale e della pediatria di libera scelta con i nodi dell'assistenza territoriale. La Casa della comunità promuove il lavoro multidisciplinare e multiprofessionale con il coinvolgimento attivo dei MMG/PLS, e rappresenta un'importante opportunità di sviluppo professionale per tutti i medici convenzionati, poiché offre la possibilità di lavorare in maniera integrata con altre

professioni. I MMG e i PLS inoltre possono svolgere le attività ambulatoriali presso le Case della comunità in appositi spazi dedicati, mantenendo comunque la capillarità territoriale dei loro ambulatori.

Con la deliberazione n. 60/2 del 02.12.2015, la Giunta regionale ha approvato le Linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie, promuovendo un modello multidisciplinare e interprofessionale dell'assistenza territoriale, attraverso l'istituzione di forme di aggregazione strutturale (UCCP – Unità complesse di cure primarie) e di aggregazione funzionale (AFT – Aggregazioni funzionali territoriali) della medicina convenzionata, integrata con il personale dipendente del SSN, per l'erogazione delle cure primarie nell'ambito dell'organizzazione dei distretti socio-sanitari. Tali forme di aggregazione opereranno in maniera integrata all'interno di strutture e di presidi del SSR in sedi dislocate nei territori dei distretti di appartenenza. Nelle realtà non urbane, che caratterizzano le zone interne della regione, nelle quali non sia ipotizzabile l'uso di sedi uniche dell'assistenza primaria, è necessario promuovere ed implementare l'uso dell'informatica medica, della telemedicina e del telesoccorso.

Così come previsto dal DM 77/2022, tutte le aggregazioni AFT e UCCP sono ricomprese nelle case della comunità, avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente. In relazione all'Unità di continuità assistenziale (UCA), i MMG e PLS delle AFT e UCCP collaborano con l'equipe della detta Unità.

All'interno della riorganizzazione territoriale delle cure primarie, la Regione Sardegna, nel rispetto delle prescrizioni del DM 77/2022 e di quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la Medicina generale del 28.04.2022, intende procedere alla definizione degli atti di programmazione volti a istituire le forme organizzative monoprofessionali e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali. Si procederà, nell'ambito della detta programmazione:

- all'istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
- all'istituzione di forme organizzative multiprofessionali tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa;
- alla realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi.

All'interno della riorganizzazione territoriale delle cure primarie, la Regione Sardegna intende, altresì, potenziare il ruolo delle farmacie, presidi del Servizio sanitario nazionale sul territorio, quali punti di riferimento fondamentali per gli assistiti, riconoscendo alla rete delle farmacie pubbliche e private professionalità e vicinanza all'assistito, soprattutto per i fragili con patologie croniche e per i familiari. Il ruolo della farmacia è notevolmente cambiato e sebbene attualmente l'attività sia prevalentemente orientata alla distribuzione dei farmaci, la Regione Sardegna, come disposto dalla legge n. 69 del 18.06.2009, intende promuovere il modello delle "farmacie dei servizi", con la possibilità di erogare servizi e prestazioni professionali infermieristiche e/o riabilitative agli assistiti. La farmacia dei servizi, qualora integrata funzionalmente nella rete assistenziale territoriale, rappresenta la sede in cui l'assistito può trovare una prima risposta ai propri bisogni di cura. Alla luce di questo, la Regione Sardegna intende potenziare il ruolo delle farmacie coinvolgendole attivamente all'interno della filiera assistenziale territoriale e rafforzando il loro ruolo di erogatori di servizi sanitari, facilitando il conseguimento dei seguenti obiettivi:

- campagne di prevenzione primaria e secondaria, nel rispetto dei protocolli condivisi tra il distretto socio-sanitario e i MMG/PLS, tra cui:
- realizzazione di campagne di educazione sanitaria sulla promozione dei corretti stili di vita;
- screening per la rilevazione dei parametri di salute a scopo preventivo (glicemia, pressione arteriosa ed altre rilevazioni);
- l'aderenza ai trattamenti e alle terapie soprattutto per gli assistiti con patologie croniche nel rispetto dei protocolli condivisi con il team di cura e la segnalazione di sospette reazioni avverse ai farmaci anche conseguenti ad errori terapeutici;
- monitoraggio degli assistiti per il tramite del dossier farmaceutico inserito all'interno del FSE;

- supporto ai cittadini per le azioni di sanità elettronica (ad esempio prenotazioni, pagamento ticket, attivazione in consultazione del FSE ed altri servizi).

Al fine di potenziare le cure primarie e di adeguarle alla mutata realtà socio sanitaria, la citata legge regionale n. 24/2020 ha inoltre istituito, in via sperimentale, il Dipartimento di psicologia di cure primarie (DPCP) con l'obiettivo di garantire un primo livello di servizi di cure psicologiche nella medicina di base, arricchendo l'offerta delle cure territoriali della regione, soprattutto a favore delle persone più fragili. Il Dipartimento di psicologia di cure primarie è un Servizio territoriale istituito in ogni azienda sanitaria e si colloca all'interno dell'attività distrettuale per affinità con le cure primarie generaliste.

La legge di riforma sanitaria regionale ha inoltre previsto l'inserimento all'interno del SSR la figura dello psicologo delle cure primarie, *"una figura professionale in grado di favorire il benessere e la qualità della vita dei pazienti, attraverso interventi di tipo psicologico o psicoterapeutico finalizzati alla cura della sofferenza emotiva, fornendo un primo livello di servizi di cure psicologiche accessibile a tutti indistintamente"*. Lo psicologo delle cure primarie, secondo la citata normativa, opera *"in sinergia con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, consente la presa in carico della persona e garantisce la prevenzione e le cure psicologiche di prossimità, prima che il disagio, anche transitorio, divenga un problema di patologia vero e proprio"*. Inoltre, l'attività dello psicologo di cure primarie è finalizzata alla prevenzione secondaria per attuare un intervento di primo livello nei casi di sofferenza psicologica già in atto ed inviare l'assistito verso i servizi socio-sanitari appropriati. Per tal motivo, il Dipartimento di psicologia di cure primarie può fungere da collegamento funzionale tra il distretto socio-sanitario e il Dipartimento della salute mentale.

La Regione Sardegna intende prevedere la presenza fondamentale dello psicologo di cure primarie all'interno delle Case della comunità, sede privilegiata dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali e per questa ragione, contesto ideale per la realizzazione di punti di ascolto.

CURE DOMICILIARI INTEGRATE E CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

L'assistenza domiciliare è un servizio a valenza distrettuale in grado di gestire presso il domicilio interventi caratterizzati da diversi livelli di intensità e complessità assistenziale nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Il domicilio come primo luogo di cura è individuato dalla programmazione sanitaria nazionale quale *setting* privilegiato dell'assistenza territoriale.

La programmazione sanitaria regionale si pone l'obiettivo di identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari, anche quando il domicilio è di tipo comunitario e non privato (strutture integrate per non autosufficienti) e che sfrutti anche le possibilità offerte dalle nuove tecnologie come la domotica, la telemedicina e la digitalizzazione. Pertanto, il potenziamento dell'assistenza integrata territoriale risulta essere una priorità della programmazione regionale, intensificando le prestazioni domiciliari e diminuendo contestualmente il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate.

In linea con le vigenti linee di indirizzo contenute all'interno della DGR n. 35/17 del 2018, le risposte assistenziali previste nell'ambito dell'assistenza domiciliare vengono individuate a seguito della valutazione multidisciplinare e multidimensionale delle condizioni del paziente, da parte dell'Unità di valutazione territoriale (UVT). Come rappresentato dalla figura n. 5, la presa in carico dell'assistito avviene attraverso il coinvolgimento dell'équipe multidimensionale della UVT, che si avvale di figure professionali con competenze socio-sanitarie, convocate a seconda del caso in esame, ed anche di un team specializzato per i servizi delle Cure domiciliari integrale e delle Cure domiciliari palliative. A seguito della valutazione del caso, la UVT specializzata per le cure domiciliari e palliative, elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI) che, a seconda del bisogno di cura individuato dalla UVT, attiva il servizio per i servizi CDI-CPD. L'integrazione funzionale tra l'assistenza domiciliare con gli altri servizi assistenziali distrettuali avviene grazie al coordinamento e raccordo delle COT.

La figura n. 6 mostra il percorso dell'assistito per accedere al sistema territoriale delle cure domiciliari integrate e delle cure palliative domiciliari.

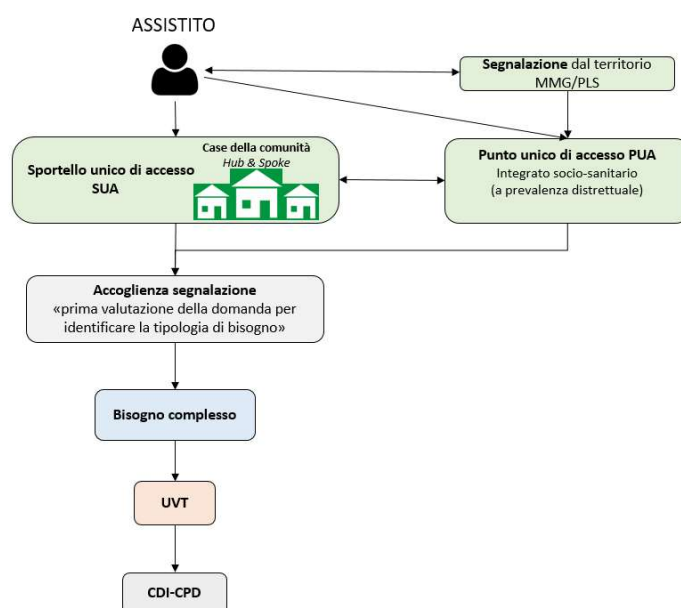


Figura 6: Porta d'accesso alle Cure domiciliari integrate e alle Cure palliative domiciliari

Il potenziamento delle CDI e CPD si colloca in un filone di attività già attivato dalla regione nell'ultimo decennio. Grazie alle risorse premiali del Fondo FSC 2007-2013, infatti, sono stati attivati 7 interventi di potenziamento delle cure domiciliari su tutto il territorio. Le azioni hanno spaziato dal finanziamento degli accessi al potenziamento dell'assistenza protesica per i pazienti inseriti nei percorsi di cure domiciliari, fino alla formazione professionale e universitaria per gli operatori, con l'erogazione di tre master universitari, di cui due dedicati alle professioni sanitarie (medici e comparto).

Con DGR n. 32/38 del 25.10.2022 "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e approvazione preliminare dei requisiti ulteriori di accreditamento delle cure domiciliari." sono stati approvati i requisiti minimi autorizzativi per lo svolgimento delle cure domiciliari ed in via preliminare, i Requisiti di accreditamento per lo svolgimento delle cure domiciliari definiti sulla base dell'Intesa Stato Regioni del 04/08/2021.

Centri residenziali per le cure palliative - Hospice

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

Alla luce delle nuove disposizioni nazionali in materia, si intende potenziare lo sviluppo di un modello di rete interaziendale, già avviato nel 2013, in maniera coerente con le recenti linee guida nazionali e con il nuovo sistema degli accreditamenti³, e garantendo cure palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo percorso, per ogni

³ 1. L'Accordo del 25/3/2021, in allegato, recante "Accreditamento delle reti di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38" e che, all'art. 2, prevede che "Le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire il presente Accordo entro 12 mesi dalla data di approvazione, inserendo e contestualizzando i relativi contenuti di accreditamento della rete, volti alla qualificazione dei percorsi di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, nelle procedure di accreditamento ordinariamente utilizzate. Si impegnano altresì, ad avviare le procedure per l'accREDITAMENTO delle reti nel territorio di competenza".

2. Gli Accordi del 2020 sui documenti "AccREDITAMENTO delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n.38" (Rep Atti n. 118/CSR), "AccREDITAMENTO delle reti di terapia del dolore, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep Atti n. 119/CSR).

età e in ogni luogo di cura. La Rete delle cure palliative, per la quale la Regione ha attivato diversi percorsi formativi sia di livello aziendale sia di livello universitario, è interconnessa alle reti clinico assistenziali.

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

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

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

La figura n. 7 mostra il percorso dell'assistito per accedere al sistema territoriale delle cure palliative - Hospice.

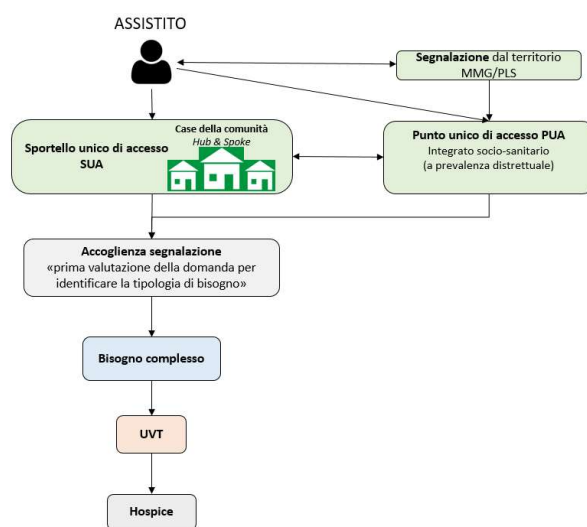


Figura 7: Porta d'accesso ai Centri residenziali per le cure palliative – Hospice

Consultori Familiari - Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Il Consultorio Familiare (CF) è la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alle donne, in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), ai minori, alle famiglie in senso ampio, in linea con le evoluzioni sociali correnti, all'interno del contesto comunitario di riferimento. Il CF offre servizi per la gestione, della gravidanza, della genitorialità, del puerperio; risponde alle richieste di interruzione volontaria della gravidanza (IVG) e alle richieste di aiuto nella gestione delle relazionali affettive, sessuali e intra familiari del singolo, della coppia o dell'intero nucleo famiglia. Il CF nell'ambito delle professionalità disponibili a

legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale garantisce tutte le prestazioni descritte nell'art. 24 del Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate.

Sin dalla sua istituzione il CF ha rappresentato un osservatorio privilegiato dei cambiamenti sociali, incontrandoli quotidianamente, a partire dalla fase evolutiva adolescenziale, alla transizione alla genitorialità, in particolare alla maternità, in un lavoro continuo che coniuga i due aspetti caratterizzanti di questo servizio: la prevenzione e la presa in carico. Esso si configura come l'unico Servizio che si rivolge all'individuo, alla coppia e alla famiglia, nella sua accezione più ampia, nei passaggi fondamentali del ciclo di vita.

Il principio ispiratore del lavoro del Consultorio è quello della integrazione, che avviene a tutti i livelli quale presupposto fondamentale per il raggiungimento dei suoi obiettivi. Tale principio è evidente sia all'interno del CF che nel modo in cui questo si rapporta al contesto in cui opera; in particolare, possiamo identificare tre livelli di integrazione, propri del CF:

1. al suo interno, in quanto opera, sin dalla sua istituzione, in équipe multi professionali e multidisciplinari ed è aperto alla valorizzazione dell'utente come risorsa nel processo di produzione del benessere, dell'individuo, della famiglia e della comunità;
2. all'interno del sistema sanitario, in quanto opera in stretta connessione con i servizi di assistenza ospedaliera e con le altre articolazioni dell'assistenza territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute nei "primi 1000 giorni", della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della salute mentale (es. Pediatri di Libera Scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).
3. nel contesto extra sanitario in quanto, opera oltre che con il sociale, con innumerevoli altri attori es. settore scolastico, culturale, sportivo per il contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Le attività del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (territoriali ed ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile.

Centrale Operativa 116117

Il Numero europeo armonizzato (NEA) 116117 è il numero unico in Italia e in Europa per l'accesso ai Servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari e concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità. È un importante strumento di comunicazione rivolto a tutti i cittadini, italiani e stranieri, gratuito e senza obbligo di registrazione preventiva. È un numero a chiamata rapida e non necessita di prefisso, disponibile h24 per 7 giorni a settimana e può essere raggiunto da qualsiasi telefono fisso o mobile o apparecchio pubblico. Il servizio offerto dall'attivazione del NEA 116117 permetterà ai cittadini di ricordare un unico numero per avere risposta ai diversi bisogni di salute. Il NEA 116117 rappresenta, pertanto, un'opportunità per il miglioramento dell'assistenza sanitaria e si inserisce nel contesto della rimodulazione delle attività delle cure primarie.

L'attivazione del NEA 116117 non costituisce dunque solo una mera sostituzione dei numeri dell'attuale servizio di Continuità Assistenziale, ma rappresenta un'opportunità per il miglioramento dell'assistenza sanitaria non urgente a valenza sociale, garantendo a tutti i cittadini, nelle 24 ore, la possibilità di ricevere senza interruzione risposte alle chiamate per problematiche mediche non urgenti.

In Regione Sardegna il progetto di attuazione del NEA 116117 è stato affidato, con legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, all'Azienda regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS). L'articolo 21 della citata legge di riforma sanitaria dispone, infatti, che "l'AREUS garantisce l'operatività del servizio di numero unico emergenza (NUE) 112 sul

territorio regionale e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea attiva, secondo le indicazioni regionali e in collaborazione con le ASL competenti, il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117)”.

L'attivazione del NEA 116117 è legata anche al raccordo con il servizio Emergenza/Urgenza dalle ore 24 alle ore 08 come richiesto in particolare, dall'Accordo Stato Regioni del 7 Febbraio 2013 “Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”. Tale documento fornisce le indicazioni relative all’adozione di sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore, finalizzati ad assicurare la continuità delle cure, per intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità di cura mediante:

- la centralizzazione almeno su base provinciale delle chiamate al Servizio di continuità assistenziale;
- la condivisione con il Servizio di Emergenza Urgenza delle tecnologie e integrazione con i sistemi informativi regionali, lasciando comunque distinto l’accesso degli utenti alle numerazioni NUE 112 e alla Continuità Assistenziale.

L’Accordo Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 24 novembre 2016 ai sensi dell’articolo 5 comma 12 dell’Intesa del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR) “Patto per la salute 20+14-2016” tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Linee di indirizzo sui criteri e la modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117” ne ha definito le caratteristiche. Al fine di dare seguito alla disposizione normativa di riforma sanitaria regionale, il progetto di attuazione del NEA 116117 è affidato all’AREUS che, progressivamente, accentra le attività in una centrale con sede a Nuoro.

Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale e Centri Diurni Integrati

La Regione intende promuovere il potenziamento su tutto il territorio regionale dell’assistenza sanitaria extra-ospedaliera tenendo conto delle diverse aree di bisogno. Particolare attenzione è rivolta al momento dell’emersione del bisogno di salute, per far in modo di indirizzare efficacemente e precocemente le attività sociosanitarie verso un percorso di cura appropriato e rispondente alle particolari esigenze dell’assistito. Attraverso l’integrazione ospedale-territorio, si promuove il principio della “continuità delle cure”, garantendo un’articolata rete assistenziale a livello territoriale diversificata per intensità di cure. In tale contesto i confini di competenza dei servizi residenziali e semi-residenziali territoriali, quali le RSA e i Centri diurni integrati sono ridefiniti alla luce del ruolo degli Ospedali di comunità, che promuovono un modello organizzativo in cui le cure intermedie garantiscono il continuum assistenziale tra ospedale e servizi territoriali.

La successiva figura n. 8 mostra il percorso dell’assistito per accedere al sistema territoriale residenziale e semi-residenziale e ai Centri diurni integrati.

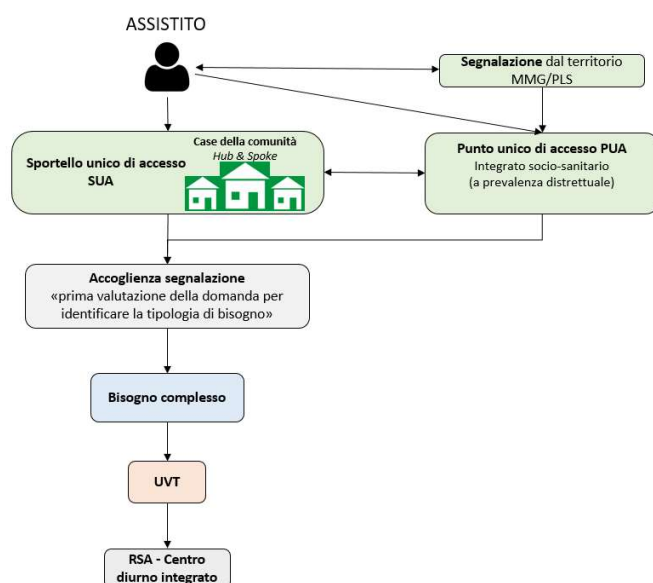


Figura 8: Accesso al sistema territoriale – RSA e Centri diurni integrati

Attraverso la creazione della UVT specializzata per la non autosufficienza, si offrono maggiori garanzie di appropriatezza e monitoraggio degli esiti degli inserimenti. Come rappresentato dalla figura n. 7, la presa in carico dell'assistito avviene attraverso il coinvolgimento dell'équipe multidimensionale della UVT, che si avvale di figure professionali con competenze socio-sanitarie, convocate a seconda del caso in esame.

La UVT elabora un'offerta di servizi all'assistito, attraverso la redazione del Progetto assistenziale personalizzato (PAI) e, a seconda del bisogno di cura individuato, attiva il servizio specializzato per la non autosufficienza. L'integrazione funzionale tra questo tipo di assistenza e gli altri servizi assistenziali distrettuali avviene grazie al coordinamento e raccordo delle COT.

Con la deliberazione n. 22/24 del 03/05/2017, la Giunta regionale ha aggiornato le "Linee di indirizzo in materia di Residenze sanitarie assistenziali e di Centri diurni integrati" contenute nella DGR n. 25/6 del 13.6.2006, con particolare riferimento ai profili assistenziali, riconducendo gli stessi ai profili di riferimento del Ministero della Salute, scaturiti dal progetto "Mattone 12", a quelli del disciplinare tecnico dei flussi informativi della Regione Sardegna, nella parte relativa al sistema denominato ARS (Assistenza Residenziale e Semiresidenziale) ed a quelli del D.P.C.M. sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) del 12.1.2017.

RETE REGIONALE DEI SERVIZI PER LA SALUTE MENTALE (RERS-SM)

La regione Sardegna intende potenziare i servizi dedicati alla promozione e alla tutela della salute mentale. L'investimento in questo ambito è strategico al raggiungimento di almeno tre obiettivi di sistema:

1. la **riduzione diretta** del carico di malattie croniche non trasmissibili (MCNT) comprendenti, oltre alle malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche, il diabete e i disturbi muscolo scheletrici, anche i disturbi di salute mentale, responsabili per circa il 13% del carico globale di MCNT, con la depressione da sola responsabile per il 4,3% di tale carico e per l'11% degli anni di vita vissuti con una disabilità a livello globale;
2. la **riduzione indiretta** del carico di malattie croniche non trasmissibili (MCNT) attraverso la modificazione del consumo di tabacco, delle errate abitudini alimentari, della sedentarietà, del consumo rischioso e dannoso di alcol i quali, insieme ad agenti ambientali, sociali economici e culturali, rappresentano i fattori di rischio modificabili responsabili per il 60% del carico di malattia (Burden of Disease) in Europa e in Italia;
3. la costruzione di un sistema sanitario orientato alla **riduzione delle disuguaglianze**, la cui origine risiede non solo nelle condizioni economiche e sociali dei cittadini, ma anche nelle loro condizioni di fragilità, tra le quali figura il disturbo mentale.

POPOLAZIONE TARGET, OBIETTIVI E STRUMENTI DELLA RERS-SM

L'azione della ReRS-SM è diretta alle fasce di popolazione differenziate in base ai bisogni di salute già identificate nel modello regionale di presa in carico del paziente.

Nell'ambito della salute mentale, tuttavia, occorre precisare alcune peculiarità del sistema.

1. Relativamente alla **popolazione con bisogni prevedibili in ambito di salute mentale** gli strumenti di lavoro, selezionati in base ai bisogni dell'individuo, sono rappresentati da:
 - i. il *Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale* (PDTA) per la gestione di casi con bisogni semplici, mono o pluripatologici;
 - ii. il *Progetto Terapeutico Abilitativo-Riabilitativo Assistenziale* (PTARA) per la gestione di casi con bisogni complessi, mono o pluripatologici, che richiedono un'offerta integrata di servizi sanitari e sociali tesi al potenziamento e/o al recupero del ruolo sociale dell'individuo e al miglioramento della sua qualità di vita;
 - iii. il *Progetto di vita*, strumento di welfare generativo, di cui il Budget di salute rappresenta, ad oggi, la principale espressione, utilizzato per la gestione di casi con bisogni complessi, mono o pluri-patologici, che richiedono un'offerta coordinata di servizi sanitari, sociali e di altra natura (es. di inserimento lavorativo, formazione, sostegno all'abitare e alla genitorialità etc); questo strumento è adottato nel caso di pazienti con buoni livelli di funzionamento e risorse individuali che ne permettano la partecipazione attiva alla pianificazione del percorso;

Nell'ambito della salute mentale, inoltre, notevole importanza assumono le attività di *capacity building* presso tutti gli attori del sistema al fine di alimentare la crescita degli operatori in tutte le professioni coinvolte nella presa in carico dell'utenza (operatori sanitari, scolastici, del sociale del sistema penitenziario, etc).

2. per la **popolazione con bisogni imprevisti in ambito di salute mentale** non è possibile prevedere il ricorso alle Case della comunità come primo punto d'accesso al sistema, in quanto essa risulta sfornita delle professionalità necessarie al trattamento della casistica. L'accesso alla ReRS-SM, pertanto, continuerà ad avvenire tramite i nodi della rete ospedaliera, quali gli SPDC e il Pronto Soccorso. Dopo la messa in sicurezza del paziente, i nodi della rete ospedaliera effettuano la presa in carico e l'invio alla struttura più appropriata - per competenze e

dotazione tecnologica - alla formulazione della diagnosi, qualora non ancora individuata, o all'attivazione di un percorso di cura e/o presa in carico globale da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale, che iniziano il processo di presa in carico del paziente ancor prima della sua dimissione, in sinergia con la struttura dimettente, a garanzia di una transizione fluida del paziente nel territorio.

L'appartenenza alle sopra citate fasce di popolazione non è mutualmente esclusiva; un assistito cronico della ReRS-SM, può essere privo di co-morbilità e può quindi essere considerato sano rispetto ad altre MCNT; egli beneficerà, pertanto, degli interventi riservati alla popolazione con bisogni prevedibili di salute mentale e, al contempo, di interventi di prevenzione come i programmi di screening oncologici o quelli di promozione della salute per l'adozione dei corretti stili di vita.

Nella seguente tabella n. 17 si riportano sinteticamente le tre modalità di attivazione della ReRS-SM, definite sulla base delle caratteristiche della popolazione target, con relativi compiti e i più comuni strumenti di lavoro.

Tabella 17 Quadro sinottico della Rete regionale dei Servizi per la Salute Mentale (ReRS-SM)

Modalità di attivazione	Popolazione target	Obiettivi	Strumenti di lavoro	Nodi attivati
Preventiva	Popolazione sana	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo, implementazione e monitoraggio di un programma coordinato di interventi di prevenzione e promozione della salute 	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi di empowerment - Azioni di advocacy per la tutela della Salute Mentale - Altri interventi evidence-based 	Dipartimenti di Psicologia di cure primarie, Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, Case della Comunità (MMG/PLS e IC), Consultori Familiari, Comuni, sistema scolastico e formativo, altro
Proattiva	Popolazione con bisogni prevedibili (pazienti mono o pluripatologici con bisogni semplici o complessi)	<ul style="list-style-type: none"> - Ascolto dei bisogni di salute e attivazione dei servizi della rete più appropriati alla loro soddisfazione - Presa in carico e gestione dei pazienti con disagio e disturbo mentale - Partecipazione alla costruzione e realizzazione del Progetto di Vita 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolli Clinici e PDTA - PTARA - Progetto di vita 	DSM, Dipartimenti di Psicologia di cure primarie, Case della Comunità (MMG/PLS, servizi di riabilitazione, servizi di specialistica ambulatoriale, cure domiciliari integrate), Hospice, Unità Operative Ospedaliere, servizi residenziali e semiresidenziali pubblici e privati accreditati, comuni, sistema scolastico e formativo, sistema giudiziario, enti per l'inserimento lavorativo e l' <i>housing</i> , terzo settore, aziende private.
Reattiva	Popolazione con bisogni imprevisti	<ul style="list-style-type: none"> - Presa in carico e stabilizzazione del paziente in fase acuta - Avvio del paziente ai percorsi di presa in carico sul territorio (Transitional Care) - Ricerca e formazione - Formulazione di diagnosi complesse 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolli clinici e di ricerca - Accordi di collaborazione con gli attori della rete - Percorsi formativi 	Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)/ Unità Operative Ospedaliere di psichiatria e neuropsichiatria, Pronto Soccorso, DSM, Dipartimenti di Psicologia di cure primarie, Università, Case della Comunità (MMG/PLS, servizi di riabilitazione, servizi di specialistica ambulatoriale) sistema giudiziario

Tenuto conto delle tre diverse modalità di attivazione della Rete, gli obiettivi strategici della ReRS-SM sono attribuiti, per il triennio, dalla Regione alle Aziende sanitarie e da queste declinati in obiettivi operativi annuali per quelle articolazioni organizzative aziendali che partecipano alla ReRS-SM. Con questo sistema a cascata si garantisce che al raggiungimento degli obiettivi strategici della Rete partecipino, in modo coordinato e sinergico, tutte le articolazioni aziendali in essa coinvolte. L'impatto delle attività dei singoli nodi della Rete è quindi amplificato in virtù delle sinergie attivate e dell'orientamento univoco del sistema verso la meta preordinata (obiettivo strategico).

MODELLO DI FUNZIONAMENTO DELLA RERS-SM

La ReRS-SM funziona sul modello *Hub and Spoke*, laddove l'*Hub* si caratterizza per:

1. l'elevata *expertise* nel raggiungimento degli obiettivi della rete, diversificati a seconda delle sue modalità di attivazione (preventiva, proattiva e reattiva);
2. il ruolo di *facilitatore* della rete, il quale promuove la partecipazione coordinata, tempestiva ed efficace degli *spoke* al raggiungimento degli obiettivi strategici.

Questo modello organizzativo, pur mantenendo la distinzione di ruolo tra *Hub* e *Spoke*, essenziale per il corretto funzionamento della Rete, riconosce e valorizza l'*expertise* di tutti gli attori del sistema sanitario nelle diverse fasi della presa in carico dell'assistito, anche dei minori.

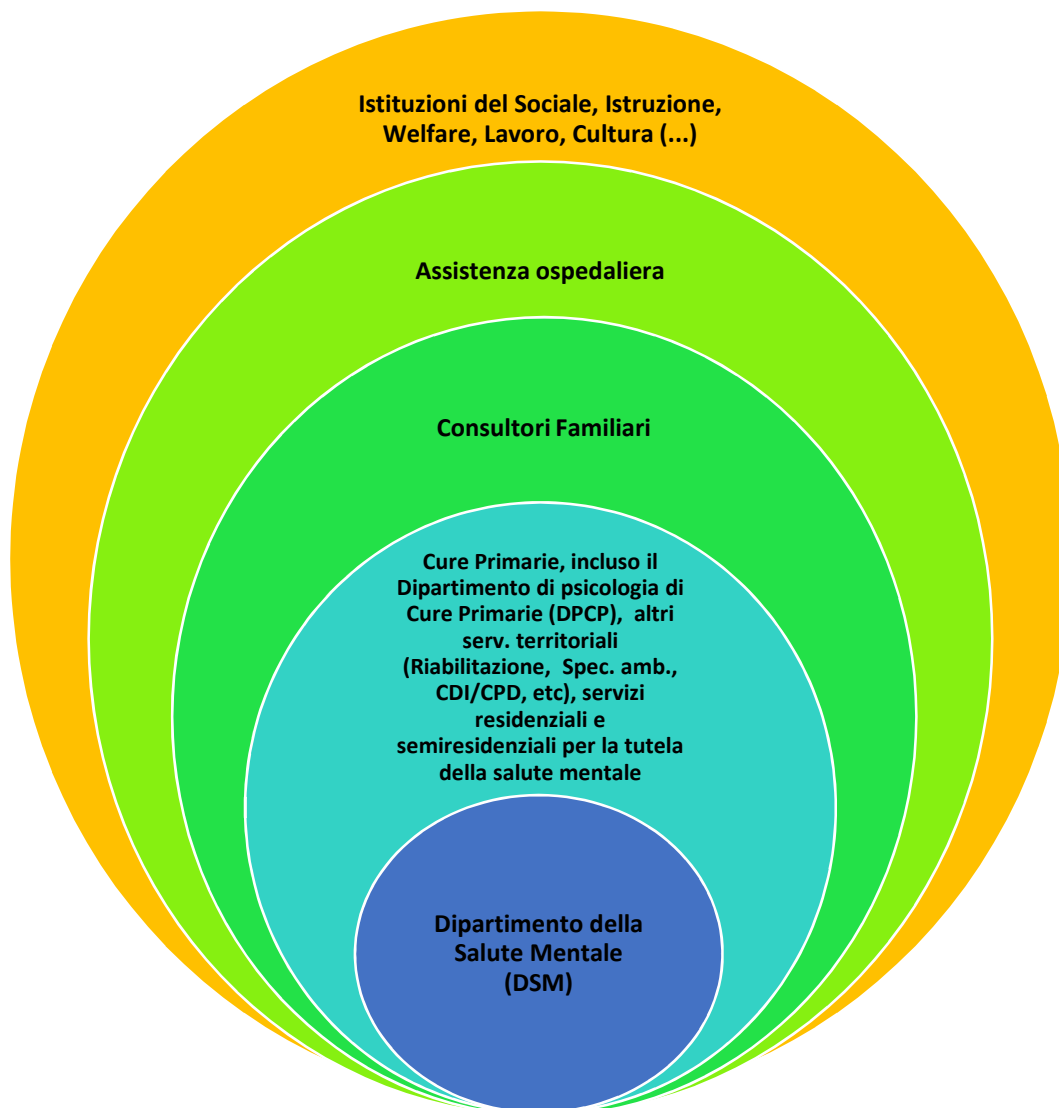
La normativa regionale vigente prevede che nel panorama regionale dei servizi per la tutela della salute mentale sia istituito, in via sperimentale, il Dipartimento di psicologia di cure primarie (DPCP).

Con l'istituzione del Dipartimento di psicologia di cure primarie (DPCP), ai sensi della Legge regionale 24/2020 (art. 37, c. 2, lett. b) e successive modifiche e integrazioni, si aprono le porte per la sperimentazione di un sistema di servizi per la tutela della salute mentale organizzato su due livelli:

- un livello di base, erogato anche dal DPCP, nel quale lo psicologo delle cure primarie, *"in sinergia con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, consente la presa in carico della persona e garantisce la prevenzione e le cure psicologiche di prossimità, prima che il disagio, anche transitorio, divenga un problema di patologia vero e proprio"*; in particolare egli opera *"attraverso interventi di tipo psicologico o psicoterapeutico finalizzati alla cura della sofferenza emotiva, fornendo un primo livello di servizi di cure psicologiche accessibile a tutti indistintamente"*;
- un livello specializzato, erogato dai DSM nelle sue due componenti di assistenza territoriale e ospedaliera, rafforzato nelle sue funzioni dalla presenza del livello assistenziale di base con il quale instaurare un rapporto di collaborazione costante all'interno della ReRS-SM.

Su questi due livelli si fonda la ReRS-SM, come di seguito rappresentato.

Figura 9: Attori della Rete regionale dei Servizi per la Salute Mentale (ReRS-SM)



Nel contesto più ampio della ReRS-SM si sviluppano gli strumenti più avanzati di realizzazione dei progetti di vita quali il Budget di Salute ed operano, in modo sinergico e complementare, il DSM e il DPCP, i quali fungono da motore per l'attivazione della rete e svolgono una funzione di *advocacy* per la promozione e la tutela della salute mentale in tutti gli ambiti di vita.

Altro nodo della rete di fondamentale importanza è quello costituito dai servizi residenziali e semiresidenziali per la promozione e la tutela della salute mentale, in merito ai quali dall'analisi del territorio regionale è emersa un'offerta di servizi difforme e, ad eccezione dei servizi specifici per la salute mentale, uno sbilanciamento verso la produzione tramite l'acquisto di servizi da privato accreditato.

Si intende avviare una fase di analisi e riequilibrio della distribuzione territoriale e di implementazione del *Piano di riqualificazione dell'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali per la tutela della salute*, di cui alla DGR 13/12 del 9.04.2021, che mira al riequilibrio tra produzione pubblica diretta e indiretta tramite i privati accreditati, tenuto conto delle risorse affidate alla Regione per l'attuazione del *Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, di cui alla Delib.G.R. n. 36/38 del 31.8.2021.

Si intende promuovere, in particolare, la creazione di servizi pubblici a produzione diretta nelle aree della neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA) e delle dipendenze, con l'obiettivo di creare un benchmark nella definizione degli standard dei servizi regionali.

Relativamente alla NPIA, si precisa che parte della ReRS-SM è dedicata ai minori e si identifica con la Rete regionale dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (ReRS-NPIA), comprendente sia i nodi territoriali dei DSM sia i nodi di ambito ospedaliero; essa è finalizzata a rendere omogenei gli interventi di prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva che risponda in maniera appropriata e tempestiva ai bisogni dell'utenza. Tra i compiti della ReRS-NPIA vi è quello di facilitare l'implementazione di percorsi assistenziali per specifiche patologie quali, ad esempio, disturbi dello spettro autistico, del comportamento alimentare, ADHD e disturbi dirompenti del comportamento, psicopatologie a rischio suicidario, disabilità intellettiva.

Per favorire i compiti della ReRS-NPIA si promuove l'implementazione e la messa a regime di atti normativi regionali volti ad offrire risposte ai bisogni di salute dei soggetti affetti da tutte le patologie in carico alla rete, tra cui i percorsi di diagnosi e cura, riabilitazione, assistenza ed inserimento sociale che sono ancora spesso frammentati. In particolare, alla luce delle sperimentazioni in ambito socio sanitario e delle collaborazioni in atto con il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore della Sanità in ambito dei disturbi dello spettro autistico, la rete è orientata ad implementare, per tutte le patologie:

- la diagnosi precoce attraverso il coinvolgimento strutturato dei PLS, dei consultori, degli educatori dei nidi e degli insegnanti della scuola dell'infanzia;
- la presa in carico tempestiva riabilitativa da parte dei servizi di NPIA e di riabilitazione territoriale;
- la valorizzazione del ruolo e delle competenze della famiglia e degli Enti del terzo settore anche per una migliore definizione dei bisogni;
- la continuità dei percorsi tra diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza, inserimento scolastico e sociale, in continuità nelle diverse età della vita.

TELEMEDICINA

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

Si tratta di un modello che richiede la costruzione di adeguati percorsi di diagnosi e cura e riabilitazione distribuiti, che possano attraversare trasversalmente più strutture organizzative e consentire la collaborazione di molteplici figure professionali, sia in ambito sanitario che sociosanitario.

In questo contesto, la sanità digitale può rappresentare un alleato prezioso per l'individuazione e l'adozione degli strumenti più appropriati che lo sviluppo tecnologico mette oggi a disposizione per costruire sistemi informativi integrati nelle cartelle cliniche elettroniche delle cure primarie e specialistiche.

La disponibilità di una piattaforma informatica a supporto della medicina territoriale, con l'adozione diffusa delle tecnologie quali la banda ultra-larga (BUL) e l'architettura cloud, può costituire una base infrastrutturale su cui impiantare la riforma e gli obiettivi del Piano sociosanitario. Occorre adottare una visione olistica del processo di diagnosi e cura con cui affrontare la distanza con la telemedicina, attivare il paziente sull'auto-cura assicurare l'interoperabilità delle tecnologie, far maturare la cooperazione tra attori, ottenere dati di qualità riusabili.

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione a distanza di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione (es. BUL, 5G), e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario). Gli ambiti nei quali la Telemedicina viene applicata sono diversi e, a seconda del settore medico, assume nomi differenti, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: teleradiologia, teleassistenza domiciliare, telecardiologia, telepatologia, teledermatologia, teleriabilitazione, teleconsulto, ecc.

Al fine di poter ricondurre le attività di telemedicina ai livelli di assistenza nell'ambito dei quali vengono erogate e quindi alle regole amministrative che devono essere applicate a tali prestazioni (in termini di tariffa, modalità di rendicontazione, compartecipazione alla spesa), è importante chiarire le differenze tra le diverse tipologie di servizio.

Il Decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, del 30 settembre 2022, concernente "le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina – informativa ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera c), del d.lgs 28 agosto 1997, n. 281", fornisce gli "indirizzi" per l'elaborazione delle progettualità regionali con riferimento a specifiche aree cliniche e bisogni di salute e le indicazioni di carattere clinico assistenziale sulle prestazioni suddivise per target di pazienti suddividendo per tipologia di prestazioni sanitarie quali:

- televisita e teleconsulto/teleconsulenza: sono servizi di assistenza sanitaria, effettuati tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non hanno la possibilità di interagire fisicamente nello stesso luogo al fine di prevenire, diagnosticare, trattare e fissare il successivo controllo.

In dettaglio la Televisita: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver; durante la televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente può

assistere il medico e/o aiutare il paziente. Deve sempre essere garantita la possibilità di scambiare anche in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini, audio-video, relativi al paziente. L'anamnesi può essere raccolta per mezzo della videochiamata. Con le attuali tecnologie l'esame obiettivo è realizzabile con significative limitazioni.

Il Teleconsulto: è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi devono essere condivisi per via telematica sotto forma di file digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessario per l'adeguato svolgimento di esso. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza. Quando il paziente è presente al teleconsulto, allora esso si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare. La Teleconsulenza: è un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita. In questa attività è preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, ma è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti e le immagini riguardanti il caso specifico.

- Teleassistenza: di pertinenza delle professioni sanitarie, è rivolta a tutte le persone assistite e loro famiglie/caregiver, in condizioni di fragilità generate da patologia cronica o post-acuzie. Si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può, all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini. Il servizio può essere erogato ad un'ampia platea di soggetti in diversi livelli assistenziali, e in particolare in quello delle cure domiciliari e delle situazioni ad esso assimilabili, ad esempio case-famiglia, comunità residenziali, dormitori, centri diurni e strutture protette per emarginati, strutture di accoglienza per i minori non accompagnati. In casi particolari i servizi di teleassistenza possono essere attivati, integrati o condivisi anche con le forme di assistenza previste per ospedali, IRCCS, Ospedale di Comunità, Case di Comunità, Residenza Sanitaria Assistenziale, casa di riposo e, con gli opportuni adeguamenti, per gli istituti di formazione e gli istituti penitenziari.
- Telemonitoraggio: permette il monitoraggio a distanza di parametri, attraverso l'utilizzo di appositi dispositivi medici che, a seconda delle loro caratteristiche, sono in grado di rilevare determinate informazioni. Il telemonitoraggio prevede una misurazione continua di parametri clinici a differenza del telecontrollo che prevede delle misurazioni di parametri ad orari o al bisogno dei pazienti. Lo scopo è il controllo dei parametri, rilevati in un arco temporale, al fine di determinare una minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona. I telemonitoraggi e telecontrolli relativi agli investimenti previsti sono rivolti al paziente con Diabete, paziente con patologie respiratorie, paziente con patologie cardiologiche, nel paziente Oncologico e al paziente Neurologico.

Analogamente si considera facente parte dell'attività specialistica, quindi senza necessità di remunerazione a prestazione, il triage telefonico effettuato da medici o operatori sanitari per contattare i pazienti, allo scopo di valutare la necessità di eseguire la visita in tempi rapidi in presenza o a distanza o la possibilità di rimandarla ad un momento successivo assegnando un nuovo appuntamento.

Ciascuna declinazione della telemedicina deve essere propriamente e specificatamente definita con regole omogenee e modalità di erogazione attraverso ulteriori successivi documenti applicativi.

Opportunità della Telemedicina

L'impiego della telemedicina può rivelarsi particolarmente utile per le seguenti finalità sanitarie:

- emergenza/urgenza: in questo contesto la telemedicina interviene per gestire le attività di urgenza sanitaria, sfruttando l'immediatezza della trasmissione telematica per scambiare informazioni cliniche all'interno della rete sanitaria agevolando la gestione di pazienti critici o non raggiungibili;
- patologie rilevanti: la telemedicina offre un'assistenza specialistica sanitaria a distanza in molti ambiti – dalle patologie cardiovascolari alle malattie respiratorie, dal diabete alla patologia psichiatrica, perfino in pediatria – sostenendo la riabilitazione dei pazienti, programmando con le strutture di riferimento l'iter medico necessario per gestire la malattia;
- diagnosi e cura: i servizi di telemedicina aiutano a muovere le informazioni diagnostiche anziché il paziente. Offrono la possibilità di effettuare visite ed esami diagnostici refertati dallo specialista; inoltre garantiscono la continuità delle cure a distanza valutando di volta in volta le scelte terapeutiche, l'andamento patologico e, se necessario, la presa in carico delle cronicità;
- monitoraggio: grazie all'utilizzo delle tecnologie digitali, la telemedicina permette di tenere sotto controllo l'andamento di alcuni parametri vitali del paziente classificato a rischio o già affetto da patologie, allo scopo di ridurre l'insorgenza di possibili complicazioni.

Per cogliere appieno i benefici della telemedicina occorre, però, definire anche come queste procedure possano essere incluse all'interno dei modelli di assistenza e quali fattori siano importanti per il successo delle iniziative, ad esempio quelli che richiedono la collaborazione di professionisti sanitari per la presa in carico di pazienti multi-patologici o fragili o il Chronical Care Model. Una possibile ripartizione dei modelli di assistenza sulla base dell'omogeneità delle necessità organizzative e tecnologiche può essere definita secondo le seguenti aree di intervento:

1. presa in carico nel lungo periodo di pazienti cronici e fragili;
2. episodi di follow-up collegati ad un evento acuto;
3. costituire reti tra unità operative complementari per la gestione di emergenze e urgenze;
4. consulto / seconda opinione;
5. interazione tra professionista e paziente (Videochiamata, Ambulatorio virtuale);
6. acquisizione ed interpretazione ricorrente di dati e informazioni (tele-monitoraggio);
7. servizi per la refertazione di segnali e immagini;
8. infrastrutture tecnologiche e dispositivi mobili.

A loro volta è possibile individuare tra le aree un differente peso della componente organizzativa, clinica e tecnologica, poiché necessariamente queste diverse tipologie di prestazioni introducono cambiamenti nei processi organizzativi e nelle procedure operative dei vari professionisti. Pertanto, si ritiene indispensabile stabilire regole omogenee e standard di servizio per l'adeguamento dei sistemi informativi sanitari regionali e aziendali, i flussi informativi, gli elenchi delle codifiche (es. Catalogo regionale delle prestazioni), schemi delle informative secondo la normativa vigente in materia di privacy e sicurezza. Tali attività saranno sviluppate per il tramite di appositi atti.

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Nella riorganizzazione della sanità del territorio, con un modello basato sul distretto, centrato sulla presa in carico, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) rappresenta una base informativa affidabile e fondamentale per garantire l'assistenza sanitaria efficace, efficiente e anche più economica.

In questo contesto, la sanità digitale può rappresentare un alleato prezioso per l'individuazione e l'adozione degli strumenti più appropriati che lo sviluppo tecnologico mette oggi a disposizione per costruire sistemi informativi integrati nelle cartelle cliniche elettroniche delle cure primarie e specialistiche.

Il (FSE) è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente. L'importanza del FSE per la presa in carico del paziente consente al cittadino di essere sempre più coinvolto nel suo processo diagnostico e terapeutico.

Tutte le informazioni e i documenti che costituiscono il FSE sono resi interoperabili per consentire la sua consultazione e il suo popolamento in tutto il territorio nazionale e non solo nella regione di residenza dell'assistito. Questo permette all'utente una maggiore libertà nella scelta della condivisione delle informazioni che sono tutte disponibili tramite l'accesso al Fascicolo dai professionisti sanitari.

Inoltre, l'accesso al FSE da parte dei professionisti sanitari, in special modo in situazioni di emergenza, consente di conoscere tutto ciò che è necessario per intervenire con prontezza e garanzia del risultato.

L'assistito è al centro del sistema con la sua storia sanitaria ed ogni azione medica che lo riguarda viene tracciata e codificata, evitando anche la ripetizione di indagini cliniche non necessarie. Tutto ciò avviene nel rispetto delle condizioni definite dall'assistito stesso al momento del primo accesso al FSE e modificabili in qualunque momento. L'assistito, infatti, può scegliere chi è autorizzato a consultare il suo Fascicolo, in quali condizioni e anche quali dati, scegliendo, quindi, anche l'oscuramento di alcune informazioni e ha, inoltre, la visibilità di chi e quando ha avuto accesso al suo FSE.

Il FSE viene definito dalla normativa come l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, ed ha come principali obiettivi:

- agevolare l'assistenza del paziente;
- offrire un servizio che può facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali;
- fornire una base informativa consistente.

Il FSE è istituito dalle regioni e dalle province autonome, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, ed afferisce ad un ampio spettro di attività relative all'erogazione di servizi sanitari, dalla prevenzione alla verifica della qualità delle cure. Nello specifico, l'iniziativa è rivolta al miglioramento complessivo della qualità dei servizi riguardanti:

- a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- b) studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- c) programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Il FSE della Regione Autonoma della Sardegna è stato realizzato con il progetto Medir – Medici in rete ed è stato completato nelle sue componenti principali nel 2009. Con il progetto EVO-MEDIR sono state realizzate le integrazioni con 14 software di cartella clinica di medicina di base e pediatria (permettendo l'accesso al FSE del 100% dei MMG e PLS), con tutti i presidi ospedalieri pubblici (100% dei reparti di Accettazione Dimissione Trasferimento, Pronto Soccorso e Cartella Clinica Ambulatoriale), con tutti i laboratori pubblici (mediante il progetto SILUS). Alla data attuale l'utilizzo del FSE regionale prevede la raccolta, tra gli altri, di oltre 1,6 milioni di fascicoli attivi, come indicato dalla figura n. 10.



Figura 10: Fascicolo sanitario elettronico

Per garantire quanto sopra esposto è necessario garantire un livello di servizio adeguato al ruolo che il FSE va a ricoprire all'interno dell'ecosistema di sanità digitale.

SISTEMA INFORMATIVO DELLE CURE PRIMARIE

CARTELLA CLINICA TERRITORIALE INFORMATIZZATA

Lo sviluppo della cartella clinica rientra nel riordino delle cure territoriali previsto dalla DGR 60/2 del 2.12.2015 e nella DGR n. 11/5 del 1.3.2016 di approvazione definitiva delle stesse.

Il modello regionale delle cure primarie si fonda su un'architettura a rete diffusa tramite l'interconnessione dei professionisti che prendono in carico il paziente, così da favorire il massimo livello di integrazione e condivisione delle informazioni e valorizzare l'integrazione delle fonti di dati sanitari e sociali, attraverso l'utilizzo di un sistema informativo che consenta di registrare il percorso del paziente e permetta l'attività di valutazione dello stesso, al fine di dare risposte efficaci ai bisogni multifattoriali delle persone, che richiedono forme di presa in carico integrata multiprofessionale.

Il suddetto modello non può pertanto 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.

Coerentemente con gli obiettivi dell'Asse VII del POR FESR 2014-2020, la DGR n. 17/14 del 04.04.2017 ha programmato il finanziamento nell'ambito dell'Azione 9.3.8 di un sistema informativo delle cure primarie (SICP), a supporto di un percorso di assistenza sanitaria innovativa, ponendo in essere tutti gli interventi necessari per avviare una sperimentazione a partire dalla cartella informatizzata unica delle cure primarie, quale strumento indispensabile per l'integrazione tra i MMG/PLS, specialisti ambulatoriali, le strutture territoriali ed ospedaliere. Il sistema informativo delle cure primarie deve essere introdotto nel sistema informativo sanitario regionale in maniera strettamente integrata con il fascicolo sanitario elettronico, con la rete dei medici di medicina generale, la ricetta dematerializzata, con i sistemi ospedalieri, territoriali, sociosanitari, con il CUP e con l'anagrafica degli assistiti.

Nella strategia di attuazione, il progetto, a regia regionale, è stato attuato in convenzione con ATS e strutturato in maniera articolata, configurandosi come un'aggregazione di più sotto-interventi che concorrono all'attuazione degli obiettivi generali:

- attivazione sperimentale di centrali di telemedicina/telemonitoraggio con l'obiettivo di consentire il monitoraggio dei pazienti cronici al domicilio, anche attraverso chiamate outbound, estendendo quanto già attuato per la gestione dell'emergenza COVID-19. Infatti, nel contesto del riorientamento di alcune delle attività previste dal progetto "Sistema Informativo delle Cure Primarie" definito alla luce dell'emergenza sanitaria legata al diffondersi del COVID-19, in piena compatibilità con i contenuti e gli obiettivi generali già stabiliti per gli interventi e fissati dal POR FESR 2014-2020 che finanzia il progetto, è stata implementata una

- piattaforma di sorveglianza attiva per i pazienti COVID-19 e altri pazienti ritenuti ad alto rischio, integrata con i sistemi di gestione delle “schede di contatto” compilate dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP). Tale piattaforma è stata messa a disposizione degli operatori di due Centrali Operative con l’obiettivo di consentire il monitoraggio dei pazienti al domicilio, sulla base di piani di sorveglianza individuali, anche attraverso chiamate outbound (es. registro contatti, registro chiamate, rilevazione parametri sanitari) e al contempo consentire agli operatori delle Centrali Operative, di ridurre il numero di contatti con i pazienti ad alto rischio;
- realizzazione del CDR-XDS di Servizi Interoperabilità del SICP finalizzato alla condivisione delle informazioni clinico sanitarie tra ospedale e territorio ed alla corretta integrazione tra gli attori del Sistema Sanitario Regionale, favorendo la condivisione affidabile e trasparente di dati, informazioni, piattaforme e servizi;
 - realizzazione del Portale di Accesso alle Cure Primarie che consente le operazioni di accoglienza dei pazienti e la loro gestione, permettendo ai professionisti dei diversi nodi della rete la condivisione delle informazioni indispensabili per la cura del paziente su tutto il territorio regionale. È inoltre prevista la realizzazione di un PDTA Framework per supportare la definizione e l’implementazione di PDTA che ne consentirà la definizione standardizzata, offrendo un supporto tecnologico comune.

Inoltre, tramite la recente acquisizione di un Sistema informativo di classificazione del case-mix su base di popolazione è possibile realizzare iniziative di Health Population Management necessarie alla 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. Il sistema permette di identificare la popolazione di riferimento in base al bisogno di salute, segmentare la popolazione in base alla gravità della condizione (attuale e futura) e di valutare i modelli di presa in carico e ottimizzare i percorsi personalizzati dinamicamente (PDTA).

Il completamento del sistema informativo deve avvenire in concomitanza con la riorganizzazione dell’assistenza territoriale aggiungendo ai sistemi preesistenti una piattaforma come layer di condivisione e coordinamento, che supporti le diverse fasi del percorso assistenziale del singolo paziente senza l’interruzione della continuità assistenziale.

Il sistema deve permettere di seguire la persona lungo il corso della vita in modo trasversale ai differenti setting assistenziali, supportando il coordinamento delle attività grazie alla regolazione degli accessi agli altri livelli prevenzione diagnosi di cura e riabilitazione. Il sistema deve combinare funzionalità amministrative e cliniche attraverso soluzioni che portino al maggior automatismo possibile prevedendo al minimo le procedure manuali e garantendo un risparmio in termini di impegno di risorse umane.

Per questo è necessario sviluppare il collegamento in rete tra i team multiprofessionali, le strutture territoriali ed ospedaliere, mettendo a disposizione dei professionisti informazioni costantemente aggiornate, utili e necessarie all’assunzione di decisioni clinico-assistenziali, al fine di connotare i bisogni e le relative decisioni assistenziali da porre in essere.

La cartella clinica territoriale informatizzata deve permettere l’integrazione tra i diversi nodi della rete compresi quelli ospedalieri; integrazione intesa come un sistema capace di elaborare un piano diagnostico ed assistenziale unitario grazie al supporto della rete che attraverso un unico punto di accesso indirizzi il paziente lungo un percorso delineato e coerente con la diagnosi. L’integrazione e il coordinamento dovranno permettere l’unitarietà del processo di fruizione da parte del paziente al fine di offrire un servizio con un numero minimo di passaggi, di spostamenti e di operatori coinvolti.

COPERTURE COMPLESSIVA A LIVELLO REGIONALE DELLE STRUTTURE TERRITORIALI

Ad integrazione delle strutture finanziate con fondi del PNRR, la Regione Sardegna garantisce la copertura di tutto il territorio regionale con ulteriori strutture (CdC, OdC, COT) la cui realizzazione è garantita da fondi comunitari e/o nazionali e/o regionali e provvederà alla relativa attivazione dando priorità a quelle situate nelle zone che risultano scoperte.

Di seguito si riportano le tabelle riassuntive degli interventi previsti a livello territoriale comprensivi degli interventi finanziati dal PNRR e di quelli finanziati da ulteriori fondi comunitari e/o nazionali e/o regionali.

Tipologia	Numero interventi da riparto PNRR	Numero interventi programmati con ulteriori fondi	Popolazione afferente	Bacino di utenza medio
Case della Comunità	50	30	1.590.141	19.877
Centrali operative territoriali	16	8	1.590.141	66.256
Ospedale di Comunità	13	20	1.590.141	48.186
Totale	79	58	1.590.141	44.773

Tabella 18: Interventi programmati dalla Regione con fondi PNRR e ulteriori fondi europei e/o nazionali e/o regionali.

CASE DELLA COMUNITÀ

Case della Comunità programmate dalla Regione per Azienda, popolazione afferente e bacino di utenza medio.

Ente	Numero CdC programmate fondi PNRR	Numero CdC finanziate con fondi europei e/o nazionali e/o regionali	Popolazione afferente	Bacino di utenza medio
ASL n. 1 di Sassari	10	4	319.082	22.792
ASL n. 2 della Gallura	9	0	157.372	17.486
ASL n. 3 di Nuoro	6	5	147.846	13.441
ASL n. 4 dell'Ogliastra	1	2	54.889	18.296
ASL n. 5 di Oristano	5	5	153.206	15.321
ASL n. 6 del Medio Campidano	2	2	93.281	23.320
ASL n. 7 del Sulcis	2	4	119.275	19.879
ASL n. 8 di Cagliari	15	8	545.190	23.704
Totale	50	30	1.590.141	

Tabella 19: Case della Comunità programmate dalla Regione per Azienda, bacino di utenza medio, finanziamento.

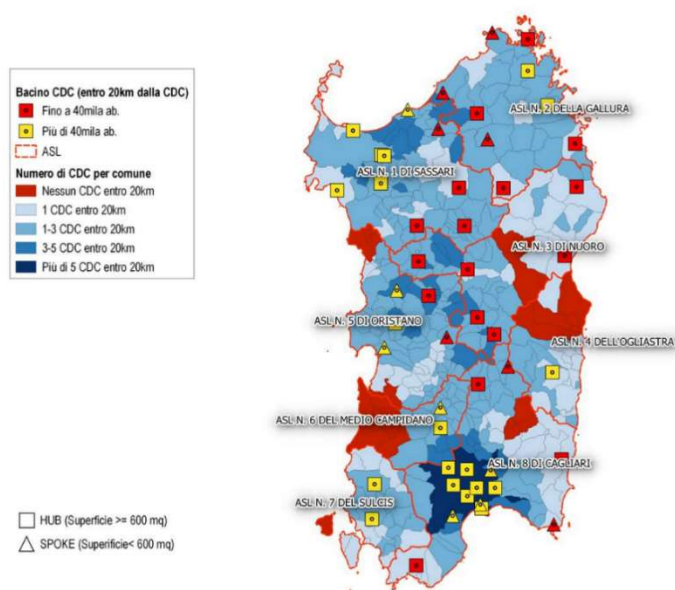


Figura 11: Bacino di copertura Case della Comunità.

Dall’analisi del bacino di copertura delle Case della Comunità fatta da Agenas per la Regione Sardegna potrebbe impropriamente dedursi che alcune aree della ASL di Nuoro, ASL di Cagliari, ASL dell’Ogliastra, ASL di Oristano e ASL del Medio Campidano, non presentino CdC entro 20 km. Tuttavia si ricorda che tali aree sono coperte da strutture finanziate con risorse comunitarie e/o nazionali e/o regionali.

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Centrali Operative Territoriali programmate dalla Regione per Azienda, popolazione afferente e bacino di utenza medio.

Ente	Numero COT programmate fondi PNRR	Numero COT finanziate con fondi europei e/o nazionali e/o regionali	Popolazione afferente	Bacino di utenza medio
ASL n. 1 di Sassari	2	1	319.082	106.361
ASL n. 2 della Gallura	2	1	157.372	52.457
ASL n. 3 di Nuoro	2	2	147.846	36.961
ASL n. 4 dell’Ogliastra	1	0	54.889	54.889
ASL n. 5 di Oristano	2	1	153.206	51.069
ASL n. 6 del Medio Campidano	1	1	93.281	46.640
ASL n. 7 del Sulcis	2	1	119.275	39.758
ASL n. 8 di Cagliari	4	1	545.190	109.038
Totale	16	8	1.590.141	

Tabella 20: Centrali Operative Territoriali programmate dalla Regione per Azienda, bacino di utenza medio, finanziamento

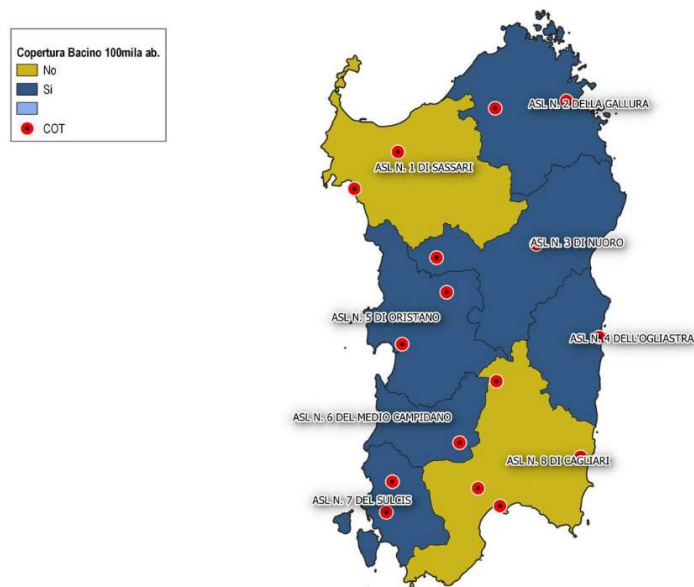


Figura 12: Bacino di copertura Centrali Operative Territoriali.

Nell’analisi eseguita da Agenas il dimensionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) è stato valutato sulla base della previsione di una COT ogni 100.000 abitanti, come da DM 77/2022. Vista la peculiare funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, non assume rilevanza la dislocazione territoriale, ma è stata verificata la sola congruenza con il bacino di utenza.

Sebbene dall’analisi eseguita da Agenas, a livello regionale il numero complessivo di COT appaia a livello numerico coerente con lo standard previsto dal documento “*Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza territoriale nel SSN*” (DM 77/2022), nelle ASL di Cagliari e Sassari tale standard sembra non essere raggiunto; tuttavia si ricorda che tali aree sono coperte da strutture finanziate con risorse comunitarie e/o nazionali e/o regionali.

OSPEDALI DI COMUNITÀ

Ospedali di Comunità programmati dalla Regione per Azienda, popolazione afferente e bacino di utenza medio.

Ente	Numero OdC programmate fondi PNRR	Numero OdC finanziate con fondi europei e/o nazionali e/o regionali	Popolazione afferente	Bacino di utenza medio
ASL n. 1 di Sassari	4	3	319.082	45.583
ASL n. 2 della Gallura	2	1	157.372	52.457
ASL n. 3 di Nuoro	2	3	147.846	29.569
ASL n. 4 dell’Ogliastra	0	1	54.889	54.889
ASL n. 5 di Oristano	2	1	153.206	51.069

ASL n. 6 del Medio Campidano	0	2	93.281	46.640
ASL n. 7 del Sulcis	1	1	119.275	59.637
ASL n. 8 di Cagliari	2	8	545.190	54.519
Totale	13	20	1.590.141	

Tabella 21: Ospedali di Comunità programmati dalla Regione per Azienda, bacino di utenza medio, finanziamento

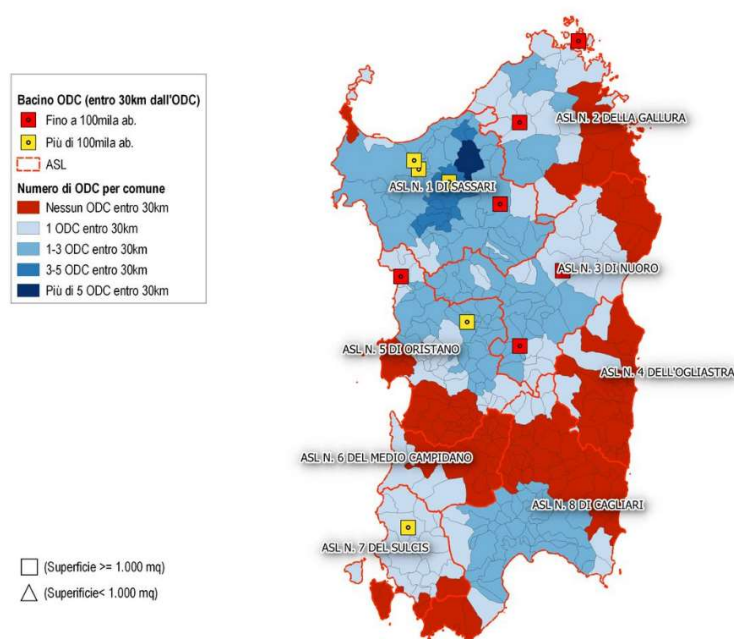


Figura 13: Bacino di copertura Ospedali di Comunità.

Dall’analisi del bacino di copertura degli Ospedali di Comunità eseguita da Agenas per la Regione Sardegna è emerso che alcune aree della ASL di Sassari, ASL della Gallura, ASL di Nuoro, ASL dell’Ogliastra, ASL di Cagliari, ASL del Medio Campidano, l’ASL del Sulcis e di Oristano, sembrano non presentare OdC nell’arco di 30 km, tuttavia si ricorda che tali aree sono coperte da strutture finanziate con risorse comunitarie e/o nazionali e/o regionali.

Il fabbisogno di personale per il funzionamento dei servizi

Di seguito viene riportata la stima del personale necessaria a coprire le attività delle nuove strutture territoriali finanziate con i fondi PNRR.

La stima del personale è stata calcolata utilizzando i parametri previsti nel DM 77/20222, per i costi si è inoltre tenuto in considerazione il riparto delle risorse per il potenziamento dell’assistenza territoriale, ai sensi dell’art. 1, comma 274 della legge 30 dicembre 2021 n. 234.

Case della Comunità

Standard personale			
		PNRR	Aggiuntivi
Numero coordinatori infermieristici		1	
Numero infermieri		7	4
Numero personale di supporto		5	3
Ore/MMG/anno (42,009)			104

Tabella 22: CdC standard personale

Numero CdC		50	Costo	
	PNRR	Aggiuntivi	PNRR	Aggiuntivi
Numero coordinatori infermieristici	50		2.455.000,00 €	- €
Numero infermieri	350	200	17.185.000,00 €	9.820.000,00 €
Numero personale di supporto	250	150	9.775.000,00 €	5.865.000,00 €
Ore/MMG/anno		161812		9.708.720,00 €
Totale			29.415.000,00 €	25.393.720,00 €

Tabella 23: CdC Personale Sardegna

Ospedali di Comunità

Standard personale		
	PNRR	Aggiuntivi
Numero infermieri	9	
Numero ore Medici per Die	4,5	0
Personale ruolo tecnico	6	
Personale riabilitazione	0	2

Tabella 24: OdC standard di personale

Numero OdC		13
	PNRR	Costo
Numero infermieri	117	5.744.700,00 €
Numero ore Medici anno	1404	4.225.000,00 €
Personale ruolo tecnico	78	3.049.800,00 €

Personale riabilitazione	26	1.144.000,00 €
Totale		14.163.500,00 €

Tabella 25: OdC personale Sardegna

Centrali Operative Territoriali (COT)

Standard personale		
	PNRR	Aggiuntivi
Numero coordinatori infermieri	1	
Numero infermieri	5	0
Numero personale di supporto	1	1

Tabella 26: COT standard personale

Numero COT		16	Costo	
	PNRR	Aggiuntivi	PNRR	Aggiuntivi
Numero coordinatori infermieristici	16		785.600,00 €	- €
Numero infermieri	80		3.928.000,00 €	- €
Numero personale di supporto	16	16	625.600,00 €	625.600,00 €
Totale			5.339.200,00 €	625.600,00 €

Tabella 27: COT personale Sardegna

UCA RAS		
Operatore	Unita di personale complessive	Totale costo annuo
Medici	16	1.912.000,00 €
Infermieri	16	785.600,00 €
Totale	32	2.697.600,00 €

Tabella 28: UCA personale Sardegna

Costo personale			
	PNRR	Aggiuntivi	Totale
OdC	8.794.500,00 €	5.369.000,00 €	14.163.500,00 €
UCA		2.697.600,00 €	2.697.600,00 €
COT	5.361.600,00 €	648.000,00 €	6.009.600,00 €
CdC	29.415.000,00 €	25.393.720,00 €	54.808.720,00 €
Totale	43.571.100,00 €	34.108.320,00 €	77.679.420,00 €

Tabella 29: Costo totale personale a regime

Il costo totale indicato è quello a regime, a partire dal 2026.

Si evidenzia come la Regione Sardegna disponga di finanziamenti figurativi che deve garantire con proprie risorse e che saranno pertanto stanziati nel bilancio regionale con la manovra 2023 – 2025.

Sintesi delle azioni e cronoprogramma delle attività

Sintesi delle azioni

Di seguito si riportano gli obiettivi e le linee d'azione previsti per l'implementazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale da realizzare entro il 2026.

La presa in carico

Tempi:

31/12/2026

Al fine di provvedere all'implementazione di un sistema integrato di presa in carico del paziente e di erogazione degli interventi nonché dei servizi che la rete offre all'assistito la Regione Sardegna si pone i seguenti obiettivi:

Obiettivo 1:

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

Linee di intervento:

- riorganizzare l'attività della specialistica ambulatoriale secondo un'ottica di unitarietà e di continuità ospedale-territorio, sperimentando formule di coordinamento unitario;
- implementazione del coordinamento delle dimissioni protette rivolte ai pazienti non autosufficienti da inviare al territorio, attraverso la attivazione dei PUA/UVT con l'eventuale supporto delle centrali operative territoriali;
- attivazione delle dimissioni facilitate per tutti i pazienti dimessi dall'ospedale, anche in condizioni di piena autosufficienza, al fine di "agganciare" tali pazienti alla rete territoriale.
- predisposizione di protocolli tra la COT e l'UVT per l'inserimento dei pazienti negli appropriati servizi territoriali.

Obiettivo 2:

- implementazione della rete tra strutture e servizi sanitari che assicuri la continuità assistenziale e la presa in carico globale del paziente;
- implementazione della gestione integrata del paziente attraverso il potenziamento dell'integrazione ospedale territorio e l'attivazione dei percorsi assistenziali.

Linee di intervento:

- riorganizzare l'attività sanitaria attraverso lo sviluppo della rete assistenziale, secondo un'ottica di unitarietà e di continuità tra ospedale e territorio;
- predisposizione di protocolli operativi condivisi per lo sviluppo di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico e in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza;
- formazione continua dei team multidisciplinari.

Attuazione Piano Nazionale Cronicità**Tempi:**

31/12/2026

Per l'attuazione delle indicazioni contenute nel PNC, la Regione Sardegna si pone i seguenti obiettivi per ciascuna delle 5 fasi del processo di gestione della persona con malattia cronica:

1) La Stratificazione e targeting della popolazione

La stadiazione dei pazienti permette di attivare percorsi personalizzati e differenziati in rapporto al grado di complessità del singolo paziente ed ai suoi specifici bisogni indirizzando i casi più complessi (cronicità ad elevata complessità) verso programmi che contemplino un follow up più intensivo e quelli meno complessi verso una gestione prevalente da parte del livello delle cure primarie.

A tal proposito, la Regione Sardegna, tramite l'acquisizione del Sistema informativo di classificazione del case-mix su base di popolazione, realizza iniziative di Health Population Management necessarie alla 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.

Obiettivo:

- avvio del processo di stratificazione e targeting della popolazione.

Linee di intervento:

- implementazione della utilizzazione del Sistema informativo di classificazione del case-mix e relativa formazione degli operatori.

2) Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce**Obiettivo:**

- ritardare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate;

- promuovere ambienti favorevoli alla salute, secondo l'approccio OMS "Salute in tutte le politiche", e l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione generale, secondo un approccio *life course* (a partire dai primi 1000 giorni e lungo tutto il corso della vita) per prevenire l'insorgenza delle MCNT e favorire l'invecchiamento attivo;
- identificare precocemente le persone a rischio e indirizzarle ad adeguati percorsi di presa in carico sistemica.

Linee di intervento:

- promozione dell'adozione dei corretti stili di vita nella popolazione generale e anche nei soggetti a rischio;
- identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico;
- sviluppo di programmi di promozione della salute nei diversi setting (scuola, luoghi di lavoro, comunità, servizi sanitari) attraverso la creazione di reti e alleanze intersettoriali tra servizi socio sanitari, istituzioni scolastiche, datori di lavoro, comunità locali e associazionismo, per contrastare i comportamenti non salutari, potenziare i fattori protettivi per la salute, creare ambienti favorevoli alla salute;
- potenziamento dei programmi di screening di popolazione per l'identificazione precoce delle persone a rischio e quelle affette da patologie croniche (tumori oggetto di screening), da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico;
- sviluppo di programmi di formazione rivolti ai professionisti delle cure primarie, quali MMG/PLS, psicologi delle cure primarie, istituiti ai sensi dell'art. 37, c 16 della l.r. 24/2020, e ad altri operatori sanitari per favorire il miglioramento delle competenze e l'utilizzo delle tecniche di counselling breve (Azione inclusa nel Programma PP2 "Comunità attive" del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025).

3-4) Presa in carico e gestione del paziente ed erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente

Obiettivo:

- implementazione della rete tra strutture e servizi sanitari che assicuri la continuità assistenziale e la presa in carico globale del paziente;
- implementazione della gestione integrata del paziente attraverso il potenziamento dell'integrazione ospedale territorio e l'attivazione dei percorsi assistenziali.

Linee di intervento:

- riorganizzare l'attività sanitaria attraverso lo sviluppo della rete assistenziale, secondo un'ottica di unitarietà e di continuità tra ospedale e territorio;
- predisposizione di protocolli operativi condivisi per lo sviluppo di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico e in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza;
- formazione continua dei team multidisciplinari.

5) Valutazione della qualità delle cure erogate

Obiettivo:

- incrementare le attività di valutazione, sia interna che esterna, della qualità delle cure erogate;
- incrementare le attività di valutazione e sviluppo del governo clinico finalizzate a ridurre l'inappropriatezza in ambito sanitario e socio-sanitario e a migliorare la capacità di fornire risposte al bisogno della persona con cronicità.

Linee di intervento:

- adesione a programmi di valutazione esterna (PNE, progetti Agenas);
- implementare iniziative volte alla valutazione della qualità delle cure erogate e all'accesso equo alle cure.

Case della Comunità

Tempi:

Entro il 31/12/2026

Per la realizzazione delle Case della Comunità, la Regione prevede:

Obiettivi:

- sviluppo ed implementazione della Casa della comunità quale struttura ausiliaria territoriale del Servizio sanitario regionale, che raccoglie l'offerta extra-ospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale.

Linee di intervento:

- attivazione di ulteriori 55 Case della comunità nelle aree attualmente sprovviste, di cui 50 da finanziare attraverso il PNRR, mentre le restanti 5 attraverso ulteriori risorse da reperire. Attualmente sono attive 14 Case della comunità;
- predisposizione e approvazione di "Linee guida regionali sulle Case della comunità" con il dettaglio dei requisiti organizzativi, funzionali e strutturali, nonché i criteri di eleggibilità dei pazienti e le modalità di presa in carico;
- monitoraggio sulla corretta applicazione delle "Linee guida regionali sulle Case della comunità" con la predisposizione di report periodici sulle attività e sulle prestazioni erogate dalle Case della comunità;
- monitoraggio regionale permanente sullo stato di realizzazione delle Case della comunità, con riferimento alla loro dislocazione sul territorio, al modello organizzativo e al monitoraggio degli accessi;
- implementazione del sistema SUA/PUA/UVT;
- creazione UVT specializzate.

Centrale operativa regionale

Tempi:

Entro il 31/12/2023:

Per al realizzazione delle COT la Regione prevede:

Obiettivi:

- sviluppo del modello organizzativo delle COT con impatto su tutta l'organizzazione dei servizi territoriali e quindi sulle cure primarie, al fine di determinare il miglioramento degli outcome di salute della popolazione di riferimento (es. numero di anni in buona salute delle persone con patologie croniche), una maggiore equità di accesso, una riduzione dei costi conseguente agli effetti generali sul sistema determinati da:
 - riduzione degli accessi impropri al PS;
 - riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri;
 - riduzione delle giornate di degenza inappropriate;
 - migliore governance dei percorsi assistenziali attraverso un più tempestivo passaggio da un *setting* assistenziale all'altro e misurazione degli outcome di salute ottenuti;
 - migliore integrazione tra i servizi ospedalieri-territoriali e sociali, con la relativa messa a sistema delle risorse;
 - riduzione dell'inappropriatezza degli interventi assistenziali territoriali.

Linee di intervento:

- attivazione di 24 Centrali operative territoriali.

Ospedali di Comunità**Tempi:**

31/12/2026

Per la realizzazione degli OdC la Regione prevede

Obiettivi:

- sviluppo ed implementazione dell'Ospedale di comunità che svolge la funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, al fine di evitare i ricoveri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei ai bisogni di cura dell'assistito e più prossimi al domicilio.

Linee di intervento:

- attivazione di 33 Ospedali di comunità;
- implementazione del sistema SUA/PUA/UVT;

Assistenza delle Cure Primarie**Tempi:**

31/12/2023

La Regione Sardegna intende provvedere alla implementazione delle Case della comunità, sede privilegiata dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali prevedendo inoltre la presenza dello psicologo di cure primarie, al loro interno quale contesto ideale per la realizzazione di punti di ascolto.

Obiettivi:

- sviluppo ed implementazione delle medicine di gruppo integrate, con il coinvolgimento delle componenti sanitarie e sociali, enfatizzando il ruolo del MMG (nel ruolo di "gatekeeper", responsabile dell'accesso ai servizi), PLS e continuità assistenziale;
- sviluppo dei sistemi di telemedicina che consentano una maggiore interconnessione tra i professionisti a vantaggio dei bisogni dei pazienti;
- sviluppo dei sistemi informativi territoriali che garantiscano la disponibilità delle informazioni sanitarie relative all'assistito nei diversi nodi della rete assistenziale;
- attivazione di reti integrate, anche per l'età pediatrica, attraverso cui elaborare, a livello distrettuale, percorsi assistenziali differenziati rispetto all'intensità di cura che partano da una valutazione multiprofessionale e multidisciplinare dello specifico bisogno di salute;
- attivazione di programmi di formazione continua sia per il personale sanitario sia per i cittadini, attraverso campagne di educazione sanitaria, al fine di accrescere la consapevolezza degli utenti nei confronti dell'importanza di temi quali la prevenzione delle patologie organiche e/o di natura psicologica;
- sviluppo e promozione dei Dipartimenti di psicologia di cure primarie attraverso l'attività degli psicologi di cure primarie, che affiancando i MMG/PLS nella cura del paziente, svolgono un'attività finalizzata alla prevenzione primaria e secondaria e all'assistenza psicologica;
- promozione di un modello di "farmacia dei servizi" integrato con le Cure primarie e con la rete assistenziale.

Linee di intervento:

- potenziamento e riorganizzazione delle Cure primarie integrate con la rete assistenziale territoriale;
- definizione di un modello organizzativo delle Cure primarie per lo sviluppo e l'implementazione delle AFT e UCCP;
- sviluppo di un modello di "farmacia dei servizi" integrato con le Cure primarie e con la rete assistenziale.

Cure Domiciliari Integrate e Cure Palliative Domiciliari**Tempi:**

31/12/2023

Per il potenziamento delle Cure domiciliari integrate e delle Cure palliative domiciliari, la Regione prevede:

Obiettivi:

- aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare, inclusa la fattispecie di domicilio presso le strutture integrate per non autosufficienti, fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione over 65 anni (con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti);
- sviluppo di azioni a favore delle persone non autosufficienti in coerenza con quanto previsto dal Piano della Cronicità;
- revisione del fabbisogno e dell'offerta delle Cure domiciliari integrate e delle Cure palliative domiciliari della programmazione regionale alla luce del nuovo sistema SUA/PUA/UVT e dell'ampliamento dell'offerta dei servizi alle strutture integrate per non autosufficienti, anche attraverso l'istituzione degli Ospedali di comunità;
- completamento dell'offerta formativa universitaria con l'istituzione di un Master in Cure Palliative e Terapia del Dolore per Psicologi.

Linee di intervento:

- promuovere il potenziamento delle cure domiciliari;
- estendere l'offerta delle cure domiciliari alle strutture integrate per non autosufficienti;
- realizzare percorsi formativi destinati agli operatori sanitari che operano nel settore delle Cure domiciliari integrate e Cure palliative domiciliari;
- implementazione del nuovo sistema SUA/PUA/UVT;
- istituzione della UVT specializzata per le cure domiciliari integrate e per le cure palliative;
- attivazione di un Master in Cure Palliative e Terapia del Dolore per Psicologi.

Centri residenziali per le Cure Palliative – Hospice**Tempi:**

31/12/2023

Per potenziare lo sviluppo di un modello di rete interaziendale, la Regione prevede:

Obiettivi:

- implementare uno specifico percorso assistenziale per la presa in carico delle persone nella fase del fine vita, che integri la componente ospedaliera, quella di assistenza residenziale (Hospice) e le Cure palliative domiciliari quale luogo privilegiato di cura, al fine di favorire gli appropriati *setting* assistenziali per gli stadi della patologia e offrire maggiore omogeneità alla risposta assistenziale dell'assistito;
- revisione del fabbisogno e dell'offerta dei Centri residenziali per le cure palliative (Hospice) della programmazione regionale alla luce dell'ampliamento dell'offerta dei servizi sul territorio e del nuovo sistema

SUA/PUA/UVT, con particolare riferimento alle nuove UVT specializzate in Cure domiciliari e per le Cure palliative;

- gara regionale 2.0 per le Cure palliative domiciliari;
- attivazione dell'Hospice di Tempio.

Linee di intervento:

- implementazione del modello per le Cure palliative predisposto con deliberazione di Giunta regionale n. 3/19 del 15.01.2019;
- istituzione della UVT specializzata per le cure domiciliari e le cure palliative.

Consultori

Tempi:

31/12/2023

Per la riorganizzazione del sistema di servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie, la Regione prevede:

Obiettivo:

- rilanciare il consultorio familiare quale luogo privilegiato dei percorsi di cura di maternità, infanzia e adolescenza, nell'ambito dell'organizzazione del Distretto Sanitario. Gli interventi sono rivolti alla promozione della salute e alla prevenzione, alla presa in carico dei casi di lieve entità, all'inquadramento diagnostico e indirizzamento ai servizi specialistici dei casi di media e grave entità.

Linee di intervento:

- rilevazione del personale e delle attività dei CF;
- riorganizzazione delle attività dei CF secondo modello Hub e Spoke con personale dedicato in misura adeguata e conforme alle indicazioni regionali in ogni Distretto sanitario;
- adeguamento delle sedi consultoriali;
- implementazione della presenza di operatori dedicati all'accoglienza telefonica delle richieste e prima raccolta dei bisogni;
- strutturazione di un debito informativo per la rilevazione delle attività;
- implementazione dell'utilizzo del Sistema Informativo regionale (SISaR) dei Consultori familiari a garanzia dell'unitarietà e coerenza nel processo diagnostico clinico terapeutico/assistenziale e accesso degli operatori al Sistema Informativo regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES);
- implementazione della presenza di materiale divulgativo multilingue anche informatizzata;
- implementare la possibilità di supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilità e infertilità per procreazione medicalmente assistita alla donna e le coppie che affrontano tale esperienza (Linee guida del Ministero della Salute del 2015 "Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita" e dal DPCM 12 gennaio 2017, art. 24, lett. I).

Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale e Centri Diurni integrati

Tempi:

31/12/2023

Obiettivo:

- revisione del fabbisogno e della programmazione regionale alla luce del nuovo sistema di SUA/PUA/UVT e dell'ampliamento dell'offerta dei servizi sul territorio, anche attraverso l'implementazione degli Ospedali di comunità.

Linee di intervento:

- implementazione del sistema SUA/PUA/UVT;
- istituzione della UVT specializzata per la non autosufficienza.

Al fine di supportare le Aziende sanitarie nella riorganizzazione territoriale prevista dal DM 77 si sono tenuti incontri bilaterali con ciascuna Azienda sanitaria durante i quali è stata illustrata per ciascun territorio la programmazione regionale delle nuove strutture introdotte dal DM 77/2022.

Inoltre per la predisposizione dei progetti architettonici degli spazi delle strutture introdotte dal DM 77/2022, quali le OdC e COT CdC, si è provveduto a predisporre il format delle relazioni sanitarie. Si è inoltre predisposta la scheda integrativa delle CdC per la definizione della destinazione degli spazi occupati dai servizi sulla base del progetto organizzativo sanitario, quale strumento di supporto e condivisione delle scelte tecniche di adeguamento strutturale ed impiantistico a cura dei RUP. La scheda ha altresì lo scopo di stimare il fabbisogno del personale.

Si è inoltre provveduto ad effettuare la rilevazione del fabbisogno di personale personale per le nuove strutture previste nel DM 77/2022 e la ricognizione del personale attualmente disponibile presso le Aziende sanitarie.

	Personale necessario			Personale attualmente disponibile*	
	Personale per le strutture finanziate da PNRR	Personale per le strutture finanziate da altri finanziamenti	TOTALE	Dipendente	Convenzionato
AMMINISTRATIVI	152	68	220	400	
OSS	238	206	444	162	
IFeC	298	154	452	969	
INFERMIERI	177	140	317		
MMG	330	170	500		1032
PLS					145
PSICOLOGI	66	34	100	15	
ASSISTENTI SOCIALI	50	26	76	33	
OSTETRICHE	16	9	25	12	
ALTRO PERSONALE SANITARIO CON FUNZIONI RIABILITATIVE	12	20	32	181	
MEDICI SPECIALISTI				268	603

*Fonte dati

- Personale dipendente SISaR HR (aggiornato al 30 settembre 2022)
- Personale convenzionato Sistema TS (aggiornato al 13 ottobre 2022)

Tabella 30: Fabbisogno personale e rilevazione personale attualmente disponibile

Cronoprogramma delle attività

Si prevede il rispetto del seguente cronoprogramma in coerenza con la programmazione definita nel Programma Operativo Regionale allegato al Contratto Istituzionale di sviluppo.

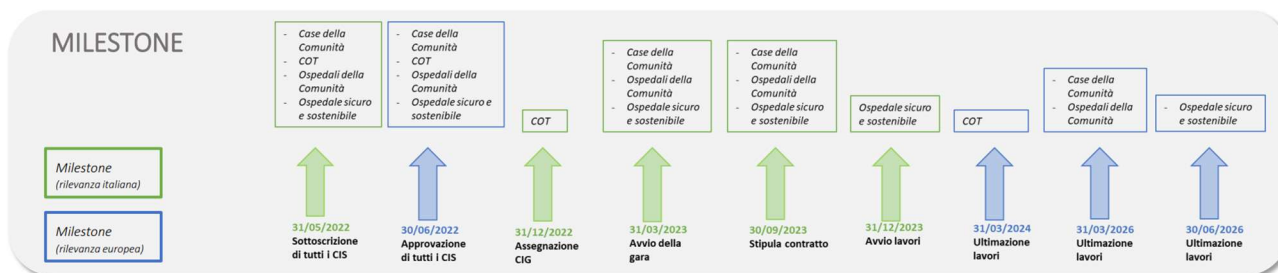


Figura 14: Cronoprogramma delle attività

Eventuali criticità e fattori ostacolanti all'attuazione della riforma

Le criticità connesse all'attuazione del modello di cui al DM 77 sono legate all'entrata a regime della riforma di cui alla L.R. n. 24/2020 ed ai processi di approvvigionamento del personale che, al momento, non risulta sufficiente a garantire la copertura totale dei servizi sul territorio. Si ricorda inoltre che la Regione Sardegna dal 2008 provvede con proprie risorse al finanziamento della spesa del SSR ma che all'epoca non si era tenuto conto dei maggiori oneri derivanti dal potenziamento della rete territoriale che, al momento, devono essere reperiti a valere sul bilancio regionale.

Modalità di governo e monitoraggio delle azioni di riorganizzazione

Definizione del responsabile regionale del monitoraggio dell'attuazione di quanto programmato.

È stato individuato quale responsabile regionale del monitoraggio dell'attuazione della riorganizzazione il Direttore del Servizio Programmazione e Governo delle reti di cura.

Individuazione degli Indicatori

Gli indicatori di processo derivano dal raggiungimento della singole attività individuate nel paragrafo "Sintesi delle azioni" e verranno declinati in apposita determinazione del Direttore Generale della Sanità entro 30 giorni dall'approvazione del presente documento. Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi sarà quindi impostato in maniera tale da garantire il recepimento da parte della Direzione Generale della Sanità dei flussi informativi connessi al perseguimento delle singole attività.

Governance regionale

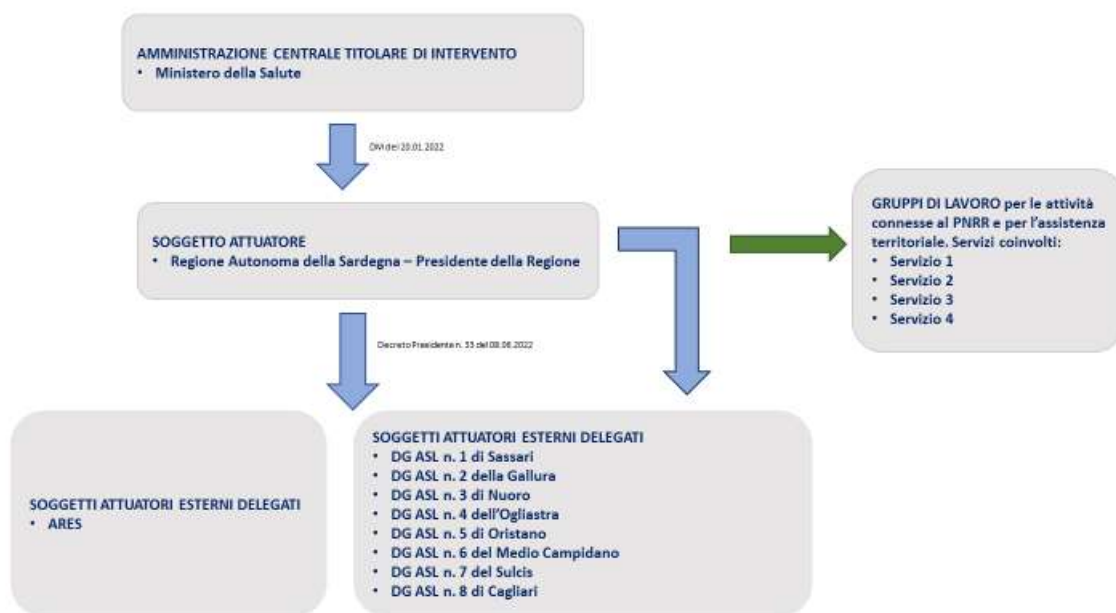


Figura 15: Governance regionale