



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## DELIBERAZIONE N. 9/22 DEL 24.03.2022

---

**Oggetto: Piano regionale dei servizi sanitari 2022-2024. Legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, art. 32.**

L'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale riferisce che ha proceduto alla definizione della proposta di Piano regionale dei servizi sanitari per il triennio 2022-2024, ai sensi dell'art. 32 della legge regionale 11 settembre 2020, n. 24.

La proposta di Piano prende avvio da un complesso lavoro di analisi del fabbisogno di salute della popolazione in grado di supportare le scelte di programmazione sanitaria ivi contenute, al fine di renderle maggiormente coerenti con gli scenari evolutivi di medio e lungo termine.

La proposta di Piano, riferisce l'Assessore, mira alla riorganizzazione della rete territoriale e dell'offerta di servizi ed implementa la visione paziente-centrica ponendo il cittadino al centro del sistema assistenziale. Il Piano promuove il potenziamento del distretto sociosanitario quale punto di riferimento per l'assistito rispetto alla complessità della rete dei servizi e, altresì, favorisce la presa in carico globale dell'assistito.

L'Assessore ricorda alla Giunta che il Piano è stato predisposto tenendo conto dei contributi e delle proposte espresse nell'ambito di incontri organizzati tra l'Assessorato della Sanità, le Aziende sanitarie e la ATS, in occasione della definizione dei progetti di realizzazione delle Aziende e di attivazione dell'Ares, ai sensi dell'art. 47 della citata legge di riforma.

L'Assessore rammenta che in riferimento all'iter procedurale di approvazione della proposta di Piano, l'articolo 32, comma 3, della citata legge prevede che vengano sentiti i consigli delle professioni sanitarie, a tale proposito, l'Assessore riferisce che, a causa della mancata costituzione degli stessi, sono stati sentiti i Direttori sanitari delle Aziende sanitarie regionali.

L'Assessore inoltre riferisce che la proposta di Piano si è avvalsa del prezioso contributo e delle proposte di tutti i soggetti portatori di interesse coinvolti nel processo di predisposizione della proposta.

La Giunta regionale, udita la proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, visto il parere favorevole di legittimità del Direttore generale della Sanità sulla proposta in esame

**DELIBERA**



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA**  
**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

DELIBERAZIONE N. 9/22  
DEL 24.03.2022

- di approvare la proposta di Piano regionale dei servizi sanitari per il triennio 2022-2024, allegata alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
- di trasmettere il Piano al Presidente del Consiglio regionale della Sardegna per la sua approvazione ai sensi dell'art. 32, comma 2, della legge regionale 11 settembre 2020, n. 24.

Letto, confermato e sottoscritto.

**Il Direttore Generale**

Silvia Curto

**Il Vicepresidente**

Alessandra Zedda



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 9/22 del 24.3.2022

# Piano Regionale dei Servizi Sanitari

Triennio 2022-2024





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## INDICE

1	Mappa dei bisogni. Lo scenario epidemiologico e sociale .....	5
1.1	Premessa.....	5
1.2	Quadro demografico .....	5
1.3	Quadro socio economico .....	8
1.4	Quadro epidemiologico.....	11
2	Analisi del fabbisogno socio-sanitario regionale .....	15
2.1	Premessa.....	15
2.2	Prestazioni erogate .....	15
2.2.1	Assistenza ospedaliera.....	15
2.2.2	Assistenza specialistica ambulatoriale e mobilità passiva .....	16
2.2.2.1	Mobilità passiva extra regione .....	21
2.2.2.2	Densità dell'Offerta .....	24
2.2.2.3	Mobilità infraregionale.....	24
2.2.3	Residenze sanitarie assistenziali, Centri diurni, Hospice, Cure domiciliari integrate e Comunità Integrate	35
2.2.4	Riabilitazione Globale .....	38
2.2.5	Salute Mentale .....	39
2.2.6	Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza .....	42
2.2.7	Dipendenze Patologiche .....	44
2.2.8	Assistenza Termale .....	45
2.2.9	HIV e patologie correlate .....	47
2.2.10	Assistenza specialistica materno infantile .....	49
2.3	Volume delle liste di attesa .....	55
2.4	Volume delle prestazioni per solventi (Out-of-pocket).....	59
2.5	Stima dell'impatto dei rinunciatari alle cure .....	62
3	Mappature delle strutture socio-sanitarie presenti sul territorio.....	66
3.1	Il territorio .....	66
3.1.1	Le strutture sanitarie. Punti di erogazione .....	67
3.1.2	La rete delle strutture di diagnostica per immagini (DI) .....	67
3.1.3	La rete delle strutture per le dialisi (DIAL) .....	70
3.1.4	La rete delle strutture di Medicina fisica e riabilitazione (FKT) .....	73
3.1.5	La rete dei laboratori di analisi (LAB) .....	76
3.1.6	La rete delle strutture di specialistica ambulatoriale .....	79
3.1.7	La rete materno infantile .....	82



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

4	Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio .....	87
4.1	La sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico .....	88
4.1.1	Premessa.....	88
4.1.2	Implementazione del Sistema informativo regionale per il monitoraggio degli errori in sanità nelle strutture socio sanitarie del territorio.....	89
4.1.3	La prevenzione degli errori di comunicazione attraverso la promozione di protocolli e procedure operative tra i professionisti durante la transizione dell'assistenza.....	90
4.1.4	Formazione .....	92
4.1.5	Coinvolgimento dei cittadini .....	92
4.1.6	Prevenzione degli eventi avversi nel parto. La scheda di valutazione del rischio ostetrico ....	93
5	La programmazione socio-sanitaria. Il percorso di presa in carico del paziente e la cronicità .....	94
5.1	La presa in carico .....	96
5.1.1	La presa in carico del paziente con bisogno semplice: PDTA .....	99
5.1.2	La presa in carico del paziente con bisogno complesso: PAI .....	100
5.2	La Cronicità.....	101
6	Il nuovo ruolo del Distretto socio-sanitario.....	106
6.1	Assistenza distrettuale socio-sanitaria .....	107
6.1.1	Ambiti territoriali e competenze. Legge regionale di riforma sanitaria n. 24/2020 .....	107
6.1.2	Punto unico di accesso e Unità di valutazione territoriale .....	109
6.2	Organizzazione del Distretto.....	112
6.3	Le Case della comunità .....	114
6.4	Le Centrali operative territoriali.....	119
6.5	Ospedali di comunità .....	123
6.6	Assistenza delle Cure primarie .....	126
6.7	Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale e Centri diurni integrati .....	129
6.8	Assistenza riabilitativa .....	131
6.8.1	Rete dei servizi di riabilitazione per i disturbi della disabilità in età evolutiva.....	134
6.9	Cure domiciliari integrate e Cure palliative domiciliari.....	137
6.10	Centri residenziali per le cure palliative - Hospice.....	139
6.11	Assistenza protesica ed integrativa .....	141
6.12	Consultori familiari .....	141
6.13	Assistenza farmaceutica.....	142
6.13.1	Farmacie convenzionate.....	143
6.13.2	Razionalizzazione della logistica .....	145
7	Strumenti a supporto della Rete socio-sanitaria territoriale.....	147



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

7.1	Telemedicina .....	147
7.1.1	Opportunità della Telemedicina .....	148
7.2	Fascicolo Sanitario Elettronico .....	150
7.3	Sistema informativo delle cure primarie .....	153
7.3.1	Cartella Clinica territoriale informatizzata .....	153
7.3.2	Numero unico europeo armonizzato (NEA) 116117 .....	155
8	Governo della domanda e delle liste di attesa .....	157
8.1	Linee di intervento per il governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali .....	158
8.1.1	Regole prescrittive .....	158
8.1.2	Modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei .....	159
8.1.3	La ricetta elettronica dematerializzata .....	160
8.2	Monitoraggio dei tempi di attesa .....	160
9	La Salute della donna e del bambino .....	163
9.1	La Rete materno infantile .....	164
9.2	Percorso nascita .....	169
9.3	Percorso di interruzione volontaria di gravidanza .....	171
9.4	Rete territoriale anti violenza .....	172
10	La Salute Mentale e l'integrazione socio-sanitaria .....	174
10.1	Premessa .....	174
10.2	Rete regionale dei servizi per la salute mentale (ReRS-SM) .....	174
10.2.1	Popolazione target, obiettivi e strumenti della ReRS-SM .....	175
10.2.2	Modello di funzionamento della ReRS-SM .....	177
10.2.3	Piano strategico per lo sviluppo della ReRS-SM .....	179
11	Le Reti clinico assistenziali .....	181
12	Governo delle risorse finanziarie .....	184



# 1 MAPPA DEI BISOGNI. LO SCENARIO EPIDEMIOLOGICO E SOCIALE

## 1.1 PREMESSA

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

Una programmazione basata sui bisogni di salute deve svilupparsi, prioritariamente, dalla conoscenza del territorio, dalla sua complessità e dalla variabilità dal punto di vista demografico, socio economico ed epidemiologico.

Lo scenario di seguito illustrato evidenzia le caratteristiche territoriali che influenzano maggiormente il panorama dei bisogni sanitari e dell'offerta di servizi attuale e programmata e che brevemente si riassumono:

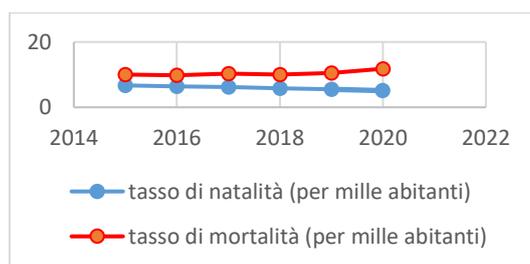
- progressivo aumento della speranza di vita attesa alla nascita;
- maggiore longevità che determina il progressivo invecchiamento della popolazione, unita al declino della natalità;
- elevata disomogeneità dei principali indicatori demografici tra le aree territoriali della regione;
- livello di istruzione e tasso di occupazione con valori inferiori alla media nazionale, elevato tasso di disoccupazione in rapporto al dato nazionale;
- elevata incidenza di patologie croniche, prevalentemente legate alle malattie oncologiche e del sistema circolatorio.

## 1.2 QUADRO DEMOGRAFICO

La popolazione residente in Sardegna al 1° gennaio 2021 ammonta a 1.598.225 abitanti. A livello regionale si osserva un continuo calo demografico da cinque anni consecutivi, in linea con il trend registrato a livello nazionale.

Il successivo grafico (Fig. 1) rappresenta il trend di natalità e di mortalità negli ultimi cinque anni in Sardegna. Oltre il continuo calo demografico, il grafico mostra come, nel corso degli anni, il numero dei decessi si sia sempre attestato al di sopra del numero dei nati. In particolare, nel 2019 il tasso di mortalità registrato è pari a 10,5 per mille abitanti, mentre il tasso di natalità è ulteriormente sceso, facendo registrare il più basso livello di ricambio naturale di sempre, pari a 5,5 per mille abitanti.

Figura 1 Trend di natalità e di mortalità in Sardegna. Anni 2015-2020



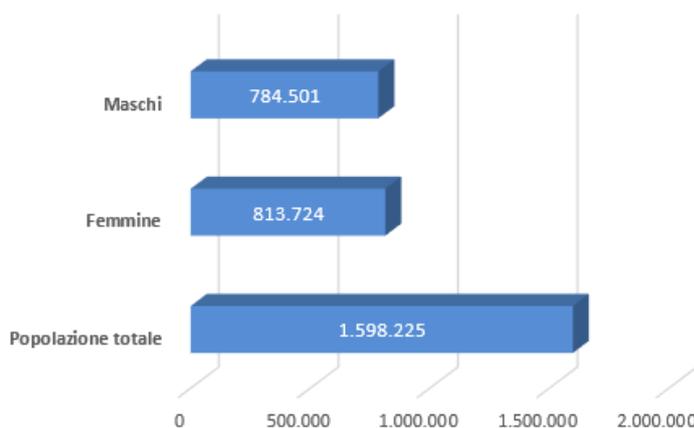
Fonte: Istat – Indicatori demografici. Dati 2020 provvisori



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Come si evince dalla successiva figura n. 2 non vi sono particolari differenze nella distribuzione tra maschi e femmine all'interno della regione.

Figura 2 Ripartizione della popolazione per genere



Fonte: Istat – Geodemo - Popolazione al 01.01.2021

Il rapporto di mascolinità, che indica la composizione della popolazione tra maschi e femmine, ha un valore complessivo pari a 0,97 per l'anno 2020 (97 maschi ogni 100 femmine) e si modifica se osservato all'interno di specifiche classi di età e, in particolare, diminuisce nella popolazione anziana (0,79), indicazione di una maggior prevalenza del genere femminile oltre i 65 anni, così come illustrato dalla tabella che segue (Tab. 1).

Tabella 1 Popolazione residente in Sardegna per classi di età. Italia 2020

Classi di età	2016		2017		2018		2019		2020		Rapporto M/F	Italia 2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	2020	N	%
0-14	195.150	11,8	191.686	11,6	188.390	11,4	183.801	11,2	179.405	11,0	1,07	78.193.48	13,0
15-44	590.247	35,6	576.200	34,9	562.769	34,1	548.059	33,4	531.386	32,6	1,07	20.250.343	33,6
45-64	506.060	30,5	510.549	30,9	515.168	31,3	518.117	31,6	522.091	32,0	0,98	18.227.994	30,3
65 +	366.681	22,1	374.700	22,7	381.849	23,2	389.614	23,8	397.592	24,4	0,79	13.946.954	23,2
Totale	1.658.138	100	1.653.135	100	1.648.176	100	1.639.591	100	1.630.474	100	0,97	60.244.639	100

Fonte: Istat – Geodemo

Per quanto riguarda la popolazione straniera<sup>1</sup> residente nell'isola, nel 2019, è pari a 55.998 individui (circa 2.000 individui in più rispetto allo scorso anno), di cui il 51% donne (rapporto di mascolinità pari a 95 maschi ogni 100 femmine) e il 13,7% minori, presumibilmente della seconda generazione. La Sardegna ha la minore proporzione di cittadini stranieri sul totale dei residenti (italiani e stranieri), che si attesta al 3,4% nel 2019 (valore nazionale 8,8%), pur essendo in continuo aumento (era 2,2% nel 2013; 2,9% nel 2015; 3,3% nel 2017).

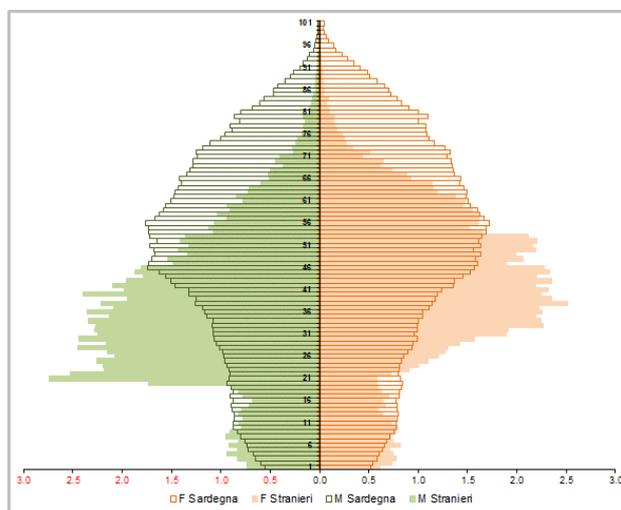
La figura n. 3 rappresenta la piramide d'età per genere e cittadinanza residente in Sardegna. Dal grafico si rileva che la popolazione straniera residente in Sardegna ha una struttura essenzialmente giovane e ciò spiega l'esperienza migratoria per motivi di lavoro.

<sup>1</sup> Persone con cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Figura 3 Piramide d'età per genere e cittadinanza residente in Sardegna al 01.01.2020



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Epidemiologico Regionale su dati Istat

La popolazione sarda, coinvolta da decenni in un continuo e progressivo fenomeno di invecchiamento, ha modificato la struttura per età divenendo meno giovane rispetto a quella nazionale.

Analizzare il processo di invecchiamento è fondamentale per riorganizzare efficacemente il Servizio sanitario regionale, al fine di rispondere al meglio ai bisogni socio-sanitari della popolazione. L'analisi demografica ha quindi l'intento di evidenziare le principali caratteristiche che influenzano il panorama dei bisogni e dell'offerta di servizi attuale e futura.

La regione Sardegna rileva un indice di vecchiaia<sup>2</sup> della popolazione pari a 221,7, valore superiore a quello nazionale pari a 178,4 (Tab. 2), ancora in crescita rispetto agli anni precedenti e con intensità maggiore rispetto al resto d'Italia, inoltre, l'età media<sup>3</sup> della popolazione regionale è superiore a quella nazionale (46,8 anni vs 45,4).

L'incidenza degli ultra 65enni (indice di invecchiamento<sup>4</sup>) è pari al 24,4% della popolazione regionale, superiore del 23,2% rispetto al riferimento nazionale e in aumento rispetto agli anni precedenti, mentre la proporzione di età pediatrica (0-14 anni), attualmente pari al 11,0%, è inferiore al dato nazionale (13,0%).

Inoltre, l'indice di dipendenza strutturale<sup>5</sup> fornisce una misura indiretta della sostenibilità del carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva. Valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale. La Sardegna ha registrato, nel corso degli anni, un progressivo aumento di tale valore (54,8 nel 2020). In particolare l'indice di dipendenza degli anziani<sup>6</sup> è in continuo aumento, superando il valore nazionale (37,7 anziani su 100 individui in età lavorativa; 36,2 Italia) a riprova del tendenziale e progressivo invecchiamento della popolazione.

<sup>2</sup> L'indice di vecchiaia è il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100

<sup>3</sup> L'età media è la media delle età, ponderata con l'ammontare della popolazione in ciascuna classe di età

<sup>4</sup> Indice di invecchiamento è il rapporto percentuale tra la popolazione anziana (65 e oltre) e il totale della popolazione

<sup>5</sup> L'indice di dipendenza strutturale è il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

<sup>6</sup> L'indice di dipendenza degli anziani è il rapporto tra la popolazione anziana e quella in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tabella 2 Indicatori di struttura della popolazione residente in Sardegna al 1° gennaio. Anni 2016-2020. Italia 2020

Indicatore	2016	2017	2018	2019	2020	Italia 2020
Indice di vecchiaia	187,9	195,5	202,7	212,0	221,7	178,4
Età media della popolazione	45,3	45,7	46,1	46,4	46,8	45,4
Indice di invecchiamento (per 100) - (% Over 65)	22,1	22,7	23,2	23,8	24,4	23,2
Indice di dipendenza strutturale	51,3	52,1	52,9	53,8	54,8	56,6
Indice di dipendenza degli anziani	33,5	34,5	35,4	36,5	37,7	36,2

Fonte: Istat – I.Stat

Per quanto riguarda i principali indicatori demografici, le aree socio-sanitarie locali mostrano una certa disomogeneità. Come si evince dalla tabella n. 3, la popolazione più giovane risiede nel territorio di Olbia e Cagliari e quella più anziana in quelle di Carbonia e Oristano.

Tabella 3 Indici di struttura della popolazione residente per ASSL, Sardegna, Italia. Anno 2020

ASSL Residenza	Indice di Vecchiaia	% 0-14 anni	Indice di Invecchiamento (% Over 65)	Indice di Dipendenza Strutturale	Indice di Dipendenza Anziani
Sassari	220,5	11,0	24,3	54,6	37,6
Olbia	170,7	12,5	21,3	51	32,2
Nuoro	220,6	11,4	25,1	57,3	39,5
Lanusei	207,8	11,8	24,6	57,3	38,7
Oristano	273,6	9,9	27,2	58,9	43,2
Sanluri	253,5	10,3	26,2	57,7	41,4
Carbonia	290,7	9,4	27,5	58,5	43,5
Cagliari	209,6	11,1	23,3	52,6	35,6
<b>Sardegna</b>	<b>221,7</b>	<b>11,0</b>	<b>24,4</b>	<b>54,8</b>	<b>37,7</b>
<i>Italia</i>	<i>178,4</i>	<i>13,0</i>	<i>23,2</i>	<i>56,6</i>	<i>36,2</i>

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Epidemiologico Regionale su dati ISTAT - Demo Demografia in cifre

### 1.3 QUADRO SOCIO ECONOMICO

Le condizioni socio-economiche quali l'istruzione, la disoccupazione, il reddito, la disparità, la povertà sono elementi che influiscono profondamente sullo stato di salute della popolazione. In particolare, l'istruzione non ha solo un valore intrinseco, ma influenza il benessere delle persone in modo diretto.

Negli ultimi anni si assiste ad un diffuso miglioramento del livello di istruzione della popolazione italiana, anche se con forti differenze territoriali.

La Sardegna è tra le regioni con il più basso livello di istruzione. La quota di adulti 25-64enni con almeno il diploma superiore, pari al 51,5% nel 2018, pur essendo in lieve crescita, assume il secondo valore più basso (insieme alla Sicilia e seguita solo dalla Puglia) a livello nazionale che, a sua volta, occupa ancora le ultime posizioni della graduatoria europea (61,07% Italia, media UE 78,1% – Rapporto BES 2019<sup>7</sup>).

<sup>7</sup> BES 2019. Il benessere Equo e sostenibile in Italia. ISTAT



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il fenomeno degli abbandoni scolastici, misurato dalla percentuale di giovani (18-24 anni) che hanno conseguito solo la licenza media e non partecipano ad attività di educazione o formazione, nell'ambito della Rilevazione sulle Forze di lavoro dell'ISTAT, è in calo a livello nazionale: nel 2019 il tasso di abbandono precoce è pari al 13,5%.

Si conferma il differenziale di genere, a sfavore degli uomini (21,9 M e 13,1 F).

Tabella 4 Giovani che abbandonano prematuramente gli studi<sup>8</sup> Sardegna, Italia 2014-2019 (Valori percentuali)

Territorio	2014	2015	2016	2017	2018	2019		
Sardegna	23,5	22,9	18,1	21,2	16,5	17,8 M+F	21,9 M	13,1 F
Italia	15	14,7	13,8	14	14,5	13,5 M+F	15,4 M	11,5 F

Fonte: Istat, Rilevazione sulle Forze di lavoro – Rapporto BES 2019

Per quanto riguarda il tasso di occupazione<sup>9</sup> della popolazione in età 20-64 anni in Sardegna, sebbene in aumento, è inferiore alla media italiana (nel 2019: 57,3% Sardegna vs 63,5% Italia – Tabella 5). A livello provinciale, il tasso di occupazione più elevato si osserva nel territorio di Sassari (59,7%) e nella città metropolitana di Cagliari (59,1%), mentre i valori più bassi si rilevano nella provincia di Oristano (54,2) e in quella del Sud Sardegna (54,3).

Tabella 5 Tasso di occupazione 20-64 anni, valori provinciali, regionali e nazionali, anni 2017-2019

Territorio	2017	2018	2019
Sassari	53,7	57,6	59,7
Nuoro	52,7	53,5	55,3
Oristano	51,2	56,6	54,2
Sud Sardegna	49,5	54,3	54,3
Città metropolitana di Cagliari	58,3	57,0	59,1
<b>Sardegna</b>	<b>53,7</b>	<b>56,1</b>	<b>57,3</b>
Italia	62,3	63,0	63,5

Fonte: I.Stat, Rilevazione sulle forze di lavoro

Il tasso di disoccupazione<sup>10</sup> regionale mostra un andamento decrescente negli ultimi tre anni, restando comunque più elevato di quello nazionale (14,7% Sardegna, 10,0% Italia nel 2019 - Tab. 6).

Tabella 6 Tasso di disoccupazione 15 anni e più, valori provinciali, regionali e nazionali, anni 2017-2019

Territorio	2017	2018	2019
Sassari	16,9	14,5	13,4
Nuoro	13,0	13,0	11,3
Oristano	15,5	16,2	15,8
Sud Sardegna	17,8	13,3	17,0
Città metropolitana di Cagliari	21,4	17,7	16,1
<b>Sardegna</b>	<b>17,0</b>	<b>15,4</b>	<b>14,7</b>
Italia	11,2	10,6	10,0

Fonte: Istat, Rilevazione delle forze di lavoro

<sup>8</sup> Percentuale di persone di 18-24 anni che hanno conseguito solo la licenza media e non sono inseriti in un programma di formazione sul totale delle persone di 18-24 anni

<sup>9</sup> Tasso di occupazione: rapporto percentuale tra gli occupati di una determinata classe d'età e la popolazione residente totale della stessa classe d'età

<sup>10</sup> Il tasso di disoccupazione è il rapporto percentuale fra la popolazione di 15 anni e più in cerca di occupazione e le forze di lavoro totali (la somma degli occupati e delle persone in cerca di occupazione)



Nel 2018, la spesa media mensile delle famiglie residenti in Italia è pari a 2.571,00 euro. In Sardegna la spesa media mensile familiare totale, inferiore rispetto al valore nazionale, è pari a 2.159,00 euro. In linea con il dato italiano, il capitolo di spesa che incide maggiormente è quello legato all'acquisto di beni e servizi non alimentari (81%), mentre la parte restante è destinata all'acquisto di beni e servizi alimentari.

La povertà assoluta<sup>11</sup> in Italia si riduce sia in termini di famiglie (Tab. 7) sia di individui. L'incidenza di povertà assoluta, inferiore rispetto agli anni precedenti, è pari al 6,4% per le famiglie (7,0% nel 2018) e al 7,7% per gli individui (era 8,4%). È più accentuata nel Mezzogiorno (8,6%) rispetto al Nord e al Centro (5,8% e 4,5% rispettivamente) e con intensità<sup>12</sup> superiore (21,2% contro 20,1% e 18,1% di Nord e Centro).

Tabella 7 Incidenza e intensità di povertà assoluta, per ripartizione geografica (su 100 famiglie residenti). Anni 2018-2019

Territorio	Famiglie povere			
	Incidenza di povertà		Intensità di povertà	
	2018	2019	2018	2019
Nord	5,8	5,8	18,8	20,1
Centro	5,3	4,5	18,0	18,1
Mezzogiorno	10,0	8,6	20,5	21,2
<i>Italia</i>	<i>7,0</i>	<i>6,4</i>	<i>19,4</i>	<i>20,3</i>

Fonte: Indagini sui consumi delle famiglie, ISTAT. Aggiornamento 2019. Le statistiche dell'ISTAT sulla povertà. Anno 2019

Anche la povertà relativa<sup>13</sup> si riduce nel 2019 (da 11,8% di famiglie in povertà relativa nel 2018 a 11,4% - Tab. 8), in maniera disomogenea nel territorio nazionale: aumenta in maniera contenuta al Nord (6,8%), diminuisce al centro (7,3%) e nel Mezzogiorno (21,1%).

In Sardegna l'incidenza di povertà relativa, nel 2019, si riduce al 12,8% (era 19,3% del 2018); l'intensità della povertà relativa nel 2018 è maggiore, ossia i livelli di spesa sono più bassi, rispetto alla media nazionale (24,0% contro 24,3% nel 2018).

Tabella 8 Incidenza e intensità di povertà relativa familiare (su 100 famiglie residenti). Anni 2018-2019

Territorio	Incidenza della povertà relativa familiare (% di famiglie in povertà relativa)		Intensità della povertà relativa (Differenza % dalla soglia di povertà)	
	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2018	Anno 2019
Nord	6,6	6,8	22,3	22,4
Centro	7,8	7,3	22,2	21,9
Mezzogiorno	22,1	21,1	25,8	25
<b>Sardegna</b>	<b>19,3</b>	<b>12,8</b>	<b>24,0</b>	-
<i>Italia</i>	<i>11,8</i>	<i>11,4</i>	<i>24,3</i>	<i>23,8</i>

Fonte: Indagini sui consumi delle famiglie, ISTAT. Le statistiche dell'ISTAT sulla povertà. Aggiornamento giugno 2020

<sup>11</sup> L'incidenza della povertà assoluta è calcolata sulla base di una soglia corrispondente alla spesa mensile minima necessaria per acquisire un paniere di beni e servizi che, nel contesto italiano e per una famiglia con determinate caratteristiche, è considerato essenziale a uno standard di vita minimamente accettabile. La soglia di povertà assoluta è definita in base all'età dei componenti, alla ripartizione geografica e alla tipologia del comune di residenza

<sup>12</sup> L'intensità della povertà rappresenta, in termini percentuali, quanto la spesa mensile delle famiglie povere è mediamente sotto la linea di povertà

<sup>13</sup> Una famiglia viene definita povera in termini relativi se la sua spesa per consumi è pari o al di sotto della linea di povertà relativa, che viene calcolata sui dati dell'indagine sulle spese per consumi delle famiglie. Per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media mensile per persona che, nel 2019, è risultata di 1.094,95 euro mensili (pressoché uguale al valore soglia nel 2018, quando era pari a 1.065,09 euro). L'intensità della povertà indica, in termini percentuali, quanto la spesa media mensile delle famiglie classificate come povere sia al di sotto della linea di povertà



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

In Sardegna il reddito familiare netto medio nel 2018, pari a euro 27.835,00, è lievemente aumentato rispetto all'anno precedente (euro 27.748,00 nel 2017), riducendo il divario rispetto al reddito medio nazionale che nel 2018 è pari a euro 31.641,00 (euro 31.393,00 nel 2017).

## 1.4 QUADRO EPIDEMIOLOGICO

La speranza di vita fornisce una misura dello stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una popolazione ed è inversamente correlata al livello di mortalità. L'Italia è caratterizzata dal continuo miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, legato al progressivo incremento della longevità e permane, inoltre, nel tempo uno dei paesi con la più alta speranza di vita alla nascita nel contesto europeo.

Al fine di analizzare il quadro epidemiologico regionale è stato utilizzato il 2019 come anno di riferimento, in quanto il più recente 2020 risultava fortemente condizionato dall'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Le condizioni di sopravvivenza della popolazione sono migliorate nel 2019 e si è registrato un ulteriore aumento della speranza di vita attesa alla nascita<sup>14</sup> in tutto il territorio nazionale, che per le donne si attesta a 85,4 anni e per gli uomini a 81,1 (Tab 9). Dopo anni di crescita costante e consistente, la speranza di vita ha iniziato a rallentare il suo ritmo di crescita, in particolare tra le donne. Rispetto al 2018 l'incremento è pari a 0,1 decimi di anno, corrispondente ad un mese di vita in più, per entrambi i generi.

Per la Sardegna il numero di anni di vita media attesa alla nascita raggiunge 85,8 anni per le donne e 80,4 anni per gli uomini, che godono di condizioni di sopravvivenza meno favorevoli rispetto al livello nazionale (81,1 Italia). Permane, in entrambi i contesti, un differenziale di genere a favore delle donne che si attesta su 4,3 anni di vita in più a livello nazionale (era 6 anni nel 2000) e 5,4 in Sardegna (era 4,9 nel 2018).

Rispetto all'anno precedente risulta in calo la speranza di vita in buona salute<sup>15</sup> della popolazione regionale (54,4 nel 2019 vs 57,6 nel 2018), seppure in aumento nell'ultimo quinquennio ma inferiore al dato nazionale sostanzialmente stabile su 58,6 anni; analogamente, la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni (9,2 anni vs 10 Italia).

Tabella 9 Speranza di vita alla nascita per genere. Sardegna e Italia. Anni 2014-2019

Indicatore	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Speranza di vita alla nascita Femmine Italia	85,0	84,6	85,0	84,9	85,2	85,4
Speranza di vita alla nascita Maschi Italia	80,3	80,1	80,6	80,6	80,9	81,1
Speranza di vita alla nascita Femmine Sardegna	85,3	84,8	85,2	85,1	85,6	85,8
Speranza di vita alla nascita Maschi Sardegna	79,7	79,8	80,2	80,4	80,7	80,4
Speranza di vita in buona salute alla nascita	53,3	54,8	54,1	55,1	57,6	54,4 (Italia 58,6)
Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni	7,1	9,2	7,8	9,7	9,0	9,2 (Italia 10)

Fonte: I.STAT - Demo Demografia in cifre e Rapporto BES 2019

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

<sup>15</sup> Esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un determinato anno di calendario può aspettarsi di vivere in buone condizioni di salute, utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente ("bene" o "molto bene") alla domanda sulla salute percepita.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Nel corso del 2019 nella popolazione residente in Sardegna sono stati registrati 17.003 decessi, in aumento rispetto all'anno precedente, proseguendo il trend registrato a partire dal 2012 nell'intero Paese (+726 rispetto al 2018) e coinvolgendo maggiormente il genere maschile (51% M e 49% F; a livello nazionale il maggior numero di decessi coinvolge le donne, 52,1%).

L'aumento tendenziale dei decessi è da considerarsi in parte strutturale per una popolazione caratterizzata da un accentuato invecchiamento; le condizioni climatiche (particolarmente avverse o favorevoli) e le maggiori o minori virulenze delle epidemie influenzali stagionali, ad esempio, possono influire sull'andamento del fenomeno come è avvenuto nel 2015 e nel 2017, anni di un visibile aumento dei decessi. Nel complesso nazionale la stagionalità dei decessi nel 2019 non presenta, a questo riguardo, particolari criticità rispetto ai quattro anni precedenti (Istat – Bilancio demografico nazionale 2019) ma nello specifico regionale si segnala un eccesso superiore a quello registrato nel 2017 (16.737 decessi).

La successiva tabella n. 10 rappresenta i principali indicatori dello stato di salute della popolazione, con il confronto nei due ambiti territoriali, regionale e nazionale.

*Tabella 10 Principali indicatori sullo stato di salute della popolazione*

Indicatore	Sardegna	Italia
Tasso di mortalità per 10.000 abitanti	99,5	104,1
Tasso di mortalità infantile (per 10.000 nati vivi)	25,4	28,8
Tasso di mortalità per suicidio (popolazione di 15 anni e oltre) per 10.000 abitanti	1,04	0,71
Tasso di mortalità per cancro (per 10.000 abitanti)	30,5	29,7
Persone in buona salute (per 100 persone con le stesse caratteristiche)	62,6	68,8
Persone con almeno una malattia cronica (per 100 persone con le stesse caratteristiche)	44,2	40,9
Persone con almeno due malattie croniche (per 100 persone con le stesse caratteristiche)	24,7	21,1
Persone con malattie croniche in buona salute (per 100 persone con le stesse caratteristiche)	36	43,1

*Fonte: Istat – Statbase – ultimo anno disponibile (2018 per i tassi di mortalità; 2019 per le aspettative di vita)*

Come mostrato dalla precedente tabella n. 10, il tasso di mortalità ed il tasso mortalità infantile, risultano avere livelli più bassi se confrontati con il dato nazionale. La mortalità infantile per la Sardegna, con 2,5 decessi per 1000 nati vivi nel 2018, si colloca al di sotto della media nazionale (2,9 decessi per 1000 nati vivi) e da anni è tra i livelli più bassi in Europa.

Tuttavia è necessario porre particolare attenzione al tasso di mortalità per suicidio che risulta avere un valore superiore alla media nazionale così come l'indicatore relativo alle persone con una o più malattie croniche.

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.



Tabella 11 Mortalità proporzionale per principali gruppi di cause. Sardegna, Italia. Anni 2017-2018. (Valori percentuali)

Codici ICD10 <sup>16</sup>	Gruppi di cause di morte	Sardegna		Italia	
		2017	2018	2017	2018
A00-B99	Malattie infettive e parassitarie	2,4	2,1	2,2	2,2
C00-D48	Tumore	29,9	30,3	27,8	28,6
D50-D89	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici, disturbi immunitari	0,6	0,7	0,5	0,5
E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4,1	4,3	4,6	4,5
F00-F99	Disturbi psichici e comportamentali	5,4	5,4	3,8	3,9
G00-H95	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	5,6	5,4	4,7	4,7
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	30,9	30,2	35,9	34,9
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	7,3	7,4	8,2	8,2
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	4,0	4,2	3,6	3,7
L00-L99	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	0,2	0,2	0,2	0,2
M00-M99	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	0,7	0,7	0,6	0,5
N00-N99	Malattie del sistema genitourinario	1,7	1,7	1,9	1,9
O00-O99	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0,0	0,0	0,0	0,0
R00-R99	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	2,6	2,6	2,2	2,3
V01-Y89	Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	4,8	4,7	3,9	3,9

Fonte: Istat- HFA. Aggiornamento dicembre 2020

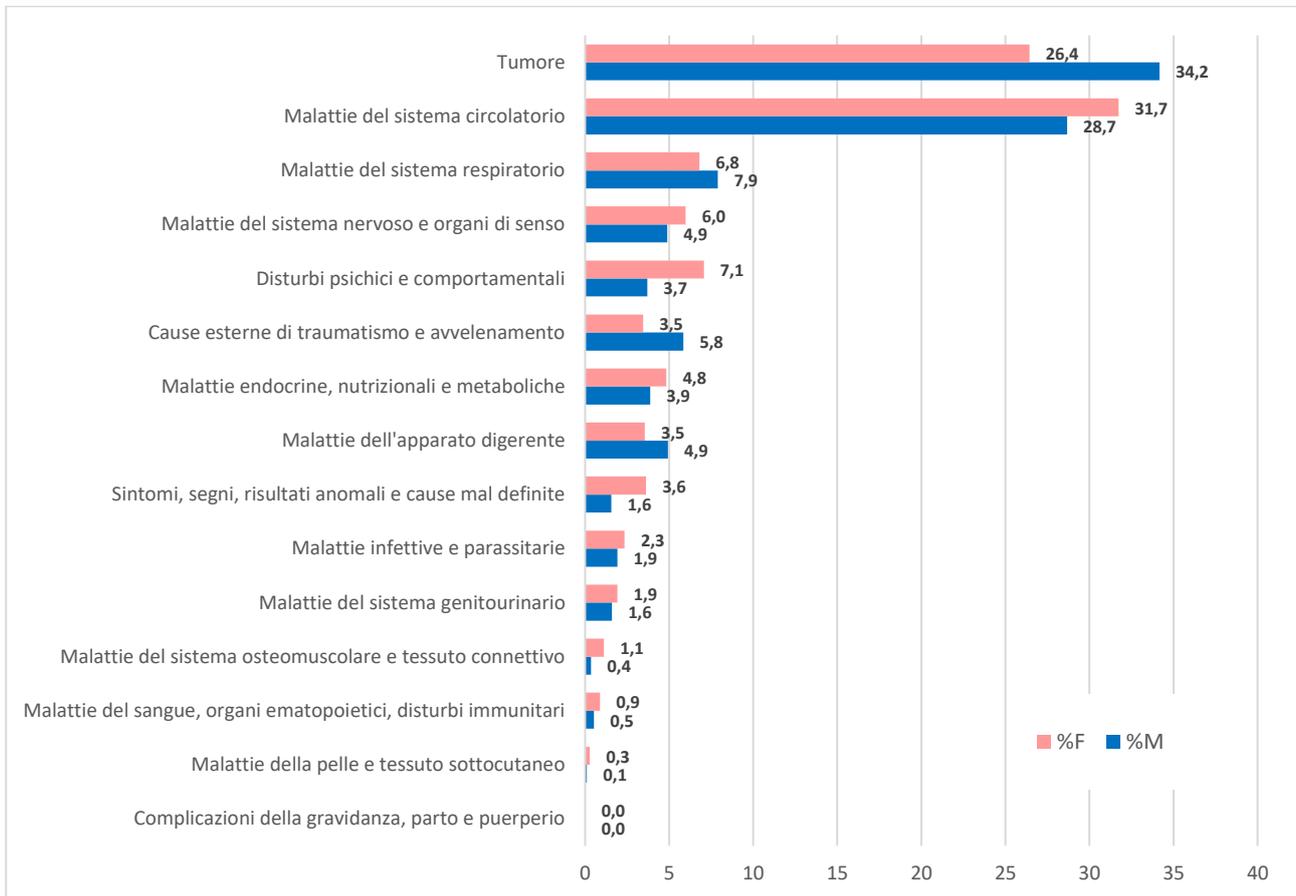
Come nel resto d'Italia, per il genere maschile la mortalità proporzionale prevalente è quella per tumori (34,2% Sardegna 33,1% Italia – Fig. 4;), per il genere femminile prevalgono le malattie cardiovascolari (31,7% Sardegna; 37,8% Italia). La terza causa di morte è rappresentata dalle malattie del sistema respiratorio per gli uomini (7,9% M; 6,8% F) e dai disturbi psichici e comportamentali per le donne (7,1% F; 3,7% M). Inoltre, tra i maschi si segnala la percentuale dei decessi per cause violente (5,8% per traumatismi e avvelenamenti) al quarto posto, seguiti dalle malattie dell'apparato digerente e del sistema nervoso (4,9%); tra le donne, le malattie del sistema respiratorio e del sistema nervoso sono la quarta e quinta causa di morte rispettivamente (6,8% e 6%).

<sup>16</sup> Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati - X revisione



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Figura 4 Mortalità proporzionale per principali gruppi di cause e per genere, Sardegna 2018 (Valori percentuali)



Fonte: Istat- HFA. Aggiornamento dicembre 2020



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 2 ANALISI DEL FABBISOGNO SOCIO-SANITARIO REGIONALE

### 2.1 PREMESSA

La programmazione sanitaria regionale declinata attraverso il Piano regionale dei Servizi socio-sanitari, ha il prioritario obiettivo di elaborare strumenti che consentano di basare le attività e le scelte programmatiche sulle evidenze e, in particolare, sulla conoscenza dei bisogni e delle caratteristiche della domanda di assistenza, superando in tal modo l'approccio, fino ad ora dominante, di una programmazione incentrata essenzialmente sull'analisi dell'offerta e sui fabbisogni delle aziende e delle strutture sanitarie.

Per questa ragione si è reso necessario avviare un complesso lavoro di analisi del fabbisogno di salute della popolazione, in grado di supportare le scelte di programmazione sanitaria e l'efficiente distribuzione delle risorse, rendendole maggiormente coerenti con gli scenari evolutivi di medio e lungo termine e tutelando la sostenibilità del sistema. Per la valutazione dell'offerta dei servizi sanitari è stato utilizzato come anno di riferimento il 2019, in quanto il più recente 2020 è stato fortemente condizionato dall'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Muovendo da tali considerazioni, il fabbisogno socio-sanitario regionale è stato analizzato considerando i seguenti fattori:

1. volume delle prestazioni effettivamente erogate nel corso dell'anno 2019, suddivise per macro-aree assistenziali e analisi dell'impatto della mobilità passiva dell'assistenza specialistica ambulatoriale;
2. volume delle liste di attesa;
3. volume delle prestazioni per solventi (out-of-pocket);
4. stima dell'impatto dei rinunciatari alle cure.

### 2.2 PRESTAZIONI EROGATE

Il primo elemento di analisi che assicura il corretto dimensionamento del fabbisogno socio-sanitario, è rappresentato dal volume delle prestazioni sanitarie effettivamente erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, dislocate sul territorio regionale. Si precisa che i dati relativi alle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate sono stati rilevati, per la macro area dell'assistenza ospedaliera, dall'Atlante sanitario della Sardegna<sup>17</sup> e, per le restanti macro-aree, dal Piano preventivo delle attività 2021-2023, predisposto dall'Azienda per la Tutela della Salute (ATS), approvato dal Commissario straordinario con deliberazione n. 30 del 16.11.2020, recentemente aggiornato con deliberazione n. 429 del 03.06.2021.

Le macro-aree assistenziali di seguito illustrate sono: l'assistenza ospedaliera, la specialistica ambulatoriale, le residenze sanitarie, centri diurni, hospice, cure domiciliari integrate e Comunità integrate, la riabilitazione globale, la salute mentale, la neuropsichiatria infantile e adolescenza, le dipendenze patologiche, l'assistenza termale e HIV e patologie correlate.

#### 2.2.1 Assistenza ospedaliera

Di seguito sono riportati i risultati delle analisi dell'ospedalizzazione effettuate sulla banca dati anonimizzata delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) nell'anno 2019, effettuate dall'Osservatorio epidemiologico

<sup>17</sup> Atlante sanitario della Sardegna. Il profilo di salute della popolazione. Aggiornamento anno 2020



regionale. Nel 2019 sono state erogate dalle strutture di ricovero della Sardegna 242.453 dimissioni di cui circa il 98% per le discipline per acuti e circa il 2% per post-acuzie<sup>18</sup> (discipline di riabilitazione e lungodegenza). Una quota pari al 2,2% della produzione regionale è rivolta a cittadini residenti in altre regioni (mobilità attiva). I ricoveri effettuati da strutture extra regionali a carico di pazienti residenti in Sardegna, in mobilità passiva, sono stati 16.554, pari al 6,5% del consumo regionale complessivo (Tab. 12).

Tabella 12 Distribuzione delle dimissioni per Azienda Sanitaria erogante e ospedalizzazione. Sardegna, 2019

Azienda Sanitaria	Produzione regionale							Mobilità attiva (%)	Mobilità passiva			Mobilità passiva sul consumo regionale (%)
	su residenti		su non residenti (mobilità attiva)		Totale ricoveri erogati				Acuti	Post-acuti	Totale	
	Acuti	Post-acuti	Acuti	Post-acuti	Acuti	Post-acuti	Acuti+ Post acuti					
ATS <sup>19</sup>	134.539	3.878	3.513	55	138.052	3.933	141.985	2.5%	15.443	1.111	16.554	6,5%
AO Brotzu	37.486	497	700	6	38.186	503	38.689	1.8%	-	-	-	-
AOU Sassari	34.815	512	669	6	35.484	518	36.002	1.9%	-	-	-	-
AOU Cagliari	25.386		391		25.777	0	25.777	1.5%	-	-	-	-
Totale	232.226	4.887	5.273	67	237.499	4.954	242.453	2.2%	15.443	1.111	16.554	6,5%

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Epidemiologico Regionale su banca dati SDO

Come in tutta Italia, anche in Sardegna si osserva una continua e progressiva diminuzione del tasso di ospedalizzazione complessivo, che misura la domanda di ospedalizzazione della popolazione regionale: il tasso grezzo di ospedalizzazione per acuti nel 2019 è pari a 134,4, ricoveri per 1.000 abitanti.

Per quanto riguarda le patologie ad elevato impatto sociale nella popolazione anziana, si riporta la descrizione dei tassi di ospedalizzazione nella popolazione over 65enni di tre procedure chirurgiche terapeutiche relative a patologie ad elevato impatto sociale ed alta prevalenza, estrapolati dal Rapporto Osservasalute 2019: interventi per protesi di anca, bypass coronarico e angioplastica coronarica. Per i tre indicatori il valore regionale è più basso di quello nazionale (Tab. 13).

Tabella 13 Tasso (valori per 100.000) di dimissioni ospedaliere per patologie ad elevato impatto sociale - Anno 2018

Interventi chirurgici	Sardegna	Italia
Protesi di anca	378,9	611,7
Bypass coronarico	62,9	103,4
Angioplastica coronarica	363,5	598,4

Fonte: Osservasalute 2019

## 2.2.2 Assistenza specialistica ambulatoriale e mobilità passiva

L'assistenza specialistica ambulatoriale è costituita dall'insieme delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, elencate all'interno del Nomenclatore DPCM 12 gennaio 2017, previste dai Livelli essenziali di Assistenza

<sup>18</sup> Si considerano post acuzie le dimissioni dalle discipline 28 (unità spinale), 56 (recupero e riabilitazione funzionale), 75 (neuroriabilitazione) - "ricoveri di riabilitazione" - e dalla disciplina 60 (lungodegenza). Tutto il resto dei ricoveri viene classificato secondo il tipo attività "acuti", perché si riferisce al trattamento della patologia nella sua fase acuta

<sup>19</sup> Dal 1° gennaio 2017 le ASL confluiscono nell'Azienda della tutela della salute della Sardegna (ATS)



(LEA) ed erogate dai medici specialisti negli ambulatori e nei laboratori territoriali o ospedalieri, pubblici o privati che operano per il SSR.

Sono state esaminate le prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture a gestione diretta della ATS, da altre strutture pubbliche della regione Sardegna e dalle strutture private accreditate, nell'anno 2019.

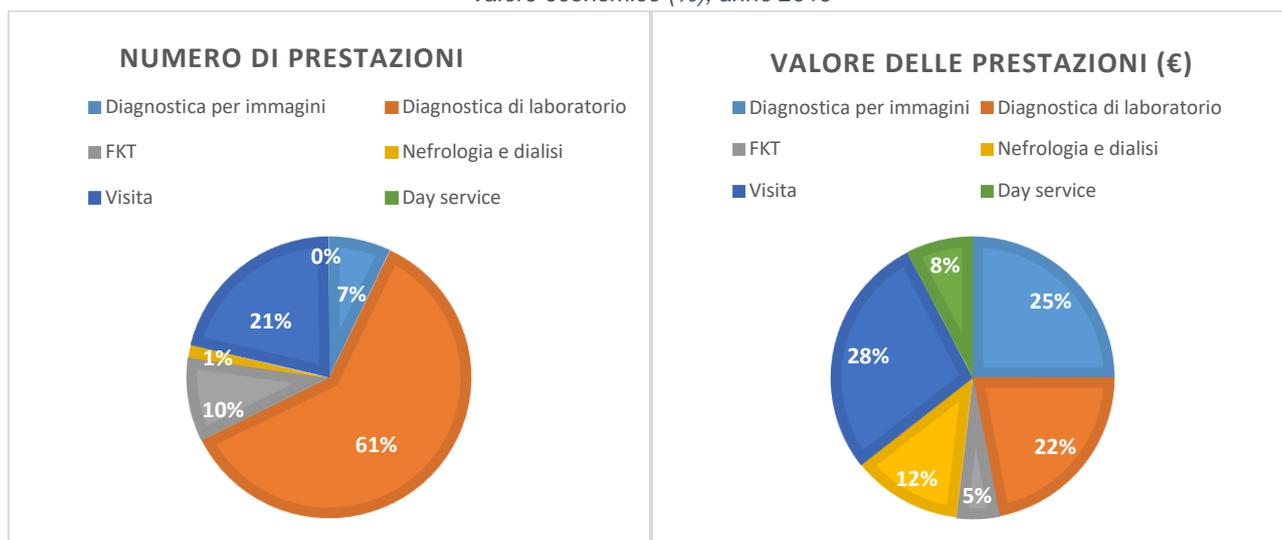
La tabella n. 14 rappresenta il numero delle prestazioni specialistiche erogate a favore di pazienti residenti nella regione Sardegna e il relativo valore economico<sup>20</sup>. Le prestazioni ambulatoriali sono suddivise secondo le seguenti macro aree:

- prestazioni di diagnostica per immagini (Radiologia, Radioterapia, Medicina Nucleare);
- prestazioni di laboratorio;
- prestazioni di riabilitazione (FKT);
- nefrologia e dialisi;
- visite;
- day service (DS).

Tabella 14 Numero delle prestazioni 2019, valore economico e suddivisione percentuale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a favore dei cittadini residenti in ATS

Macro area	Prestazioni	Importo (€)	% Prestazioni	% Importo
Diagnostica per immagini	1.430.480	78.215.908	7,07%	25,04%
Diagnostica di laboratorio	12.262.719	68.621.513	60,63%	21,96%
FKT	1.940.350	15.155.399	9,59%	4,85%
Nefrologia e dialisi	284.660	39.229.886	1,41%	12,56%
Visite	4.284.052	87.477.545	21,18%	28,00%
Day service	24.098	23.722.215	0,12%	7,59%
<b>Totale</b>	<b>20.226.359</b>	<b>312.422.465</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Figura 5 Suddivisione percentuale delle prestazioni di assistenza ambulatoriale a favore dei cittadini residenti in ATS e valore economico (%), anno 2019



<sup>20</sup> Per valore economico l'importo lordo di una prestazione sanitaria ovvero la tariffa totale indicata nel nomenclatore regionale, senza considerare gli importi massimi regionali del ticket.



Al fine di riequilibrare le prestazioni sanitarie ambulatoriali sul territorio regionale e di assicurare, in questo modo, il corretto dimensionamento del fabbisogno regionale si utilizza, come riferimento d'analisi, lo standard nazionale sul consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Lo standard nazionale è l'esito del "Progetto Mattoni SSN" a cura del Ministero della Salute<sup>21</sup> che ha definito un intervallo di valori per i tassi di consumo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali che prevede circa 12 prestazioni pro capite. Nella elaborazione dello standard di riferimento nazionale è stato tenuto conto della diversa incidenza sul consumo pro capite di prestazioni rispetto alle diverse fasce d'età della popolazione. Laddove la popolazione è più anziana si stima un consumo maggiore di prestazioni, viceversa per le fasce di età più giovani.

L'analisi di seguito riportata rappresenta il numero di prestazioni erogate suddivise per ASSSL di residenza, sia in relazione alla popolazione "reale" ISTAT 2019 (Tab. 15) sia alla popolazione "pesata" 2019 (Tab. 16)<sup>22</sup>.

Tabella 15 Numero di prestazioni erogate suddivise per ASSSL di residenza, sulla popolazione ISTAT 2019.

ASSSL	N. prestazioni	Popolazione Istat 2019	N. prestazioni pro capite
SASSARI	4.179.624	330.211	12,7
OLBIA	1.449.731	161.360	9,0
NUORO	2.188.103	153.448	14,3
LANUSEI	661.498	56.362	11,7
ORISTANO	1.970.767	158.513	12,4
SANLURI	1.249.086	96.774	12,9
CARBONIA	1.501.977	124.239	12,1
CAGLIARI	7.025.573	558.684	12,6
<b>ATS</b>	<b>20.226.359</b>	<b>1.639.591</b>	<b>12,3</b>

Il dato evidenzia una media regionale pari a 12,3 prestazioni di specialistica ambulatoriale pro capite, di poco superiore allo standard nazionale, si osserva in particolare che, la ASSSL di Olbia è 3 punti sotto la media regionale (9 prestazioni pro capite), mentre Nuoro risulta la ASSSL con la media più elevata tra tutte le ASSSL (14,3 prestazioni pro capite).

Al fine di rappresentare le differenze legate alle diverse fasce d'età della popolazione di riferimento, la successiva tabella n. 16 rappresenta lo stesso dato di produzione rapportato alla popolazione pesata.

Tabella 16 Numero di prestazioni "pesate" erogate suddivise per ASSSL di residenza - anno 2019

ASSSL	N. prestazioni	Popolazione pesata - 2019	N. prestazioni pro capite
SASSARI	4.453.346	361.058	12,33
OLBIA	1.591.061	168.875	9,42
NUORO	2.326.725	168.294	13,83
LANUSEI	703.873	61.321	11,48
ORISTANO	2.094.813	180.362	11,61
SANLURI	1.315.664	108.687	12,11

<sup>21</sup> "Progetto Mattoni SSN" a cura del Ministero della Salute, Mattoni 5 - Standard minimi di quantità di prestazioni - Standard di sistema per le prestazioni ambulatoriali - Milestone 1.4

<sup>22</sup> La popolazione pesata è calcolata suddividendo la popolazione residente al 2019 per classi d'età e applicando, ad ogni classe, i pesi ministeriali utilizzati in sede di riparto del fondo sanitario nazionale che tengono conto della struttura della popolazione.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL	N. prestazioni	Popolazione pesata - 2019	N. prestazioni pro capite
CARBONIA	1.593.882	142.354	11,20
CAGLIARI	7.429.687	604.873	12,28
<b>ATS</b>	<b>20.226.359</b>	<b>1.795.826</b>	<b>11,26</b>

Il dato evidenzia che la media regionale delle prestazioni di assistenza ambulatoriale pro capite, riferita alla popolazione pesata, è pari a 11,26, valore più basso del dato riferito alla popolazione Istat, pari a 12,3 prestazioni, in quanto la Sardegna ha una popolazione anziana più numerosa rispetto alla media nazionale. Anche i dati pesati confermano quanto evidenziato dalla tabella n. 15, ovvero che la ASSL che presenta il valore delle prestazioni pro capite maggiore è quella di Nuoro (13,83 prestazioni), mentre quella più bassa è la ASSL di Olbia (9,42 prestazioni).

La tabella n. 17 confronta il dato nazionale (2017) e quello regionale ATS (2019) relativo al numero di prestazioni per abitante pesato suddiviso per branca specialistica, dato comprensivo delle prestazioni erogate a favore di pazienti assistiti negli ospedali regionali per le sole branche di radiologia e laboratorio (modello STS 21 - "interni") e il dato statistico nazionale<sup>23</sup>.

In Regione Sardegna l'assistenza specialistica ambulatoriale è erogata da:

- strutture a gestione diretta (presidi ospedalieri e poliambulatori ATS);
- altre Aziende pubbliche;
- AOU Cagliari (PP.OO. San Giovanni di Dio e Monserrato);
- AOU Sassari (PP.OO. Santissima Annunziata e Cliniche San Pietro);
- ARNAS di Cagliari (PP.OO. Businco, Microcitemico e San Michele);
- strutture private accreditate e contrattualizzate.

Tabella 17 Numero prestazioni per abitante pesato – confronto tra il dato nazionale 2017 e il dato ATS regionale 2019.

N. prestazioni per abitante (pesato) per branca	Dato nazionale -anno 2017	ATS - anno 2019
<b>Popolazione pesata</b>	<b>64.125.303</b>	<b>1.795.826</b>
01 Anestesia	0,02	0,08
02 Cardiologia	0,28	0,35
03 Chirurgia Generale	0,06	0,03
04 Chirurgia Plastica	0,02	0,01
05 Chirurgia Vascolare - Angiologia	0,03	0,01
06 Dermosifilopatia	0,1	0,05
07 Diagnostica per Immagini: Medicina Nucleare	0,03	0,01
08 Diagnostica per Immagini: Radiologia Diagnostica	0,84	0,89
09 Endocrinologia	0,09	0,06
10 Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestiva	0,05	0,05
11 Lab. Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia e Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia e S. Trasf.	15,59	15,36

<sup>23</sup> Fonte: annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN del Ministero della Salute dell'anno 2017, pubblicato il 18/9/2019 – ultimo aggiornamento 8/6/2020).



N. prestazioni per abitante (pesato) per branca	Dato nazionale -anno 2017	ATS - anno 2019
<b>Popolazione pesata</b>	<b>64.125.303</b>	<b>1.795.826</b>
12 Medicina Fisica e Riabilitazione - Recupero e Riabilitazione Funzionale dei Motulesi e Neurolesi	0,7	1,08
13 Nefrologia	0,22	0,16
14 Neurochirurgia	0,01	0,00
15 Neurologia	0,1	0,08
16 Oculistica	0,17	0,16
17 Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	0,08	0,09
18 Oncologia	0,07	0,03
19 Ortopedia E Traumatologia	0,11	0,07
20 Ostetricia E Ginecologia	0,09	0,06
21 Otorinolaringoiatria	0,09	0,06
22 Pneumologia	0,06	0,04
23 Psichiatria	0,08	0,05
24 Radioterapia	0,09	0,15
25 Urologia	0,05	0,03
26 Altre Prestazioni*	0,56	1,09
<b>Totale</b>	<b>19,60</b>	<b>20,05</b>

Note: \* Altre prestazioni include, oltre a quelle di branca 26, le prestazioni con branca non correttamente codificata. I dati nazionali e quelli ATS del laboratorio e della radiologia sono omnicomprensivi delle prestazioni per pazienti ricoverati

L'analisi evidenzia, rispetto al dato nazionale, una discreta variabilità del consumo pro capite delle diverse branche specialistiche, anche se il dato complessivo risente delle prestazioni per interni inserite nella branca radiologia e laboratorio. In particolare, il dato regionale è leggermente superiore a quello nazionale per la branca di cardiologia, mentre risulta superiore nelle branche di medicina fisica e riabilitazione e nella radioterapia. Rispetto al dato nazionale, quasi tutte le altre branche specialistiche a livello regionale presentano dati inferiori, in particolare quelle chirurgiche (generale, plastica e vascolare, neurochirurgia, ortopedia, otorinolaringoiatria) e nell'oncologia.

La successiva tabella n. 18 rappresenta il numero di prestazioni per abitante pesato, suddiviso per macroaggregato.

Tabella 18 Numero di prestazioni per abitante pesato per ASSL e macroaggregato – 2019

N. prestazioni per abitante pesato per macroaggregato	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI	ATS
Popolazione pesata	361.058	168.875	168.294	61.321	180.362	108.687	142.354	604.873	<b>1.795.826</b>
Diagnostica di laboratorio	8,08	5,29	8,45	6,42	6,30	6,52	6,25	6,45	<b>6,83</b>
Radiologia	0,50	0,38	0,57	0,63	0,43	0,50	0,62	0,57	<b>0,52</b>
RMN e TAC	0,13	0,11	0,13	0,11	0,12	0,10	0,10	0,12	<b>0,12</b>



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

N. prestazioni per abitante pesato per macroaggregato	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI	ATS
Popolazione pesata	361.058	168.875	168.294	61.321	180.362	108.687	142.354	604.873	<b>1.795.826</b>
Medicina Nucleare	0,03	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	<b>0,01</b>
Radioterapia	0,09	0,06	0,16	0,13	0,16	0,17	0,20	0,18	<b>0,15</b>
FKT	0,47	0,35	0,79	0,88	1,62	1,53	1,39	1,43	<b>1,08</b>
Nefrologia e Dialisi	0,18	0,08	0,17	0,12	0,19	0,16	0,15	0,16	<b>0,16</b>
Visita	2,11	2,30	2,74	2,51	2,11	2,51	1,83	2,69	<b>2,40</b>
<b>Totale</b>	<b>11,58</b>	<b>8,58</b>	<b>13,00</b>	<b>10,79</b>	<b>10,93</b>	<b>11,49</b>	<b>10,55</b>	<b>11,61</b>	<b>11,26</b>

La tabella n. 19 riporta il numero delle prestazioni erogate nel 2019 suddivise per macroaggregato e per ASSL di residenza.

Tabella 19 Prestazioni erogate suddivise per macroaggregato e per ASSL – anno 2019

Macro aggregato	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI	ATS
Popolazione pesata	361.058	168.875	168.294	61.321	180.362	108.687	142.354	604.873	<b>1.795.826</b>
Diagnostica di laboratorio	2.916.310	893.594	1.422.057	393.470	1.135.402	708.484	890.419	3.902.983	<b>12.262.719</b>
Radiologia	179.384	63.667	95.665	38.334	76.676	53.884	87.969	341.812	<b>937.391</b>
RMN e TAC	46.483	19.201	21.623	6.630	21.628	11.078	14.789	71.069	<b>212.501</b>
Medicina Nucleare	9.044	205	600	274	1.003	735	853	3.876	<b>16.590</b>
Radioterapia	33.403	10.829	26.273	8.058	29.148	18.781	27.911	109.595	<b>263.998</b>
FKT	169.687	59.745	133.224	53.776	292.702	166.144	197.640	867.432	<b>1.940.350</b>
Nefrologia e Dialisi	64.379	13.293	28.005	7.301	33.682	17.321	22.005	98.674	<b>284.660</b>
Visita	760.934	389.197	460.656	153.655	380.526	272.659	260.391	1.630.132	<b>4.308.150</b>
<b>Totale</b>	<b>4.179.624</b>	<b>1.449.731</b>	<b>2.188.103</b>	<b>661.498</b>	<b>1.970.767</b>	<b>1.249.086</b>	<b>1.501.977</b>	<b>7.025.573</b>	<b>20.226.359</b>

### 2.2.2.1 Mobilità passiva extra regione

La mobilità passiva extra regione, ovvero le prestazioni rese a pazienti sardi in altre regioni, si attesta al 2,2% sul totale delle prestazioni erogate nell'anno 2019.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Figura 6 Mobilità extra regione – numero e valore delle prestazioni - anno 2019



La tabella n. 20 rappresenta il numero di prestazioni per regione erogante.

Tabella 20 Numero delle prestazioni e valore economico suddiviso per regione erogante – anno 2019

Regione	N. Prestazioni	Valore Prestazioni (€)	N. prestazioni (%)	Valore Prestazioni (%)
Lombardia	129.839	6.372.576	28,51%	41,41%
Lazio	73.907	2.934.354	16,23%	19,07%
Toscana	58.058	1.345.347	12,75%	8,74%
Emilia - Romagna	54.196	1.006.470	11,90%	6,54%
Piemonte	44.674	1.045.872	9,81%	6,80%
Veneto	28.719	1.015.020	6,31%	6,60%
Liguria	23.197	511.967	5,09%	3,33%
Campania	5.793	248.001	1,27%	1,61%
Umbria	5.775	82.925	1,27%	0,54%
Friuli Venezia Giulia	4.898	129.990	1,08%	0,84%
P.A. Bolzano	4.736	57.755	1,04%	0,38%
Marche	4.587	89.116	1,01%	0,58%
P.A. Trento	4.540	91.136	1,00%	0,59%
Abruzzo	4.311	55.409	0,95%	0,36%
Puglia	2.554	254.551	0,56%	1,65%
Valle d'Aosta	2.351	69.220	0,52%	0,45%
Sicilia	2.181	57.171	0,48%	0,37%
Basilicata	610	7.612	0,13%	0,05%
Calabria	375	5.105	0,08%	0,03%
Molise	120	10.843	0,03%	0,07%
<b>Totale</b>	<b>455.421</b>	<b>15.390.440</b>		

Dalla tabella n. 20 si evince che il maggior numero di prestazioni, nel 2019, è stato erogato dalla regione Lombardia, seguito dalla regione Lazio e dalla regione Toscana.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La tabella n. 21 rappresenta il numero di prestazioni erogate per ASL di residenza e tipologia di erogatore: ATS pubblico, ATS privato, altre strutture pubbliche e mobilità passiva extra regione. Analizzando il dato, la mobilità passiva è pari a 2,2% sul totale delle prestazioni erogate nel 2019.

Tabella 21 Numero di prestazioni per tipologia di erogatore integrato con il dato della mobilità passiva

Area residenza	Altre strutture pubbliche (Mobilità Infra Regione)	ATS pubblico	ATS privato	Mobilità passiva extra regione	Totale
SASSARI	1.617.784	2.062.180	499.660	102.439	<b>4.282.063</b>
OLBIA	26.806	1.213.944	208.981	80.135	<b>1.529.866</b>
NUORO	57.823	1.863.338	266.942	49.133	<b>2.237.236</b>
LANUSEI	47.018	480.121	134.359	15.303	<b>676.801</b>
ORISTANO	134.948	1.061.202	774.617	43.476	<b>2.014.243</b>
SANLURI	191.811	616.817	440.458	15.976	<b>1.265.062</b>
CARBONIA	175.926	834.841	491.210	30.602	<b>1.532.579</b>
CAGLIARI	2.144.306	1.983.374	2.897.893	118.357	<b>7.143.930</b>
<b>Totale</b>	<b>4.396.422</b>	<b>10.115.817</b>	<b>5.714.120</b>	<b>455.421</b>	<b>20.681.780</b>

La tabella n. 22 riporta il dettaglio delle prestazioni effettuate fuori regione suddivise per ASL.

Tabella 22 Mobilità passiva extra regione suddivisa per ASL di residenza

ASL Residenza	N. prestazioni	%
SASSARI	102.439	22%
OLBIA	80.135	18%
NUORO	49.133	11%
LANUSEI	15.303	3%
ORISTANO	43.476	10%
SANLURI	15.976	4%
CARBONIA	30.602	7%
CAGLIARI	118.357	26%
<b>ATS</b>	<b>455.421</b>	

**Totale**

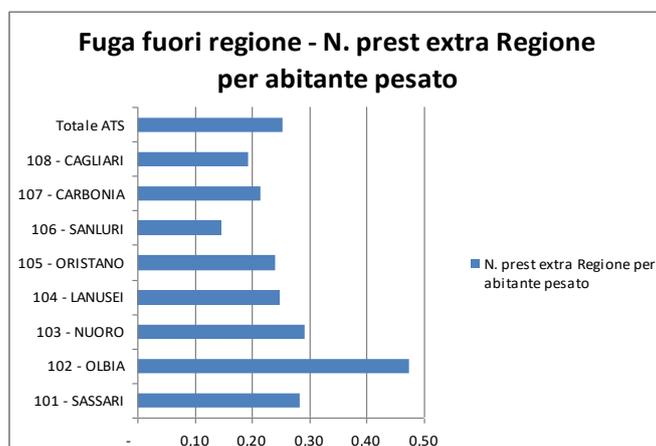
- 101 - SASSARI
- 102 - OLBIA
- 103 - NUORO
- 104 - LANUSEI
- 105 - ORISTANO
- 106 - SANLURI
- 107 - CARBONIA
- 108 - CAGLIARI

I dati rappresentati nella tabella n. 22 evidenziano che la ASL di Cagliari, considerando il dato assoluto, presenta l'indice di fuga più elevato a livello regionale, pari al 26% del totale delle prestazioni, mentre analizzando l'indice rispetto alla popolazione pesata, la successiva figura 7 rappresenta, invece, che sono, rispettivamente, le ASL di Olbia, di Nuoro e di Sassari ad avere l'indice di fuga più elevato a livello regionale.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Figura 7 Indice di fuga fuori regione – Numero di prestazioni extra regione per abitante pesato



### 2.2.2.2 Densità dell'Offerta

La tabella n. 23 rappresenta il numero delle strutture che hanno erogato, nell'anno 2019, prestazioni specialistiche, suddivise per tipologia di erogatore. La distribuzione territoriale delle strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica risulta disomogenea, come si evince dall'analisi dei dati di seguito riportata (Tab. 23).

Tabella 23 Numero di strutture eroganti prestazioni specialistiche, suddivise per tipologia di erogatore – anno 2019

ASSL Residenza	ATS pubblico	ATS privato	Altre strutture pubbliche	Totale complessivo	% per ASSL
SASSARI	29	24	2	55	14%
OLBIA	20	12		32	8%
NUORO	40	9		49	12%
LANUSEI	5	7		12	3%
ORISTANO	28	11		39	10%
SANLURI	9	18		27	7%
CARBONIA	16	13		29	7%
CAGLIARI	43	103	5	151	38%
<b>ATS</b>	<b>197</b>	<b>190</b>	<b>7</b>	<b>394</b>	

### 2.2.2.3 Mobilità infraregionale

In Regione Sardegna l'assistenza specialistica ambulatoriale è erogata da:

- strutture a gestione diretta (presidi ospedalieri e poliambulatori ATS);
- altre Aziende pubbliche;
- AOU Cagliari (PP.OO. San Giovanni di Dio e Monserrato);
- AOU Sassari (PP.OO. Santissima Annunziata e Cliniche San Pietro);
- ARNAS di Cagliari (PP.OO. Businco, Microcitemico e San Michele);
- strutture private accreditate e contrattualizzate.

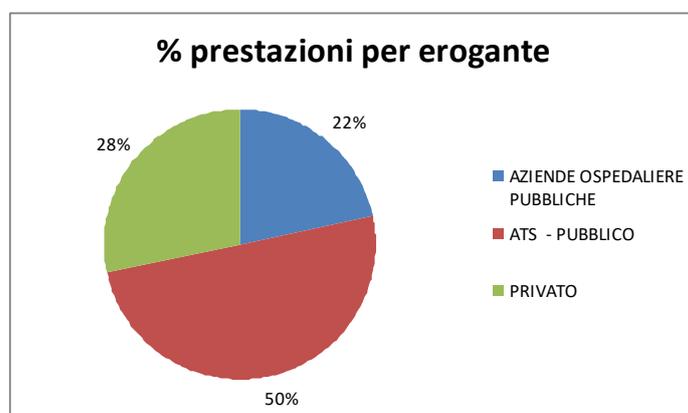


La tabella n. 24 riporta, per ciascun macroaggregato, il numero assoluto di prestazioni, mentre la figura n. 8 le percentuali per tipologia di erogatore.

Tabella 24 Numero di prestazioni suddivise per Aziende/Strutture eroganti infraregionale

Macroaggregato	Aziende Ospedaliere pubbliche	ATS pubblico	ATS privato	Totale
Radiologia	97.846	398.968	440.577	937.391
Medicina Nucleare	16.474	39	77	16.590
Radioterapia	206.983	57.015	0	263.998
RMN e TAC	52653	81.968	77.880	212.501
Diagnostica di laboratorio	2.630.740	6.493.061	3.138.918	12.262.719
FKT	63.502	441.577	1.435.271	1.940.350
Nefrologia e Dialisi	68.233	164.158	52.269	284.660
Visita	1.256.659	2.471.325	556.068	4.284.052
Day Service	3.332	7.706	13.060	24.098
<b>Totale</b>	<b>4.396.422</b>	<b>10.115.817</b>	<b>5.714.120</b>	<b>20.226.359</b>
<b>% prestazioni per tipologia di struttura erogante</b>	<b>22%</b>	<b>50%</b>	<b>28%</b>	<b>100%</b>

Figura 8 Mobilità per tipologia di erogatore – numero di prestazioni



Come si evince dalla figura n. 8, le strutture della ATS forniscono il 50% del totale delle prestazioni, il 22% è prodotto da altre aziende pubbliche mentre i privati accreditati offrono il 28% delle prestazioni totali.

La tabella n. 25 riporta la valorizzazione economica delle prestazioni delle strutture eroganti regionali, suddivise per macro-area.

Tabella 25 Suddivisione prestazioni per Aziende/Strutture eroganti infraregionale – valore economico (€)

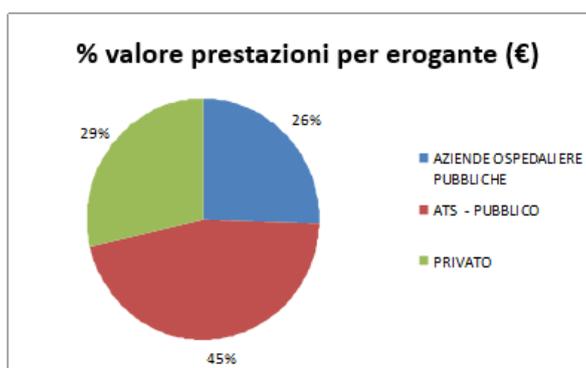
Macroarea	Aziende ospedaliere pubbliche (€)	ATS pubblico (€)	Privato (€)	Totale (€)
Radiologia	3.157.432	9.817.032	13.157.251	26.131.715



Macroarea	Aziende ospedaliere pubbliche (€)	ATS pubblico (€)	Privato (€)	Totale (€)
Medicina Nucleare	5.513.854	3.795	2.188	5.519.837
Radioterapia	9.292.557	3.040.566		12.333.123
RMN e TAC	7.749.290	11.935.280	14.546.662	34.231.232
Diagnostica di laboratorio	19.820.890	32.954.655	15.845.968	68.621.513
FKT	584.639	3.498.484	11.072.275	15.155.398
Nefrologia e Dialisi	6.527.183	23.647.971	9.054.732	39.229.886
Visita	24.235.492	50.672.770	12.569.283	87.477.545
Day Service	3.293.011	7.318.135	13.111.068	23.722.214
<b>Totale</b>	<b>80.174.349</b>	<b>142.888.690</b>	<b>89.359.427</b>	<b>312.422.463</b>

La figura n. 9 rappresenta la valorizzazione economica delle prestazioni erogate in mobilità infraregionale suddivisa per tipologia di erogatore.

Figura 9 Mobilità per tipologia di erogatore – valore economico (€)



Le successive tabelle n. 26 e n. 27 riportano il dettaglio degli spostamenti degli assistiti tra le diverse ASL del territorio. Si evidenzia che, a causa di un'eterogeneità dell'offerta di servizi nelle diverse aree, si assiste ad una "mobilità interna" di pazienti che effettuano visite o prestazioni specialistiche in altri territori.

Tabella 26 Mobilità infraregionale dei residenti ATS per ASL di residenza e destinazione

ASL Residenza	AREA EROGAZIONE								
	ASL SASSARI	ASL OLBIA	ASL NUORO	ASL LANUSEI	ASL ORISTANO	ASL SANLURI	ASL CARBONIA	ASL CAGLIARI	ATS
SASSARI	3.992.750	60.575	64.577	1.242	8.428	844	932	50.276	<b>4.179.624</b>
OLBIA	11.518	1.346.589	57.403	825	1.542	863	479	30.512	<b>1.449.731</b>
NUORO	6.998	38.244	1.996.476	4.109	56.050	2.328	1.667	82.231	<b>2.188.103</b>
LANUSEI	144	1.003	21.983	563.245	293	232	298	74.300	<b>661.498</b>
ORISTANO	3.067	4.353	90.421	804	1.630.781	41.214	1.120	199.007	<b>1.970.767</b>
SANLURI	206	1.629	1.877	236	11.320	925.948	3.016	304.854	<b>1.249.086</b>



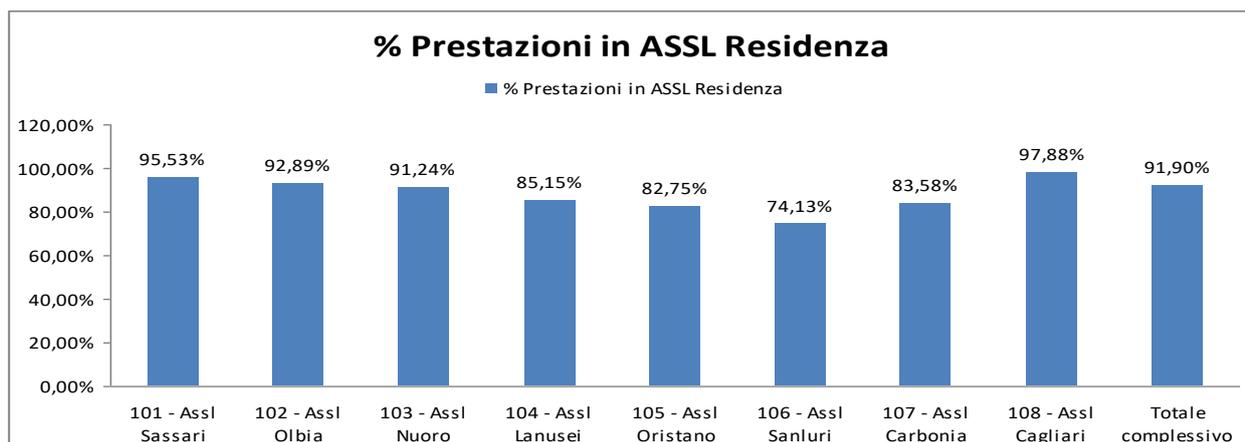
REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL Residenza	AREA EROGAZIONE								
	ASSL SASSARI	ASSL OLBIA	ASSL NUORO	ASSL LANUSEI	ASSL ORISTANO	ASSL SANLURI	ASSL CARBONIA	ASSL CAGLIARI	ATS
CARBONIA	357	1.379	1.570	270	858	1.690	1.255.378	240.475	1.501.977
CAGLIARI	2.546	5.276	13.586	8.627	9.493	70.245	38.823	6.876.977	7.025.573
<b>ATS</b>	<b>4.017.586</b>	<b>1.459.048</b>	<b>2.247.893</b>	<b>579.358</b>	<b>1.718.765</b>	<b>1.043.364</b>	<b>1.301.713</b>	<b>7.858.632</b>	<b>20.226.359</b>

Tabella 27 Mobilità infraregionale dei residenti ATS per ASST di residenza

ASSL Residenza	Prestazioni in ASST Residenza	Prestazioni in altra ASST	% Prestazioni in ASST Residenza
SASSARI	3.992.750	186.874	95,53%
OLBIA	1.346.589	103.142	92,89%
NUORO	1.996.476	191.627	91,24%
LANUSEI	563.245	98.253	85,15%
ORISTANO	1.630.781	339.986	82,75%
SANLURI	925.948	323.138	74,13%
CARBONIA	1.255.378	246.599	83,58%
CAGLIARI	6.876.977	148.596	97,88%
<b>ATS</b>	<b>18.588.144</b>	<b>1.638.215</b>	<b>91,90%</b>

Figura 10 Mobilità infraregionale dei residenti ATS per ASST di residenza – percentuale prestazioni in ASST di residenza



Dall'analisi dei dati si evidenzia un'elevata capacità di rispondere autonomamente, nel proprio territorio, alla domanda di prestazioni nelle ASST di Cagliari e Sassari, rispettivamente 97,88% e 95,53% del totale. Le ASST di Olbia e Nuoro risultano quasi completamente autosufficienti, rispettivamente 92,89% e 91,24%. La ASST di Sanluri invece presenta il valore di attrazione per i propri residenti più basso di tutta la regione, pari al 74,13%, circa 25 utenti ogni 100 residenti usufruiscono delle prestazioni presso altre ASST.

In analogia a quanto sopra rappresentato, si riportano di seguito una serie di tabelle e grafici per rappresentare il dato dettagliato delle sole branche a visita.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tabella 28 Mobilità dei residenti ATS per ASSSL di residenza per branca a Visita - escluso il day service

ASSSL Residenza	AREA EROGAZIONE								
	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI	ATS
SASSARI	700.253	20.110	20.230	384	3.143	260	347	10.514	<b>755.241</b>
OLBIA	5.931	357.233	16.908	216	451	268	153	7.302	<b>388.462</b>
NUORO	2.866	23.974	390.229	1.772	15.526	1.550	444	22.895	<b>459.256</b>
LANUSEI	81	335	7.266	123.658	96	142	140	20.966	<b>152.684</b>
ORISTANO	1.587	1.645	24.427	330	286.491	10.111	508	53.170	<b>378.269</b>
SANLURI	109	485	353	96	4.639	166.223	1.411	97.830	<b>271.146</b>
CARBONIA	171	430	296	79	209	723	178.182	78.224	<b>258.314</b>
CAGLIARI	708	1.562	2.629	2.730	2.225	14.800	8.295	1.587.731	<b>1.620.680</b>
<b>ATS</b>	<b>711.706</b>	<b>405.774</b>	<b>462.338</b>	<b>129.265</b>	<b>312.780</b>	<b>194.077</b>	<b>189.480</b>	<b>1.878.632</b>	<b>4.284.052</b>

Tabella 29 Mobilità infraregionale dei residenti ATS per ASSSL di residenza per branca a visita - escluso il day service

ASSSL Residenza	Prestazioni in ASSSL Residenza	Prestazioni in altra ASSSL	% Prestazioni in ASSSL Residenza
SASSARI	700.253	54.988	92,72%
OLBIA	357.233	31.229	91,96%
NUORO	390.229	69.027	84,97%
LANUSEI	123.658	29.026	80,99%
ORISTANO	286.491	91.778	75,74%
SANLURI	166.223	104.923	61,30%
CARBONIA	178.182	80.132	68,98%
CAGLIARI	1.587.731	32.949	97,97%
<b>ATS</b>	<b>3.790.000</b>	<b>494.052</b>	<b>88,47%</b>



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Figura 11 Mobilità infraregionale dei residenti ATS per ASSSL di residenza per branca a Visita - escluso il day service

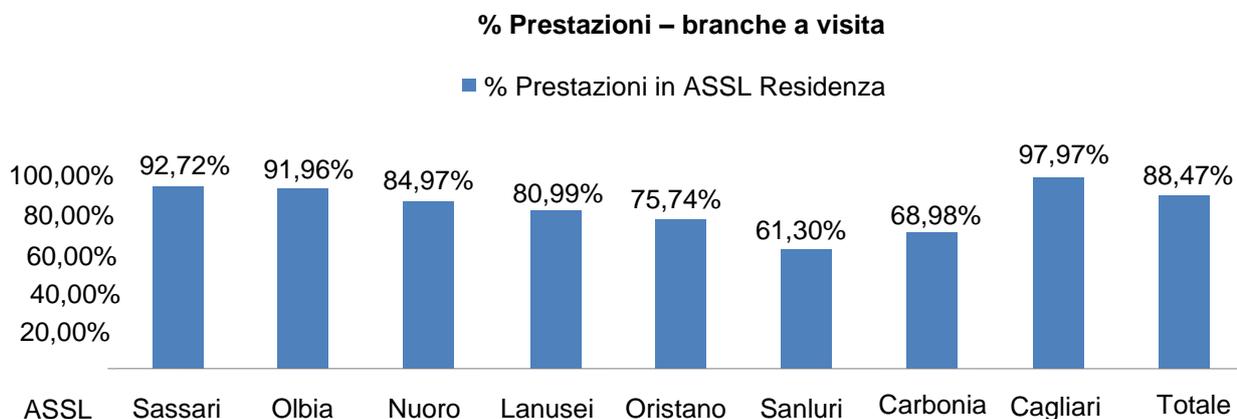


Tabella 30 Mobilità infraregionale dei residenti ATS per ASSSL di residenza - Diagnostica per Immagini, escluso RMN e TAC

ASSSL Residenza	AREA EROGAZIONE								
	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI	ATS
SASSARI	203.875	4.654	10.393	67	786	16	45	1.995	<b>221.831</b>
OLBIA	1.210	58.335	13.776	24	97	17	29	1.213	<b>74.701</b>
NUORO	472	1.455	111.140	357	2.766	62	71	6.215	<b>122.538</b>
LANUSEI	21	53	6.086	34.163	17	18	20	6.288	<b>46.666</b>
ORISTANO	271	227	16.570	33	56.711	6.385	52	26.578	<b>106.827</b>
SANLURI	15	93	280	24	275	42.006	173	30.534	<b>73.400</b>
CARBONIA	10	111	540	12	50	95	80.285	35.630	<b>116.733</b>
CAGLIARI	88	333	1.636	370	431	1.636	3.506	447.283	<b>455.283</b>
<b>ATS</b>	<b>205.962</b>	<b>65.261</b>	<b>160.421</b>	<b>35.050</b>	<b>61.133</b>	<b>50.235</b>	<b>84.181</b>	<b>555.736</b>	<b>1.217.979</b>

Tabella 31 Mobilità infraregionale dei residenti ATS per ASSSL di residenza Diagnostica per Immagini, escluso RMN e TAC

ASSSL residenza	Prestazioni in ASSSL Residenza	Prestazioni in altra ASSSL	% Prestazioni in ASSSL Residenza
SASSARI	203.875	17.956	91,91%
OLBIA	58.335	16.366	78,09%
NUORO	111.140	11.398	90,70%
LANUSEI	34.163	12.503	73,21%
ORISTANO	56.711	50.116	53,09%
SANLURI	42.006	31.394	57,23%
CARBONIA	80.285	36.448	68,78%
CAGLIARI	447.283	8.000	98,24%



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL residenza	Prestazioni in ASSSL Residenza	Prestazioni in altra ASSSL	% Prestazioni in ASSSL Residenza
<b>ATS</b>	<b>1.033.798</b>	<b>184.181</b>	<b>84,88%</b>

Figura 12 Mobilità per tipologia di macroaggregato Radiologia - escluso RMN e TAC

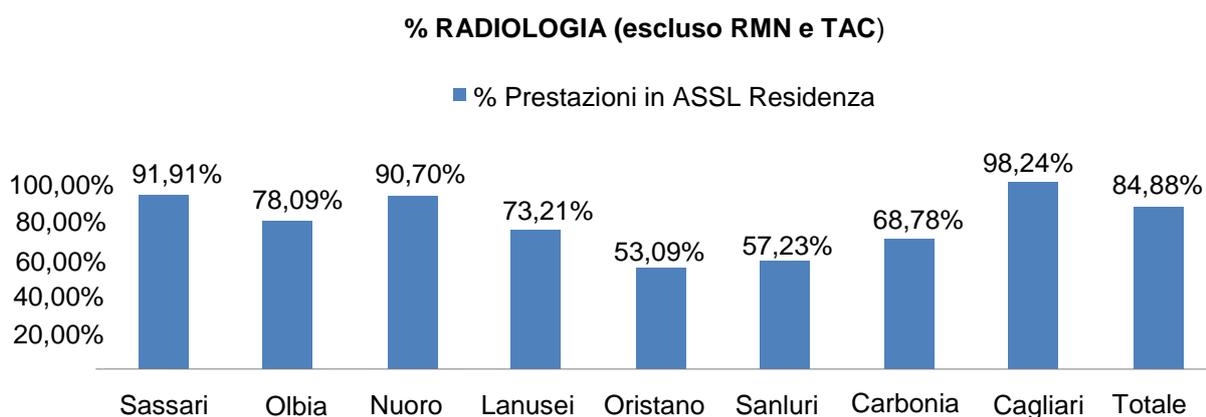


Tabella 32 Mobilità per tipologia di macroaggregato Radiologia RMN – TAC

ASSL RESIDENZA	AREA EROGAZIONE								
	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI	ATS
SASSARI	39.047	1.247	4.036	13	566	1	19	1.554	<b>46.483</b>
OLBIA	696	14.556	3.204	5	31	7	7	695	<b>19.201</b>
NUORO	241	442	17.770	126	978	10	21	2.035	<b>21.623</b>
LANUSEI	10	48	1.561	2.926	24	2	7	2.052	<b>6.630</b>
ORISTANO	130	94	2.839	9	11.808	243	48	6.457	<b>21.628</b>
SANLURI	6	21	79	5	417	1.535	239	8.776	<b>11.078</b>
CARBONIA	7	19	73	2	23	25	6.629	8.011	<b>14.789</b>
CAGLIARI	29	109	258	66	176	170	515	69.746	<b>71.069</b>
<b>ATS</b>	<b>40.166</b>	<b>16.536</b>	<b>29.820</b>	<b>3.152</b>	<b>14.023</b>	<b>1.993</b>	<b>7.485</b>	<b>99.326</b>	<b>212.501</b>

Tabella 33 Mobilità per tipologia di macroaggregato Radiologia RMN – TAC

ASSL Residenza	Prestazioni in ASSSL Residenza	Prestazioni in altra ASSSL	% Prestazioni in ASSSL Residenza
SASSARI	39.047	7.436	84,00%
OLBIA	14.556	4.645	75,81%
NUORO	17.770	3.853	82,18%
LANUSEI	2.926	3.704	44,13%
ORISTANO	11.808	9.820	54,60%
SANLURI	1.535	9.543	13,86%



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL Residenza	Prestazioni in ASHL Residenza	Prestazioni in altra ASHL	% Prestazioni in ASHL Residenza
CARBONIA	6.629	8.160	44,82%
CAGLIARI	69.746	1.323	98,14%
<b>ATS</b>	<b>164.017</b>	<b>48.484</b>	<b>77,18%</b>

Figura 13 Mobilità per tipologia di macroaggregato Radiologia RMN – TAC

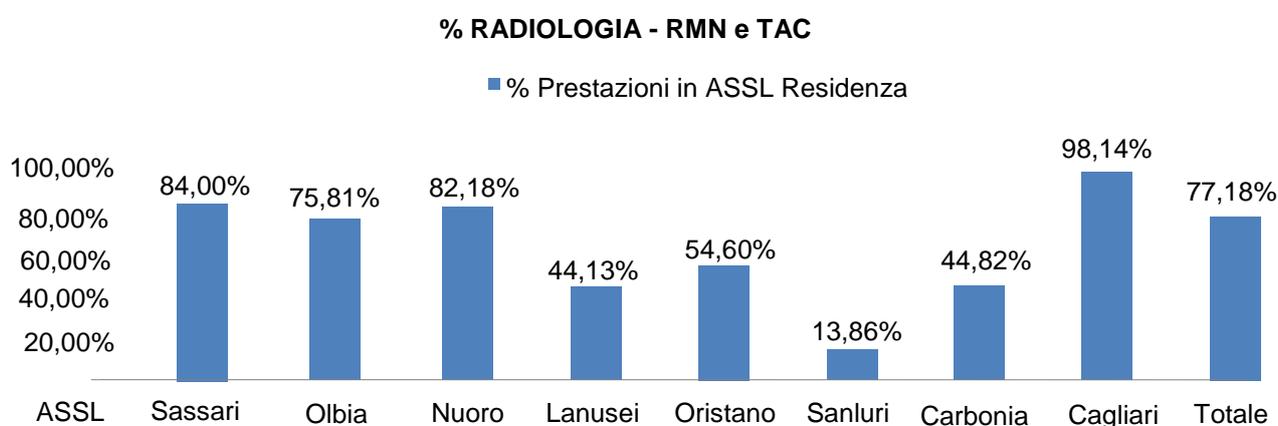


Tabella 34 Mobilità infraregionale residenti ATS per ASHL di residenza per Nefrologia e Dialisi

ASSL RESIDENZA	AREA EROGAZIONE								
	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI	ATS
SASSARI	63.240	279	626	7	2	0	0	225	<b>64.379</b>
OLBIA	0	12.248	752	0	0	0	3	290	<b>13.293</b>
NUORO	16	12	27.611	3	151	0	0	212	<b>28.005</b>
LANUSEI	0	0	0	6.583	0	0	0	718	<b>7.301</b>
ORISTANO	5	4	1.440	0	28.216	879	0	3.138	<b>33.682</b>
SANLURI	0	1	0	7	195	12.693	178	4.247	<b>17.321</b>
CARBONIA	0	0	0	0	12	6	19.373	2.614	<b>22.005</b>
CAGLIARI	93	4	13	1	31	339	1.142	97.051	<b>98.674</b>
<b>ATS</b>	<b>63.354</b>	<b>12.548</b>	<b>30.442</b>	<b>6.601</b>	<b>28.607</b>	<b>13.917</b>	<b>20.696</b>	<b>108.495</b>	<b>284.660</b>

Tabella 35 Mobilità infraregionale residenti ATS per ASHL di residenza per Nefrologia e Dialisi

ASSL residenza	Prestazioni in ASHL Residenza	Prestazioni in altra ASHL	% Prestazioni in ASHL Residenza
SASSARI	63.240	1.139	98,23%
OLBIA	12.248	1.045	92,14%
NUORO	27.611	394	98,59%
LANUSEI	6.583	718	90,17%



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL residenza	Prestazioni in ASSSL Residenza	Prestazioni in altra ASSSL	% Prestazioni in ASSSL Residenza
ORISTANO	28.216	5.466	83,77%
SANLURI	12.693	4.628	73,28%
CARBONIA	19.373	2.632	88,04%
CAGLIARI	97.051	1.623	98,36%
<b>ATS</b>	<b>267.015</b>	<b>17.645</b>	<b>93,80%</b>

Figura 14 Mobilità per tipologia di macroaggregato nefrologia e dialisi

### % NEFROLOGIA E DIALISI

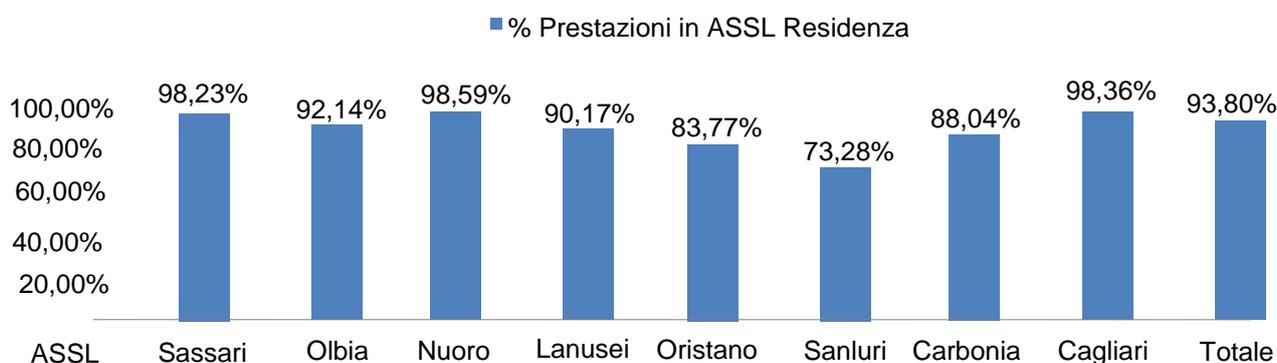


Tabella 36 Mobilità infraregionale dei residenti ATS per ASSSL di residenza per Laboratorio Analisi

ASSL Residenza	AREA EROGAZIONE								
	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI	ATS
SASSARI	2.820.497	30.384	25.560	767	3.554	480	430	34.638	<b>2.916.310</b>
OLBIA	3.519	849.297	18.228	454	815	491	283	20.507	<b>893.594</b>
NUORO	3.199	11.824	1.323.449	1.782	33.153	607	921	47.122	<b>1.422.057</b>
LANUSEI	22	551	6.560	346.554	130	67	124	39.462	<b>393.470</b>
ORISTANO	1.013	2.347	41.823	429	970.783	18.244	365	100.398	<b>1.135.402</b>
SANLURI	76	960	930	104	4.062	567.948	813	133.591	<b>708.484</b>
CARBONIA	169	786	660	177	455	794	778.017	109.361	<b>890.419</b>
CAGLIARI	1.609	3.168	8.445	5.137	5.656	49.917	20.387	3.808.664	<b>3.902.983</b>
<b>ATS</b>	<b>2.830.104</b>	<b>899.317</b>	<b>1.425.655</b>	<b>355.404</b>	<b>1.018.608</b>	<b>638.548</b>	<b>801.340</b>	<b>4.293.743</b>	<b>12.262.719</b>

Tabella 37 Mobilità infraregionale dei residenti ATS per ASSSL di residenza per Laboratorio Analisi

ASSL Residenza	Prestazioni in ASSSL Residenza	Prestazioni in altra ASSSL	% Prestazioni in ASSSL Residenza
SASSARI	2.820.497	95.813	96,71%
OLBIA	849.297	44.297	95,04%



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL Residenza	Prestazioni in ASSSL Residenza	Prestazioni in altra ASSSL	% Prestazioni in ASSSL Residenza
NUORO	1.323.449	98.608	93,07%
LANUSEI	346.554	46.916	88,08%
ORISTANO	970.783	164.619	85,50%
SANLURI	567.948	140.536	80,16%
CARBONIA	778.017	112.402	87,38%
CAGLIARI	3.808.664	94.319	97,58%
<b>ATS</b>	<b>11.465.209</b>	<b>797.510</b>	<b>93,50%</b>

Figura 15 Mobilità per tipologia di macroaggregato Laboratorio analisi

### % LABORATORIO ANALISI

■ % Prestazioni in ASSSL Residenza

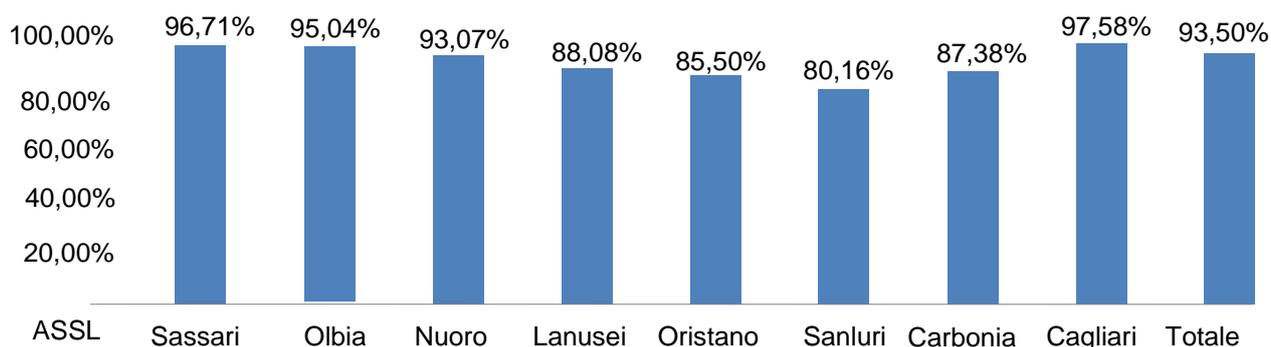


Tabella 38 Mobilità infraregionale dei residenti ATS per ASSSL di residenza - Fisioterapia

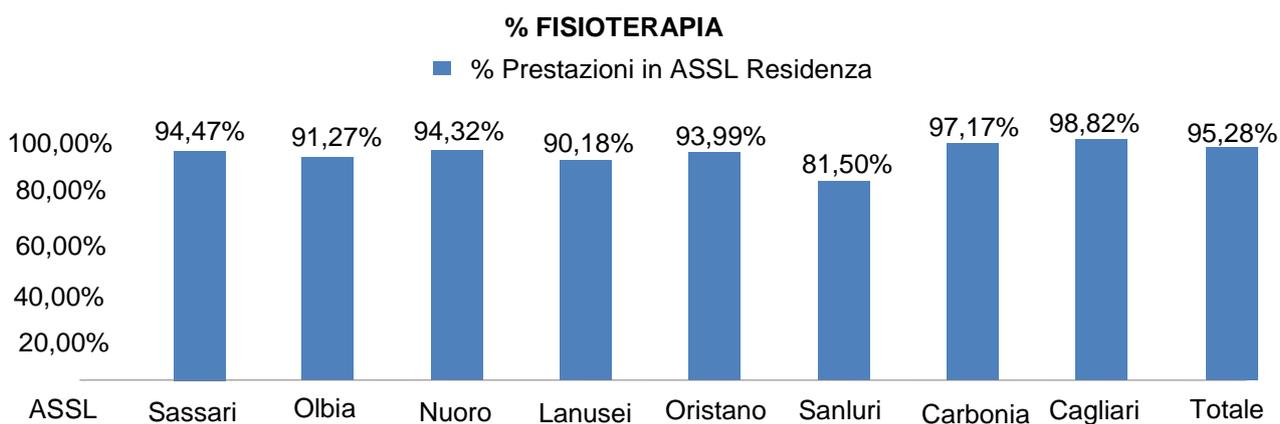
ASSL Residenza	AREA EROGAZIONE								
	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI	ATS
SASSARI	160.311	3.898	3.721	1	339	87	90	1.240	169.687
OLBIA	162	54.531	4.387	122	139	80	4	320	59.745
NUORO	111	515	125.658	57	3.183	98	205	3.397	133.224
LANUSEI	10	16	507	48.496	24	3	7	4.713	53.776
ORISTANO	56	35	3.309	0	275.114	5.321	146	8.721	292.702
SANLURI	0	69	235	0	1.655	135.403	200	28.582	166.144
CARBONIA	0	32	1	0	105	46	192.048	5.408	197.640
CAGLIARI	14	100	605	300	961	3.375	4.921	857.156	867.432
<b>ATS</b>	<b>160.664</b>	<b>59.196</b>	<b>138.423</b>	<b>48.976</b>	<b>281.520</b>	<b>144.413</b>	<b>197.621</b>	<b>909.537</b>	<b>1.940.350</b>



Tabella 39 Mobilità infraregionale dei residenti ATS per ASSSL di residenza Fisioterapia

ASSSL residenza	Prestazioni in ASSSL Residenza	Prestazioni in altra ASSSL	% Prestazioni in ASSSL Residenza
SASSARI	160.311	9.376	94,47%
OLBIA	54.531	5.214	91,27%
NUORO	125.658	7.566	94,32%
LANUSEI	48.496	5.280	90,18%
ORISTANO	275.114	17.588	93,99%
SANLURI	135.403	30.741	81,50%
CARBONIA	192.048	5.592	97,17%
CAGLIARI	857.156	10.276	98,82%
<b>ATS</b>	<b>1.848.717</b>	<b>91.633</b>	<b>95,28%</b>

Figura 16 Mobilità per tipologia di macroaggregato Fisioterapia



La successiva tabella n. 40 riporta, infine, il dettaglio delle percentuali di attrattività delle ASSSL per il macro aggregato Day Service.

Tabella 40 Mobilità infraregionale dei residenti ATS per ASSSL di residenza Day Service

ASSSL Residenza	AREA EROGAZIONE								
	SASSARI	OLBIA	NUORO	LANUSEI	ORISTANO	SANLURI	CARBONIA	CAGLIARI	ATS
SASSARI	5.527	3	11	3	38	0	1	110	5.693
OLBIA	0	389	148	4	9	0	0	185	735
NUORO	93	22	619	12	293	1	5	355	1.400
LANUSEI	0	0	3	865	2	0	0	101	971
ORISTANO	5	1	13	3	1.658	31	1	545	2.257
SANLURI	0	0	0	0	77	140	2	1.294	1.513
CARBONIA	0	1	0	0	4	1	844	1.227	2.077
CAGLIARI	5	0	0	23	13	8	57	9.346	9.452
<b>ATS</b>	<b>5.630</b>	<b>416</b>	<b>794</b>	<b>910</b>	<b>2.094</b>	<b>181</b>	<b>910</b>	<b>13.163</b>	<b>24.098</b>

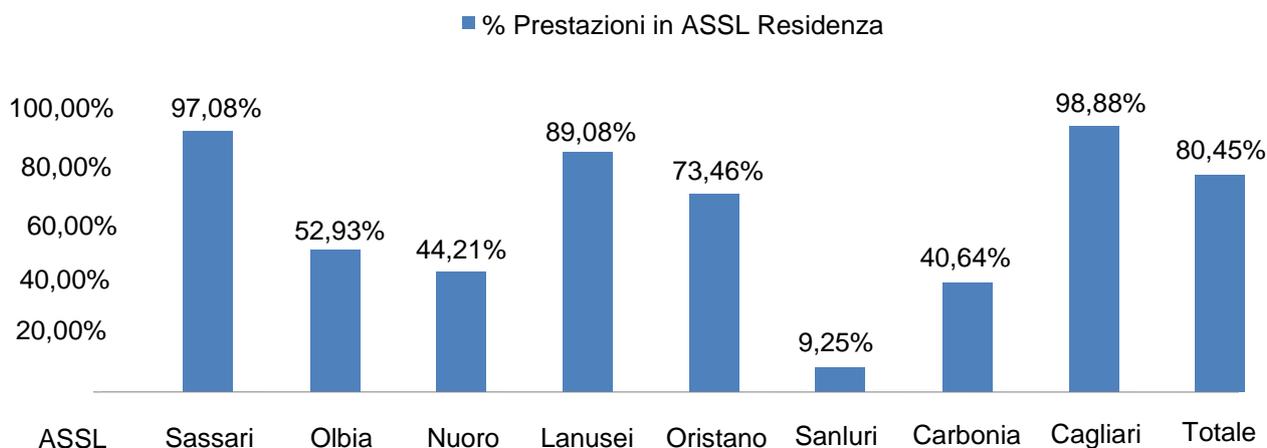


Tabella 41 Mobilità per tipologia di macroaggregato Day Service

ASSL residenza	Prestazioni in ASSSL Residenza	Prestazioni in altra ASSSL	% Prestazioni in ASSSL Residenza
SASSARI	5.527	166	97,08%
OLBIA	389	346	52,93%
NUORO	619	781	44,21%
LANUSEI	865	106	89,08%
ORISTANO	1.658	599	73,46%
SANLURI	140	1.373	9,25%
CARBONIA	844	1.233	40,64%
CAGLIARI	9.346	106	98,88%
<b>ATS</b>	<b>19.388</b>	<b>4.710</b>	<b>80,45%</b>

Figura 17 Mobilità per tipologia di macroaggregato – Day Service

### % Day Service



### 2.2.3 Residenze sanitarie assistenziali, Centri diurni, Hospice, Cure domiciliari integrate e Comunità Integrate

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. Gli Hospice sono 6 di cui 4 a gestione pubblica e 2 privati.

Come si evince dalla tabella n. 42, l'offerta delle prestazioni per il macrolivello RSA-CDI- HOSPICE è garantita in alta percentuale da erogatori privati. Di seguito, si rappresentano le strutture accreditate presenti sul territorio regionale suddivise per ASSSL, con il dettaglio della tipologia di gestione e del numero di posti letto.

Tabella 42 Strutture accreditate per ASSSL – Posti letto totali



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL	Pubblico/Privato	Totale PL RSA	Totale Posti CDI	Totale PL Hospice
SASSARI	PRIVATO	162	20	
OLBIA	PRIVATO	80		
	PUBBLICO			8
NUORO	PUBBLICO	40		8
LANUSEI	PUBBLICO	48	10	
ORISTANO	PRIVATO	63	20	
	PUBBLICO			8
CARBONIA	PRIVATO	240	60	
CAGLIARI	PRIVATO	318	50	23
	PUBBLICO	201		18
<b>Totale</b>		<b>1.152</b>	<b>160</b>	<b>65</b>

Note: \* RSA gestita in concessione

La tabella 43 rappresenta l'ammontare totale delle prestazioni erogate, nel 2019, dalle strutture pubbliche e private, suddivise per ASSL e per singolo livello assistenziale.

Tabella 43 Prestazioni erogate in RSA - CDI - Hospice - anno 2019

ASSL	Popolazione pesata	R1	R2	R3A/R3D	R3B	CDI	HOSPICE	Totale prestazioni	% Prestazioni totali	Prestazioni per 1000 abitanti
SASSARI	361.058	681	8.008	46.238	6.522	4.503	966	66.918	17%	185,3
OLBIA	168.875	15	5.576	9.015	3.133	0	1.910	19.649	5%	116,4
NUORO	168.294	1.493	12.823	2.953	3.377	224	1.742	22.612	6%	134,4
LANUSEI	61.321	0	1.114	6.626	475	552	47	8.814	2%	143,7
ORISTANO	180.362	2.651	9.018	3.694	1.514	3.921	624	21.422	5%	118,8
SANLURI	108.687	1.418	10.109	2.577	2.779	0	239	17.122	4%	157,5
CARBONIA	142.354	2.072	13.419	26.013	30.203	3.061	96	74.864	19%	525,9
CAGLIARI	604.873	7.980	72.017	54.906	16.581	10.029	10.435	171.948	43%	284,3
<b>ATS</b>	<b>1.795.826</b>	<b>16.310</b>	<b>132.084</b>	<b>152.022</b>	<b>64.584</b>	<b>22.290</b>	<b>16.059</b>	<b>403.349</b>	<b>100%</b>	<b>224,6</b>

Le persone non autosufficienti trovano le risposte ai propri bisogni di salute in un *continuum* assistenziale diversificato per intensità di cura, a prevalenza sociale o sanitaria. Oltre alle RSA, la filiera della residenzialità include CDI, Hospice e le Comunità integrate (strutture sociali a partecipazione sanitaria).

Inoltre, il sistema è integrato dagli interventi domiciliari (Cure domiciliari integrate) e da ulteriori misure assistenziali a carattere sociale a valere sul fondo regionale per le non autosufficienze.

La tabella n. 44 che segue fornisce informazioni stimate a partire dai dati contabili ATS sulle prestazioni (giornate) erogate dalle Comunità Integrate per i residenti nelle diverse ASSL nel corso del 2019.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tabella 44 Prestazioni erogate (giornate) dalle Comunità integrate suddivise per ASSSL di residenza – anno 2019

ASSSL	Popolazione pesata	N. Giornate	% Prestazioni erogate (Giornate)
SASSARI	361.058	188.996,6	25%
OLBIA	168.875	30.376,2	4%
NUORO	168.294	64.477,1	9%
LANUSEI	61.321	6.975,6	1%
ORISTANO	180.362	78.367,3	10%
SANLURI	108.687	57.773,4	8%
CARBONIA	142.354	52.065,4	7%
CAGLIARI	604.873	275.305,0	36%
<b>ATS</b>	<b>1.795.826</b>	<b>754.336,6</b>	<b>100%</b>

La tabella 45 rappresenta i dati relativi alle Cure domiciliari erogate nel 2019.

Tabella 45 Prestazioni relative alle Cure domiciliari erogate, suddivise per ASSSL – anno 2019

ASSSL	Popolazione pesata	Casi trattati	Casi trattati - terminali	% Casi	% terminali
SASSARI	361.058	2.571	936	16%	35%
OLBIA	168.875	809	199	5%	7%
NUORO	168.294	3.349	284	21%	11%
LANUSEI	61.321	908	118	6%	4%
ORISTANO	180.362	2.303	510	14%	19%
SANLURI	108.687	877	39	5%	1%
CARBONIA	142.354	1.069	257	7%	10%
CAGLIARI	604.873	4.119	321	26%	12%
<b>ATS</b>	<b>1.795.826</b>	<b>16.005</b>	<b>2.664</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

La tabella n. 46 fornisce una rappresentazione della distribuzione percentuale delle prestazioni in RSA- CDI - Hospice, Cure Domiciliari e Comunità Integrate fra le diverse ASSSL.

Tabella 46 Distribuzione percentuale delle prestazioni in RSA – CDI – Hospice, Cure domiciliari e Comunità integrate fra le diverse ASSSL

ASSSL	RSA- CDI - HOSPICE	Cure Domiciliari	Comunità Integrate
SASSARI	17%	16%	25%
OLBIA	5%	5%	4%
NUORO	6%	21%	9%
LANUSEI	2%	6%	1%
ORISTANO	5%	14%	10%
SANLURI	4%	5%	8%
CARBONIA	19%	7%	7%
CAGLIARI	43%	26%	36%



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL	RSA- CDI - HOSPICE	Cure Domiciliari	Comunità Integrate
Totale	100%	100%	100%

## 2.2.4 Riabilitazione Globale

Con la deliberazione di Giunta regionale n. 9/10 del 22.02.2011, si è provveduto a suddividere le tipologie di prestazioni sanitarie della Riabilitazione globale, individuando undici categorie di prestazioni assistenziali (Tab. 47).

Tabella 47 Categorie di prestazioni assistenziali della Riabilitazione Globale

Codice	Descrizione prestazioni
1	Trattamenti residenziali di riabilitazione intensiva
2	Riabilitazione globale a ciclo continuo per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
3	Riabilitazione residenziale a valenza socio- riabilitativa
4	Riabilitazione globale a ciclo diurno per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
5	Diurno a valenza socio-riabilitativa per persone con disabilità in situazione di gravità
6	Diurno a valenza socio-riabilitativa per persone con disabilità in situazione di gravità a tempo ridotto
7	Ambulatoriale intensiva
8	Ambulatoriale estensiva
9	Ambulatoriale mantenimento
10	Domiciliare estensiva
11	Domiciliare mantenimento

Nella tabella n. 48 vengono rappresentati i posti letto attualmente attivi nelle strutture private accreditate, suddivisi per livelli assistenziali e per ASSL.

Tabella 48 Posti letto nelle strutture private accreditate

ASSL Residenza	Posti letto/accessi suddivisi per livelli											
	1*	1**	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
SASSARI	15			87		25			20	6	15	8
						40						
OLBIA			10		15				21		38	
									55	1	3	1
NUORO				70		66			42		64	
									16	6	6	6
LANUSEI				20		35			49		70	
									40	5	26	5
ORISTANO		45	15						2	2	25	6
SANLURI	20	15							51		12	
									36	4	30	4
CARBONIA			120		10	21			130		90	
			61			65			40	9	68	18
CAGLIARI			147		10	60			203		208	



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL Residenza	Posti letto/accessi suddivisi per livelli											
	1*	1**	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
				45		272		19	126	15	103	16

Note: 1\* Riabilitazione intensiva cardiologica; 1\*\* Riabilitazione intensiva funzionale. Non è stato possibile indicare con precisione i PL/accessi per alcuni livelli in quanto nei decreti di accreditamento istituzionale non sempre è stato specificato il livello dettagliato ma solo la tipologia generale (ad esempio livello "ambulatoriale" non dettagliato in "ambulatoriale estensivo", "ambulatoriale intensivo" o "ambulatoriale di mantenimento").

La tabella 49 riporta l'offerta di prestazioni di riabilitazione globale erogata nel 2019 ai residenti delle ASL della regione Sardegna, suddivisa tra i diversi livelli assistenziali.

Tabella 49 Prestazioni Strutture private riabilitazione (volumi) - anno 2019

ASSL Residenza	Popolazione pesata	TIPOLOGIA PRESTAZIONI/LIVELLO											Totale	Prest. per 1000 ab.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
SASSARI	361.058	2.880	3.044	28.978		10.413	108	3.124	57.120	6.109	21.456	8.545	<b>141.777</b>	392,7
OLBIA	168.875	837	2.287	1.015	2.568				35.373	2.742	12.155	6.827	<b>63.804</b>	377,8
NUORO	168.294	3.325	2.614	9.689		4.208		271	9.557	2.106	5.350	3.252	<b>40.372</b>	239,9
LANUSEI	61.321			4.936		6.976		66	13.190	1.570	12.455	2.169	<b>41.362</b>	674,5
ORISTANO	180.362	3.184	2.093	4.157		281		777	14.946	1.006	17.201	5.816	<b>49.461</b>	274,2
SANLURI	108.687	1.098	392	2.036		1.028	5	121	20.227	2.610	10.002	5.453	<b>42.972</b>	395,4
CARBONIA	142.354	261	2.022	8.740	41	10.379	1.028	215	19.666	4.814	15.082	5.312	<b>67.560</b>	474,6
CAGLIARI	604.873	2.130	3.784	35.826	207	55.461	10.494	8.256	162.312	8.203	88.732	11.002	<b>386.407</b>	638,8
<b>ATS</b>	<b>1.795.826</b>	<b>13.715</b>	<b>16.236</b>	<b>95.377</b>	<b>2.816</b>	<b>88.746</b>	<b>11.635</b>	<b>12.830</b>	<b>332.391</b>	<b>29.160</b>	<b>182.433</b>	<b>48.376</b>	<b>833.715</b>	464,3

La tabella n. 50, inoltre, riporta le prestazioni di cui sopra in termini percentuali.

Tabella 50 Prestazioni Strutture private in valori percentuali - anno 2019

ASSL RESIDENZA	TIPOLOGIA PRESTAZIONI/LIVELLO										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
SASSARI	21%	19%	30%	0%	12%	1%	24%	17%	21%	12%	18%
OLBIA	6%	14%	1%	91%	0%	0%	0%	11%	9%	7%	14%
NUORO	24%	16%	10%	0%	5%	0%	2%	3%	7%	3%	7%
LANUSEI	0%	0%	5%	0%	8%	0%	1%	4%	5%	7%	4%
ORISTANO	23%	13%	4%	0%	0%	0%	6%	4%	3%	9%	12%
SANLURI	8%	2%	2%	0%	1%	0%	1%	6%	9%	5%	11%
CARBONIA	2%	12%	9%	1%	12%	9%	2%	6%	17%	8%	11%
CAGLIARI	16%	23%	38%	7%	62%	90%	64%	49%	28%	49%	23%

## 2.2.5 Salute Mentale

La tabella n. 51 riporta i posti letto delle strutture private accreditate della Salute mentale, distribuite sul territorio regionale, suddivisi per livello assistenziale.



Tabella 51 Posti letto delle strutture private accreditate, suddivise per ASSSL

ASSL	SRPAI - SRP1	SRPAE - SRP2	CPDM - SRP3	TOTALE
SASSARI	8	8		16
NUORO	7			7
		8		8
LANUSEI	8	8		16
	16			16
		16		16
ORISTANO	12	4		16
	16			16
SANLURI	14			14
	15			15
CARBONIA		6		6
			4	4
CAGLIARI	16	8		24
	8			8
	20			20
	20			20
	8			8
<b>ATS</b>	<b>168</b>	<b>58</b>	<b>4</b>	<b>230</b>

Alle strutture private accreditate di cui sopra, si aggiungono le strutture private accreditate che erogano prestazioni per la cura dei pazienti affetti da autismo e dai disturbi del comportamento alimentare. Di seguito il dettaglio dei posti letto per struttura (Tab. 52 e 53).

Tabella 52 Strutture private accreditate che erogano prestazioni per la cura dei pazienti affetti da autismo e relativi posti letto

ASSL	Disturbi spettro autistico - residenziale	Disturbi spettro autistico - semiresidenziale
SASSARI	12	9
CAGLIARI	15	30

Tabella 53 Strutture private accreditate che erogano prestazioni per la cura dei pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare e relativi posti letto

ASSL	DCA residenziale	DCA semiresidenziale
CARBONIA	9	1

La tabella n. 54 riporta i dati delle prestazioni erogate, nel 2019, dalle strutture private accreditate suddivise per ASSSL.



Tabella 54 Prestazioni erogate dai privati accreditati - anno 2019

ASSL	Popolazione pesata	SRPAI -SRP1	SRPAE -SRP2	CPDM-SRP3	Prestazioni totali	Prestazioni per 1000 abitanti	% Prestazioni
		N. Prestazioni	N. Prestazioni	N. Prestazioni			
SASSARI	361.058	3.851	31		<b>3.882</b>	10,8	6,0%
OLBIA	168.875	2.807	1.610		<b>4.417</b>	26,2	6,8%
NUORO	168.294	3.843	4.440		<b>8.283</b>	49,2	12,7%
LANUSEI	61.321	2.027	365	260	<b>2.652</b>	43,2	4,1%
ORISTANO	180.362	9.265			<b>9.265</b>	51,4	14,3%
SANLURI	108.687	3.457	730		<b>4.187</b>	38,5	6,4%
CARBONIA	142.354	4.644	2.890		<b>7.534</b>	52,9	11,6%
CAGLIARI	604.873	22.724	2.055	13	<b>24.792</b>	41,0	38,1%
<b>ATS</b>	<b>1.795.826</b>	<b>52.618</b>	<b>12.121</b>	<b>273</b>	<b>65.012</b>	36,2	<b>100%</b>

Una quota significativa del fabbisogno complessivo della Salute mentale è coperto da strutture che erogano servizi esternalizzati. La tabella 55 riporta i dati dei posti letto delle strutture che prestano servizi esternalizzati suddivisi per ASSL.

Tabella 55 Strutture che erogano servizi esternalizzati- 2019

ASSL	Livello	Posti letto
CAGLIARI	SRPAI	8
	SRPAI	8
	SRPAI	8
	N.C.	ore a domicilio
	SRPAI	6
	SRPAI	6
	SRPAI	4
SANLURI	SRPAI	8
	SRPAI	6
	centro diurno	15
ORISTANO	SRPAI	16
	SRPAE	8
LANUSEI	SRPAI	10
	CDI	15
NUORO	SRPAI	8
	SRPAI	8



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL	Livello	Posti letto
	SRPAI	7
SASSARI	SRPAI	20
	SRPAI	20
	SRPAI	14
	SRPAI	8
OLBIA	SRPAE	8
Totale		211

La successiva tabella n. 56 riporta il dato dei posti letto suddivisi per strutture esternalizzate e privato accreditato.

Tabella 56 Posti letto suddivisi per ASSSL e per erogatore

ASSL	Strutture esternalizzate	%	Privato*	%	Totale	%
SASSARI	54	23%	37	12%	91	17%
OLBIA	16	7%		0%	16	3%
NUORO	23	10%	15	5%	38	7%
LANUSEI	25	10%	64	21%	89	16%
ORISTANO	44	18%	30	10%	74	14%
SANLURI	29	12%	21	7%	50	9%
CARBONIA	8	3%	34	11%	42	8%
CAGLIARI	40	17%	101	33%	141	26%
<b>ATS</b>	<b>239</b>		<b>302</b>		<b>541</b>	

Note: \*ricomprendono i posti letto per autismo e disturbi del comportamento alimentare

## 2.2.6 Neuropsichiatria Infantile e Adolescenza

La tabella 57 riporta i posti letto accreditati e acquistati delle strutture attualmente attive in regione Sardegna, residenziali e semiresidenziali di assistenza per i disturbi mentali in età evolutiva.

Tabella 57 Strutture accreditate per i minori (DGR n. 39/38 del 03.10.2019)

ASSL	Periodo di validità contrattuale delle strutture	Posti letto accreditati	Posti letto acquistati
ORISTANO	2018/2019	SRAGADM: 12 utenti	Trattamenti alta intensità (ex SRMAI) SRP1: 8 P.L.
	2020	SRAGADM: 12 utenti	Trattamenti alta intensità (ex SRMAI) SRP1: 12 P.L.
	2018/2019	SRAGADM: 6 utenti	Trattamenti media intensità (ex SRMAE) SRP2: 4 P.L.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL	Periodo di validità contrattuale delle strutture	Posti letto accreditati	Posti letto acquistati
	2020	Trattamenti media intensità (ex SRMAE) SRP2: N. 3 P.L.	Trattamenti media intensità (ex SRMAE) SRP2: N. 3 P.L.
		Trattamenti media intensità (ex SRMAE) SRP2: N. 3 P.L.	Trattamenti media intensità (ex SRMAE) SRP2: N. 3 P.L.
CAGLIARI	2020	Trattamenti alta intensità (ex SRMAI) SRP1:1 P.L.	Trattamenti alta intensità (ex SRMAI) SRP1:1 P.L.
		Trattamenti media intensità (ex SRMAE) SRP2: 10 P.L.	Trattamenti media intensità (ex SRMAE) SRP2: 8 P.L.

Tabella 58 Struttura accreditata per i disturbi del comportamento alimentare

ASSL	Periodo di validità contrattuale della struttura	Posti letto accreditati	Posti letto acquistati
CARBONIA	2019	9 pazienti/die	1460 prestazioni (4 Paz/die)
	2020	Residenziale: 5 P.L. Semiresidenziale: 1 Paz/die	Residenziale: 4 P.L. Semiresidenziale: 0

La tabella n. 59 riporta le prestazioni per i minori nel 2019, suddivise per ASSL.

Tabella 59 Prestazioni per minori suddivise per ASSL - 2019

ASSL	Tipologia prestazioni 2019	Giornate	Numero utenti (giornate/365)
SASSARI	COMUNITA INTEGRATA/SOCIALE	1.232	
	SRP1	306	
	<b>Tot.</b>	1.538	
OLBIA	COMUNITA INTEGRATA/SOCIALE	660	
	SRP2	150	
	DCA	90	
	<b>Tot.</b>	900	
NUORO	SRP1	730	
	AUTISMO	27	
	<b>Tot.</b>	757	
LANUSEI	SRP1	-	
	SRP2	-	
	SRP3	-	
		-	
ORISTANO	AUTISMO	120	
	SRP1	365	
	SRP2	203	



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL	Tipologia prestazioni 2019	Giornate	Numero utenti (giornate/365)
	COMUNITA INTEGRATA/SOCIALE	941	
	<b>Tot.</b>	1.629	
SANLURI	COMUNITA INTEGRATA/SOCIALE	483	
	<b>Tot.</b>	483	
CARBONIA	SRP1	860	
	<b>Tot.</b>	860	
CAGLIARI	COMUNITA INTEGRATA/SOCIALE	7.346	
	SRP1	698	
	SRP2	687	
	<b>Tot.</b>	8.731	
ATS SRP1		2.959	8,1
ATS SRP2		1.040	2,8
ATS integrate sociali		10.662	29,2
ATS Autismo		147	0,4
ATS DCA		90	0,2
<b>ATS complessivo</b>		14.898	

## 2.2.7 Dipendenze Patologiche

Per quanto riguarda la macro area delle Dipendenze patologiche, l'offerta dei servizi residenziali registra una forte eterogeneità a livello territoriale. La tabella n. 60 evidenzia il dato delle prestazioni erogate dalle strutture private nel 2019 suddivise per ASSL e per livello assistenziale.

Tabella 60 Prestazioni erogate dalle strutture private– 2019

ASSL Residenza	Pop. pesata	Centro resid. di pronta accoglienza, osservazione e orientamento	Servizio resid. pedagogico o riabilitativo	Servizio resid. per persone dipendenti da alcol	Servizio resid. per persone dipendenti da sostanze d'abuso con patologie psichiatriche	Servizio resid. terapeutico riabilitativo	Totale	% ASSL	Prestazioni per 1000 ab.
SASSARI	361.058	459	4.685	63	1.657	2.712	<b>9.576</b>	11%	26,5
OLBIA	168.875	111	3.748		1.714	768	<b>6.341</b>	7%	37,5
NUORO	168.294		1.299	558	151	686	<b>2.694</b>	3%	16,0
LANUSEI	61.321	170	58		957	130	<b>1.315</b>	1%	21,4
ORISTANO	180.362	146	175	427	714	1.317	<b>2.779</b>	3%	15,4
SANLURI	108.687	1.096	1.261		124	7.171	<b>9.652</b>	11%	88,8
CARBONIA	142.354	9	1.236	124	706	3.633	<b>5.708</b>	6%	40,1
CAGLIARI	604.873	8.193	2.071	1.033	5.596	33.204	<b>50.097</b>	57%	82,8
<b>ATS</b>	<b>1.795.826</b>	<b>10.184</b>	<b>14.533</b>	<b>2.205</b>	<b>11.619</b>	<b>49.621</b>	<b>88.162</b>		49,1

La tabella n. 61 riporta il volume di prestazioni erogate ai minori nel 2019.



Tabella 61 Prestazioni erogate dalle strutture private per le dipendenze dei minori – 2019

ASSL Residenza	Popolazione pesata	Strutture residenziali per il trattamento dei Minori e giovani adulti dipendenti da sostanze d'abuso (n. giornate)
CAGLIARI	604.873	918
SANLURI	108.687	204
NUORO	168.294	712
<b>Totale</b>	<b>881.854</b>	<b>1.834</b>

La successiva tabella n. 62 rappresenta la situazione dei posti letto suddivisi per livello e per ASL.

Tabella 62 Posti letto per livello e per ASL

ASSL	Residenziale per persone dipendenti da sostanze d'abuso con patologie psichiatriche	Residenziale di pronta accoglienza, osservazione e orientamento	Residenziale pedagogico riabilitativo	Residenziale per madri tossicodipendenti in gravidanza e/o con bambino	Residenziale per persone dipendenti da alcol	Residenziale per minori e giovani adulti tossicodipendenti da sostanze d'abuso	Residenziale terapeutico riabilitativo	Tot	% ASL
SASSARI			90					90	22%
OLBIA			25					25	6%
NUORO								0	0%
LANUSEI								0	0%
ORISTANO							24	24	6%
SANLURI		8	12					20	5%
CARBONIA	19			3	8	11	34	75	18%
CAGLIARI	15	26	40				103	184	44%
<b>Totale</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>167</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>161</b>	<b>418</b>	<b>100%</b>

## 2.2.8 Assistenza Termale

Per quanto riguarda la macro-area dell'assistenza termale, la tabella n. 63 riporta le prestazioni erogate nel biennio 2018 e 2019, suddivise per ASL di residenza del paziente.

Tabella 63 Prestazioni erogate per ASL – 2018 e 2019

ASSL Residenza	2018		2019			
	Prestazioni	% Prestazioni	Prestazioni	% Prestazioni	Popolazione pesata	Prestazioni per 1000 abitanti
SASSARI	34.315	23,0%	32.110	20,8%	361.058	88,9
OLBIA	9.602	6,4%	9.912	6,4%	168.875	58,7
NUORO	21.013	14,1%	21.119	13,7%	168.294	125,5
LANUSEI	1.917	1,3%	2.336	1,5%	61.321	38,1
ORISTANO	18.991	12,7%	20.085	13,0%	180.362	111,4
SANLURI	25.152	16,9%	26.728	17,3%	108.687	245,9



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL Residenza	2018		2019			
	Prestazioni	% Prestazioni	Prestazioni	% Prestazioni	Popolazione pesata	Prestazioni per 1000 abitanti
CARBONIA	3.616	2,4%	3.789	2,5%	142.354	26,6
CAGLIARI	34.538	23,2%	38.522	24,9%	604.873	63,7
<b>ATS</b>	<b>149.144</b>		<b>154.601</b>		<b>1.795.826</b>	<b>86,1</b>

Dai dati sopra riportati, si evince una forte disomogeneità tra i territori in quanto la casistica è più frequente laddove sono presenti le strutture.

La tabella n. 64 riporta il dettaglio delle prestazioni erogate per distretto sociosanitario.

Tabella 64 Prestazioni erogate per distretto sociosanitario – 2018 e 2019

ASSL Residenza	Distretto	2018	2019	
		Prestazioni	Prestazioni	% Prestazioni 2019
SASSARI	1. Sassari	14.018	13.824	8,1%
	2. Alghero	4.162	4.617	2,7%
	3. Ozieri	16.135	13.669	8,0%
OLBIA	1. Olbia	6.359	6.580	3,9%
	2. Tempio Pausania	3.243	3.332	2,0%
NUORO	1. Nuoro	15.425	15.304	9,0%
	2. Macomer	1.924	2.543	1,5%
	3. Siniscola	2.754	2.444	1,4%
	4. Sorgono	910	828	0,5%
LANUSEI	1. Tortoli	1.917	2.336	1,4%
ORISTANO	1. Oristano	7.837	7.339	4,3%
	2. Ghilarza - Bosa	3.935	3.389	2,0%
	3. Ales - Terralba	7.219	9.357	5,5%
SANLURI	1. Guspini	14.926	15.770	9,3%
	2. Sanluri	10.226	10.958	6,4%
CARBONIA	1. Carbonia	1.624	1.642	1,0%
	2. Iglesias	1.992	2.147	1,3%
CAGLIARI	1. Cagliari Area Vasta	14.099	15.668	9,2%
	2. Area Ovest	8.858	9.913	5,8%
	3. Quartu - Parteolla	5.765	5.898	3,5%
	4. Sarrabus - Gerrei	773	889	0,5%
	5. Sarcidano - Barbagia Di Seulo - Trentena	5.043	6.154	3,6%
<b>EXTRA REGIONE</b>		15.490	15.721	
<b>Totale</b>		<b>164.634</b>	<b>170.322</b>	



## 2.2.9 HIV e patologie correlate

In Regione Sardegna l'assistenza ospedaliera ai pazienti con HIV in regime di ricovero ordinario o di day-hospital e l'assistenza ambulatoriale viene assicurata dalle strutture ospedaliere pubbliche, mentre l'assistenza sanitaria e sociosanitaria domiciliare, semiresidenziale e residenziale viene assicurata principalmente dalle strutture private accreditate.

Le strutture accreditate presenti sul territorio sono le seguenti:

- Associazione Mondo X – “Casa famiglia Sant’Antonio Abate” ubicata a Sassari accreditata per 12 posti letto residenziali;
- OSAT - “Madonna di Fatima” ubicata a Quartu Sant’Elena accreditata come struttura residenziale per malati terminali, Hospice, compresi pazienti HIV, per 12 posti letto e per assistenza domiciliare integrata, compresi pazienti HIV, per 50 utenti/die.

Dalla struttura “OSAT - Madonna di Fatima” risulta fornita assistenza in forma domiciliare sia per la ASL di Cagliari che di Sassari mentre l'assistenza in forma residenziale è stata fornita, per gli utenti di tutte le ASL della regione, dalla Casa famiglia Sant’Antonio Abate, ubicata nell’ambito territoriale della ASL di Sassari.

Non risultano strutture accreditate, né risulta erogata assistenza, nella forma semiresidenziale.

Nelle successive tabelle sono riportati, rispettivamente, i dati relativi alle prestazioni residenziali (Tab. 65) e domiciliari (Tab. 66), suddivise per ASL di residenza ed erogate dalle strutture private accreditate per l'assistenza ai malati di HIV e patologie correlate, nel biennio 2018-2019.

Tabella 65 Prestazioni residenziali erogate da strutture private accreditate, suddivise per ASL - biennio 2018-2019

ASL Residenza	Popolazione pesata	N. prestazioni	
		Anno 2018	Anno 2019
SASSARI	361.058	1.825	1.825
OLBIA	168.875	365	365
NUORO	168.294		
LANUSEI	61.321		
ORISTANO	180.362		
SANLURI	108.687		
CARBONIA	142.354	365	365
CAGLIARI	604.873	1.825	1.789
<b>ATS</b>	<b>1.795.826</b>	<b>4.380</b>	<b>4.344</b>

Tabella 66 Prestazioni domiciliari erogate da strutture private accreditate, suddivise per ASL - biennio 2018-2019

ASL Residenza	Popolazione pesata	N. prestazioni	
		Anno 2018	Anno 2019
SASSARI	361.058	8.226	16.574
OLBIA	168.875	365	365
NUORO	168.294		
LANUSEI	61.321		
ORISTANO	180.362		
SANLURI	108.687		
CARBONIA	142.354		
CAGLIARI	604.873	10.655	20.084
<b>ATS</b>	<b>1.795.826</b>	<b>18.881</b>	<b>36.658</b>

Note: dati non confrontabili per differente modalità di tariffazione/rendicontazione introdotta dalla DGR n. 54/19 del 06.11.2018



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La successiva tabella n. 67 riporta i dati relativi all'assistenza domiciliare erogata dalla struttura OSAT – Madonna di Fatima nell'anno 2019, distinti per ASSSL di residenza, per profilo professionale e per densità abitativa delle aree geografiche (zone urbane, intermedie e rurali).

Tabella 67 Prestazioni domiciliari suddivise per ASSSL di residenza, profilo professionale e densità abitativa delle aree geografiche, erogate dalle strutture private accreditate – anno 2019

ASSSL Residenza	Zona	Profilo professionale	Prestazioni
SASSARI	Zona urbana - 1	Infermiere	1.691
		Fisioterapista	1.449
		OSS	3.620
		Psicologo	835
	Zona intermedia - 2	Infermiere	1.690
		Fisioterapista	1.304
		OSS	4.210
		Psicologo	877
	Zona rurale - 3	Infermiere	191
		Fisioterapista	223
		OSS	440
		Psicologo	44
CAGLIARI	Zona urbana - 1	Infermiere	5.034
		Fisioterapista	2.214
		OSS	9.036
		Psicologo	1.341
	Zona intermedia - 2	Infermiere	506
		Fisioterapista	212
		OSS	1.250
		Psicologo	138
	Zona rurale - 3	Infermiere	85
		Fisioterapista	9
		OSS	221
		Psicologo	38
<b>Totale</b>			<b>36.658</b>

I ricoveri con DRG 489 (HIV associato ad altre patologie maggiori correlate) e 490 (HIV associato o non ad altre patologie correlate) nelle UO di Malattie Infettive della regione Sardegna, nell'anno 2019, sono riportati nella tabella n. 68, suddivisi per ASSSL di residenza.

Tabella 68 Ricoveri con DRG 489 – 490 nelle UO di Malattie infettive della Regione Sardegna, suddivise per ASSSL di residenza – anno 2019

ASSSL	Ricoveri	%
SASSARI	89	10,0
OLBIA	29	3,3
NUORO	18	2,0
LANUSEI	12	1,4
ORISTANO	41	4,6
SANLURI	41	4,6
CARBONIA	62	7,0



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL	Ricoveri	%
CAGLIARI	593	67,0
<b>ATS</b>	<b>885</b>	

Note: Dati SDO 2019

## 2.2.10 Assistenza specialistica materno infantile

Sono state analizzate le prestazioni ambulatoriali relative all'area ostetrico ginecologica e pediatrica erogate dai medici specialisti negli ambulatori territoriali ed ospedalieri, strutture pubbliche e private accreditate della regione Sardegna nell'anno 2019.

La tabella n. 69 rappresenta il numero delle prestazioni specialistiche, erogate dal SSR a favore di pazienti residenti nella regione Sardegna, suddivise per le seguenti prestazioni:

- ecografia ostetrica;
- ecografia ginecologica;
- visite ginecologiche;
- visite pediatriche.

Le ecografie ostetriche sono state ricavate rilevando la prestazione ecografia ostetrica dal Flusso SAM 2019 per i

codici disciplina: 27 (medicina legale), 37 (ostetricia e ginecologia), 51 (astanteria), nessun codice.

Le ecografie ginecologiche sono state ricavate rilevando la prestazione ecografia ginecologica dal Flusso SAM 2019 per i codici disciplina: 27 (medicina legale), 37 (ostetricia e ginecologia), 39 (Pediatrica), 51 (astanteria), nessun codice.

Non sono state prese in considerazione le ecografie ovariche in quanto prestazioni da erogare esclusivamente nel setting ospedaliero.

Le visite ginecologiche sono state ricavate rilevando dal Flusso SAM 2019 la prestazione visita ginecologica, anamnesi e valutazione, definite brevi, visita generale per i seguenti codici disciplina: 0, 27 (Medicina legale), 37 (Ostetricia e ginecologia), 51 (Astanteria), nessun codice.

Tabella 69 Numero delle prestazioni 2019 di assistenza specialistica ambulatoriale per ASSL di residenza pazienti

ASSL residenza paziente	Ecografia ostetrica	Prestazioni per 1000 abitanti	Ecografia ginecologica	Prestazioni per 1000 abitanti	Visita ginecologica	Prestazioni per 1000 abitanti	Visita pediatrica	Prestazioni per 1000 abitanti	Popolazione al 2019
Sassari	5.719	17,6	2.989	9,2	13.941	42,9	4.016	12,3	325.288
Olbia	1.529	9,6	1.573	9,9	4.947	31,1	1.861	11,7	159.119
Nuoro	1.940	12,9	921	6,1	7.159	47,4	1.143	7,6	150.913
Lanusei	254	4,6	334	6,0	2.710	48,8	240	4,3	55.535
Oristano	943	6,1	746	4,8	5.404	34,7	492	3,2	155.764
Sanluri	703	7,4	202	2,1	3.211	33,8	125	1,3	94.988
Carbonia	504	4,2	97	0,8	2.140	17,7	444	3,7	121.097
Cagliari	5.187	9,4	2.714	4,9	23.738	43,2	16.419	29,9	548.917
Sardegna	16.779	10,4	9.576	5,9	63.250	39,2	24.740	15,4	1.611.621



Le tabelle di seguito rappresentate (Tab. 70-71-72-73) riportano la rappresentazione grafica della distribuzione tra territorio e ospedale del numero delle prestazioni di ecografia ostetrica e ginecologica, visite ginecologiche e pediatriche, e relative sedi di erogazione.

Tabella 70 Sedi di erogazione e volumi delle prestazioni – Ecografia ostetrica

AREA	DISTRETTO	Popolazione 2019	Sedi ospedaliere	Sedi territoriali	Sedi Totale	Volumi 2019 ospedaliere	Volumi 2019 territoriali	Volumi 2019
SASSARI	ALGHERO	77.283	1		1	513		513
	OZIERI	29.612	1		1	71		71
	SASSARI	218.393	1	1	2	4314	821	5135
	<b>tot</b>		<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4898</b>	<b>821</b>	<b>5719</b>
OLBIA	LA MADDALENA	129.715	1		1	69		69
	OLBIA		1		1	1273		1273
	TEMPIO	29.404	1		1	187		187
	<b>tot</b>		<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1529</b>	<b>0</b>	<b>1529</b>
NUORO	NUORO	82.151	1	1	2	1225	71	1296
	MACOMER	21.280		1	1		26	26
	SINISCOLA	31.814		1	1		52	52
	SORGONO	15.668	1		1	547		547
	<b>tot</b>		<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>1772</b>	<b>149</b>	<b>1921</b>
LANUSEI	TORTOLI	55.535	1	2	3	142	112	112
	<b>tot</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>142</b>	<b>112</b>	<b>112</b>
ORISTANO	ALES TERRALBA	42.297		2	2		138	138
	ORISTANO	73.411	1		1	551		551
	GHILARZA BOSA	40.056	1		1	254		254
	<b>tot</b>		<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>805</b>	<b>138</b>	<b>943</b>
SANLURI	GUSPINI	52.267	1	2	3	338	29	367
	SANLURI	42.721		1	1		336	336
	<b>tot</b>		<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>338</b>	<b>365</b>	<b>703</b>
CARBONIA	IGLESIAS	45.699	1	1	2	447	57	504
	CARBONIA	75.398	0	0	0	0	0	0
	<b>tot</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>447</b>	<b>57</b>	<b>504</b>
CAGLIARI	AREA VASTA	251.232	5	3	8	3240	1807	5047
	AREA OVEST	122.255		1	1		2	2
	SARCIDANO	40.474						
	BARBAGIA DI SEULO		1	3	4	17	71	88
	SARRABUS GERREI	22.807	1		1	50		50



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

AREA	DISTRETTO	Popolazione 2019	Sedi ospedaliere	Sedi territoriali	Sedi Totale	Volumi 2019 ospedaliere	Volumi 2019 territoriali	Volumi 2019
	<b>tot</b>		<b>7</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>3307</b>	<b>1880</b>	<b>5187</b>

Tabella 71 Sedi di erogazione e volumi delle prestazioni – Ecografia ginecologica

AREA	DISTRETTO	Popolazione 2019	Sedi ospedaliere	Sedi territoriali	Sedi Totale	Volumi 2019 ospedaliere	Volumi 2019 territoriali	Volumi 2019
SASSARI	ALGHERO	77.283	1		1	83		83
	OZIERI	29.612	1		1	84		84
	SASSARI	218.393	1	1	2	2708	25	2733
	<b>tot</b>		<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2875</b>	<b>25</b>	<b>2900</b>
OLBIA	LA MADDALENA		1			562		562
	OLBIA	129715	2			858		858
	TEMPIO	29.404	1			153		153
	<b>tot</b>		<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1573</b>		<b>1573</b>
NUORO	NUORO	82.151	1	1	2	292	149	441
	MACOMER	21.280		1	1		102	102
	SINISCOLA	31.814		2	2		357	357
	SORGONO	15.668	1		1	61		61
	<b>tot</b>		<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>353</b>	<b>608</b>	<b>961</b>
LANUSEI	TORTOLI	55.535	1	2	3	125	209	334
	<b>tot</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>125</b>	<b>209</b>	<b>334</b>
ORISTANO	ALES TERRALBA	42.297		2	2		253	253
	ORISTANO	73.411	1	1	2	78	97	175
	GHILARZA BOSA	40.056	1	1	2	280	38	318
	<b>tot</b>		<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>358</b>	<b>388</b>	<b>746</b>
SANLURI	GUSPINI	52.267	1	3	4	13	189	202
	SANLURI	42.721		1	1		130	130
	<b>tot</b>		<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>319</b>	<b>332</b>
CARBONIA	IGLESIAS	45.699	1	1	2	79	18	97
	CARBONIA	75.398	0	0	0	0	0	0
	<b>tot</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>79</b>	<b>18</b>	<b>97</b>
CAGLIARI	AREA VASTA	251.232	7	3	10	1332	685	2017
	AREA OVEST	122.255		2	2		71	71
	SARCIDANO							
	BARBAGIA DI SEULO	40.474	1		1	60	563	623



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

AREA	DISTRETTO	Popolazione 2019	Sedi ospedaliere	Sedi territoriali	Sedi Totale	Volumi 2019 ospedaliere	Volumi 2019 territoriali	Volumi 2019
	SARRABUS GERREI	22.807	1	2	3	10	13	23
	<b>tot</b>		9	7	16	1402	1332	2734

Tabella 72 Sedi di erogazione e volumi delle prestazioni – Visite ginecologiche

AREA	DISTRETTO	Popolazione 2019	Sedi ospedaliere	Sedi territoriali	Sedi Totale	Volumi 2019 ospedaliere	Volumi 2019 territoriali	Volumi 2019
SASSARI	ALGHERO	77.283	1	3	4	1390	1064	2454
	OZIERI	29.612	1		1	667		667
	SASSARI	218.393	1	4	5	8747	2073	10820
	<b>tot</b>		<b>3</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>10804</b>	<b>3137</b>	<b>13941</b>
OLBIA	LA MADDALENA	129.715	1		1	925		925
	OLBIA		2		2	2760		2760
	TEMPIO	29.404	1		1	1262		1262
	<b>tot</b>		<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>		<b>0</b>	<b>4947</b>
NUORO	NUORO	82.151	1	1	2	3051	1332	4383
	MACOMER	21.280		1	1		198	198
	SINISCOLA	31.814		2	2		832	832
	SORGONO	15.668	1		1	1746		1746
	<b>tot</b>		<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4797</b>	<b>2362</b>	<b>7159</b>
LANUSEI	TORTOLI	55.535	1	2		1273	1437	2710
	<b>tot</b>		<b>1</b>	<b>2</b>		<b>1273</b>	<b>1437</b>	<b>2710</b>
ORISTANO	ALES TERRALBA	42.297		2	2		702	702
	ORISTANO	73.411	1	2	3	1960	1123	3083
	GHILARZA BOSA	40.056	2	2	4	1218	401	1619
	<b>tot</b>		<b>3</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>3178</b>	<b>2226</b>	<b>5404</b>
SANLURI	GUSPINI	52.267	1	2	3	1006	580	1586
	SANLURI	42.721		1	1		1625	1625
	<b>tot</b>		<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1006</b>	<b>2205</b>	<b>3211</b>
CARBONIA	IGLESIAS	45.699	1	1	2	1899	170	2069
	CARBONIA	75.398	1			71		71
	<b>tot</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1970</b>	<b>170</b>	<b>2140</b>
CAGLIARI	AREA VASTA	251.232	10	3	13	15187	4320	19507



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

AREA	DISTRETTO	Popolazione 2019	Sedi ospedaliere	Sedi territoriali	Sedi Totale	Volumi 2019 ospedaliere	Volumi 2019 territoriali	Volumi 2019
	AREA OVEST	122.255		5	5		614	614
	QUARTU PARTEOLLA	112.149		2	2		1805	1805
	SARCIDANO BARBAGIA DI SEULO	40.474	1		1	198	353	551
	SARRABUS GERREI	22.807	1	2	3	243	140	383
	<b>tot</b>		<b>12</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>15628</b>	<b>7232</b>	<b>22860</b>

Tabella 73 Sedi di erogazione e volumi delle prestazioni – Visite pediatriche

AREA	DISTRETTO	Popolazione 2019	Sedi ospedaliere	Sedi territoriali	Sedi Totale	Volumi 2019 ospedaliere	Volumi 2019 territoriali	Volumi 2019
SASSARI	ALGHERO	77.283	1		1	1037		1037
	OZIERI	29.612	1		1	1976		1976
	SASSARI	218.393	1		1	1002		1002
	<b>tot</b>		<b>3</b>		<b>3</b>	<b>4015</b>		<b>4015</b>
OLBIA	LA MADDALENA	129.715	1		1	123		123
	OLBIA		1	1	1026		1026	
	TEMPIO	29.404	1		1	712		712
	<b>tot</b>		<b>3</b>		<b>3</b>	<b>1861</b>		<b>1861</b>
NUORO	NUORO	82.151	1		1	1143		1143
	MACOMER	21.280						
	SINISCOLA	31.814						
	SORGONO	15.668						
	<b>tot</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	<b>1143</b>		<b>1143</b>
LANUSEI	TORTOLI	55.535	1		1	240		240
	<b>tot</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	<b>240</b>		<b>240</b>
ORISTANO	ALES TERRALBA	42.297						
	ORISTANO	73.411	1		1	492		492
	GHILARZA BOSA	40.056						
	<b>tot</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	<b>492</b>		<b>492</b>
SANLURI	GUSPINI	52.267	1		1	125		125
	SANLURI	42.721						
	<b>tot</b>		<b>1</b>		<b>1</b>	<b>125</b>		<b>125</b>
CARBONIA	IGLESIAS	45.699	1	2	3	161	283	444



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

AREA	DISTRETTO	Popolazione 2019	Sedi ospedaliere	Sedi territoriali	Sedi Totale	Volumi 2019 ospedaliere	Volumi 2019 territoriali	Volumi 2019
	CARBONIA	75.398						
	<b>tot</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>161</b>	<b>283</b>	<b>444</b>
CAGLIARI	AREA VASTA	251.232	3		3	16012		16012
	AREA OVEST	122.255						
	SARCIDANO BARBAGIA DI SEULO	40.474		3	3		407	407
	SARRABUS GERREI	22.807						
	<b>tot</b>		<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>16012</b>	<b>407</b>	<b>16419</b>



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 2.3 VOLUME DELLE LISTE DI ATTESA

Un ulteriore elemento di analisi che assicura il corretto dimensionamento del fabbisogno socio-sanitario, è rappresentato dal volume delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie relative all'assistenza specialistica ambulatoriale.

I dati<sup>24</sup> sono stati rilevati dal Piano preventivo delle attività 2021-2023, predisposto dall'Azienda per la Tutela della Salute (ATS), approvato dal Commissario straordinario con deliberazione n. 30 del 16.11.2020, recentemente aggiornato con deliberazione n. 429 del 03.06.2021.

Inoltre a causa del fenomeno pandemico da Covid-19, che ha interessato l'anno 2020, al fine di evitare fenomeni distortivi, i dati si riferiscono ai pazienti in attesa alla data del 31.12.2019, per le 43 prestazioni più critiche oggetto di monitoraggio da parte del Ministero nel periodo di riferimento.

Tabella 74 Numero delle prestazioni in attesa di esecuzione e relativa percentuale per ASSL

ASSL di appartenenza	Numero di prestazioni sospese/pianificate	% prestazioni
SASSARI	60.549	19,43%
OLBIA	15.192	4,87%
NUORO	12.321	3,95%
LANUSEI	24.470	7,85%
ORISTANO	38.500	12,35%
SANLURI	8.828	2,83%
CARBONIA	22.470	7,21%
CAGLIARI	129.312	41,49%
<b>ATS</b>	<b>311.642</b>	<b>100%</b>

La tabella n. 74 mostra che la ASSL con il maggior numero di prestazioni in attesa è quella di Cagliari con un valore pari al 41,49% del totale di prestazioni in attesa, seguita dalla ASSL di Sassari con il 19,43% e di Oristano con il 12,35%.

La tabella n. 75 riporta le prestazioni in attesa suddivise per branca specialistica.

Tabella 75 Numero di prestazioni in attesa per branca specialistica

Branca specialistica	Prestazioni in attesa di esecuzione per branca specialistica ATS	% Prestazioni in attesa di esecuzione per branca specialistica su totale delle prestazioni in attesa
<b>02 - Cardiologia</b>	<b>87.207</b>	<b>27,98%</b>
05 - Chirurgia Vascolare Angiologia	185	0,06%

<sup>24</sup> I dati relativi alle prestazioni in attesa sono stati estratti dalla banca dati CUPWEB e fanno riferimento ai pazienti in attesa alla data del 31.12.2019



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Branca specialistica		Prestazioni in attesa di esecuzione per branca specialistica ATS	% Prestazioni in attesa di esecuzione per branca specialistica su totale delle prestazioni in attesa
06 - Dermosifilopatia		5.442	1,75%
09 - Endocrinologia		14.997	4,81%
<b>10 - Gastroenterologia</b>		<b>34.903</b>	<b>11,20%</b>
12 - Medicina fisica e Riabilitativa		10.509	3,37%
15 - Neurologia		4.155	1,33%
<b>16 - Oculistica</b>		<b>31.063</b>	<b>9,97%</b>
18 - Oncologia		110	0,04%
19 - Ortopedia		16.302	5,23%
20 - Ostetricia e Ginecologia		5.050	1,62%
21 - Otorinolaringoiatra		11.997	3,85%
22 - Pneumologia		3.521	1,13%
<b>24 - Radiologia Diagnostica</b>	<b>RMN - TC</b>	<b>32.825</b>	<b>10,53%</b>
	<b>ECO - MAMMO</b>	<b>44.196</b>	<b>14,18%</b>
25 - Urologia		9.180	2,95%
<b>Totale complessivo</b>		<b>311.642</b>	<b>100,00%</b>

Le maggiori criticità sono legate alle prestazioni di Cardiologia che rappresentano circa il 28% delle prestazioni totali in attesa, seguite da quelle della Radiologia Diagnostica circa il 25% delle prestazioni totali ed, infine, dall'Oculistica, circa il 10% delle prestazioni.

La tabella n. 76 riporta il numero di prestazioni in attesa suddivise per branca e per ASSSL.

Tabella 76 Numero di prestazioni in attesa di esecuzione, per branca specialistica e ASSSL di erogazione

Branca specialistica	ASSSL Sassari	ASSSL Olbia	ASSSL Nuoro	ASSSL Lanusei	ASSSL Oristano	ASSSL Sanluri	ASSSL Carbonia	ASSSL Cagliari	ATS
<b>Popolazione pesata</b>	361.058	168.875	168.294	61.321	180.362	108.687	142.354	604.873	<b>1.795.826</b>
02 - Cardiologia	10.314	1.841	1.966	5.667	11.191	2.196	6.776	47.256	87.207
05 - Chirurgia Vascolare Angiologia	41	1	15	17	46	4	5	56	185
06 - Dermosifilopatia	3.499	94	98	284	832	60	97	478	5.442
09 - Endocrinologia	2.206	951	471	3.064	2.074	202	1.491	4.538	14.997
10 - Gastroenterologia	5.549	2.587	1.601	3.738	5.323	794	2.775	12.536	34.903
12 - Medicina fisica e Riabilitativa	1.375	116	1.205	1.111	2.338	439	972	2.953	10.509
15 - Neurologia	1.680	118	135	313	1.020	82	353	454	4.155
16 - Oculistica	10.302	379	471	2.185	2.202	602	979	13.943	31.063



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Branca specialistica	ASSL Sassari	ASSL Olbia	ASSL Nuoro	ASSL Lanusei	ASSL Oristano	ASSL Sanluri	ASSL Carbonia	ASSL Cagliari	ATS	
<b>Popolazione pesata</b>	361.058	168.875	168.294	61.321	180.362	108.687	142.354	604.873	<b>1.795.826</b>	
18 - Oncologia	7	0	20	26	18	9	5	25	110	
19 - Ortopedia	4.983	525	229	411	1.248	983	1.548	6.375	16.302	
20 - Ostetricia e Ginecologia	1.159	339	459	343	284	175	248	2.043	5.050	
21 - Otorinolaringoiatra	3.564	173	403	814	3.294	282	1.030	2.437	11.997	
22 - Pneumologia	201	117	731	398	656	78	232	1.108	3.521	
24 - Radiologia Diagnostica	RMN - TC	4.879	4.228	3.441	1.578	3.849	1.610	1.926	11.314	32.825
	ECO - MAMMO	10.436	3.159	901	4.375	2.104	691	3.554	18.976	44.196
25 - Urologia	354	564	175	146	2.021	621	479	4.820	9.180	
<b>Totale complessivo</b>	<b>60.549</b>	<b>15.192</b>	<b>12.321</b>	<b>24.470</b>	<b>38.500</b>	<b>8.828</b>	<b>22.470</b>	<b>129.312</b>	<b>311.642</b>	

Non considerando il dato assoluto, legato alla differente numerosità della popolazione residente nelle diverse aree socio-sanitarie, il numero di prestazioni in attesa è uniforme a livello territoriale, tranne nella ASL di Lanusei che in proporzione presenta valori più elevati.

La tabella n. 77 riporta il numero di prestazioni in attesa suddiviso per tipologia di erogatore.

Tabella 77 Numero di prestazioni in attesa di esecuzione, per tipologia di erogatore

ASSL di appartenenza	ATS	Privato	Totale	% per ASL
SASSARI	32.682	27.867	60.549	19%
OLBIA	12.481	2.711	15.192	5%
NUORO	6.566	5.755	12.321	4%
LANUSEI	5.417	19.053	24.470	8%
ORISTANO	14.309	24.191	38.500	12%
SANLURI	2.080	6.748	8.828	3%
CARBONIA	5.914	16.556	22.470	7%
CAGLIARI	11.785	117.527	129.312	41%
<b>ATS</b>	<b>91.234</b>	<b>220.408</b>	<b>311.642</b>	<b>100%</b>

Le maggiori criticità che si riscontrano dai dati report Cup Web, utilizzando i tempi medi di prima disponibilità per le classi di priorità B (breve), D (differibili) e P (programmate), risultano le seguenti:

- visite di cardiologia (ASSL Sassari e Carbonia);
- visite endocrinologiche (ASSL Sassari, Olbia, Lanusei e Cagliari);
- visite gastroenterologiche (ASSL Olbia, Lanusei, Oristano e Sanluri);
- visite pneumologiche (ASSL Lanusei e Olbia);
- visite ORL (ASSL Sanluri e Carbonia);



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- visite urologiche (ASSL Sassari, Olbia, Oristano e Sanluri).

Mentre, per quanto concerne le prestazioni strumentali, le maggiori criticità riguardano:

- RMN/TAC (ASSL di Sanluri, Carbonia, Sassari e Cagliari e Oristano per le RMN);
- colonscopie: in tutto il territorio;
- eco – Ecodoppler (ASSL di Oristano, Carbonia, Sassari e Lanusei);
- elettromiografie (ASSL di Sassari) ;
- mammografie non screening (ASSL di Carbonia).



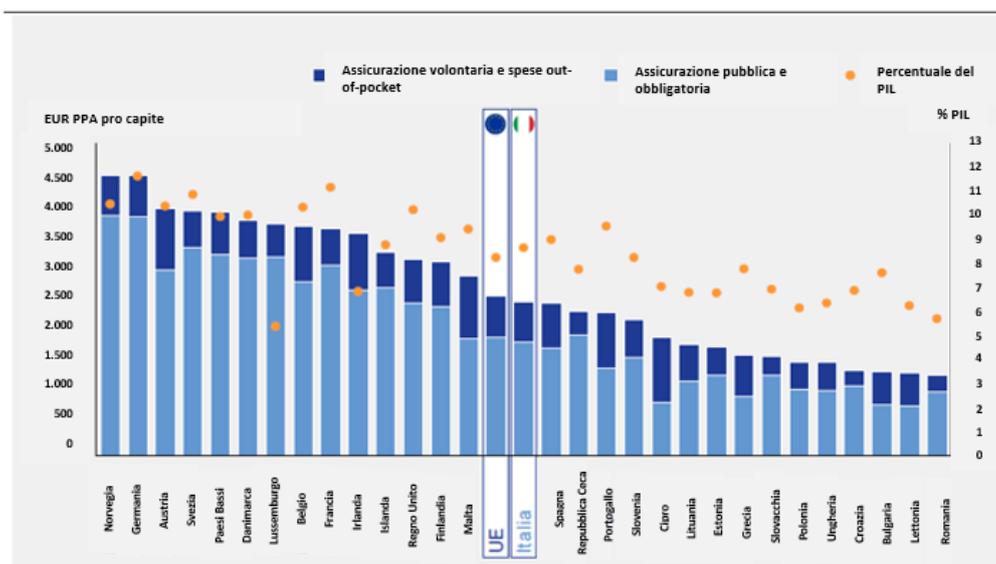
REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 2.4 VOLUME DELLE PRESTAZIONI PER SOLVENTI (OUT-OF-POCKET)

Un ulteriore elemento di analisi utile ad assicurare il corretto dimensionamento del fabbisogno socio-sanitario della regione Sardegna, è rappresentato dalla quota dei pagamenti posta direttamente a carico dei cittadini, la c.d. spesa sanitaria out-of-pocket. All'interno della complessa ed articolata disamina del fabbisogno, infatti, la spesa sanitaria out-of-pocket non può essere considerata marginale, sia per l'entità delle risorse effettivamente coinvolte, sia per il significato che questa voce di spesa rappresenta per i cittadini, in termini di ricerca del soddisfacimento dei propri bisogni di salute.

L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) ha recentemente pubblicato il Rapporto 2020 sui sistemi sanitari dei paesi membri e, come si evince dal successivo grafico (Fig. 18), la spesa sanitaria italiana è finanziata per circa tre quarti con fondi pubblici, mentre la parte restante è principalmente a carico dei cittadini. Nel 2019 l'Italia ha destinato alla sanità l'8,7% del PIL, collocandosi al di sopra della media europea pari al 8,3%. La spesa sanitaria pro capite, inoltre, si è attestata a euro 2.473,00 rettificata per tenere conto delle differenze nel potere d'acquisto, collocandosi al di sotto della media europea, pari a euro 2.572,00. Il Servizio sanitario nazionale presenta, nel complesso, esiti sanitari adeguati, come rappresentato dalla figura n. 18 che segue.

Figura 18 Spesa sanitaria degli stati membri dell'Unione Europea sul PIL, anno 2019



Elaborazione dati Piano Nazionale di ripresa e resilienza, Riforme e investimenti, Missione 6: Salute, pag. 222.  
Fonte: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

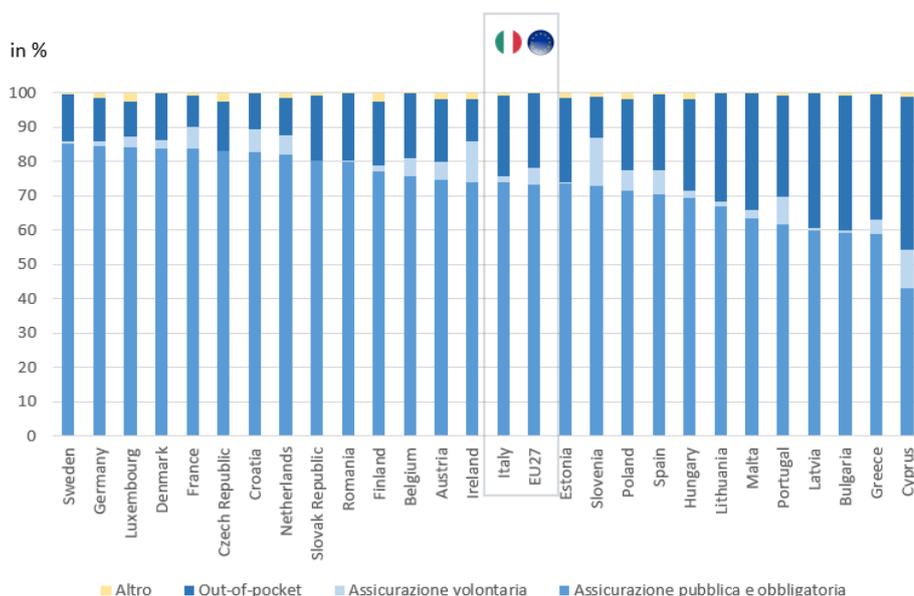
Un altro elemento rilevante ai fini dell'analisi è rappresentato dalla distribuzione della spesa sanitaria per canale di finanziamento. Come si evince più chiaramente dal successivo grafico (Fig. 19), nel 2019, la spesa sanitaria in Italia era finanziata per il 74% da fondi pubblici e, sebbene i LEA di base coprano un'ampia gamma di servizi, garantendo una copertura automatica e universale, le spese sanitarie a carico delle famiglie sono relativamente alte e rappresentano il 24% della spesa totale, costituendo la maggior voce di spesa rimanente.

In Italia, inoltre, la spesa sanitaria coperta dal pilastro integrativo delle assicurazioni private, sottoscritte in modo volontario e non obbligatorio, riveste un ruolo del tutto marginale, coprendo soltanto il 2% della spesa sanitaria totale, una quota di finanziamento del tutto irrisoria se confrontata con quella degli altri paesi europei.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Figura 19 Spesa sanitaria totale per regime di finanziamento, 2018 (o anno più recente)

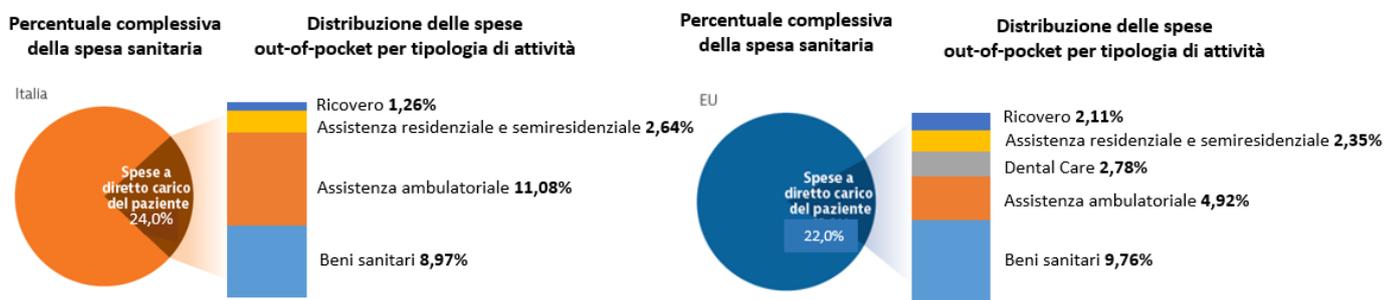


Note: i paesi sono classificati in base alle modalità di intervento governative e all'assicurazione sanitaria obbligatoria come quota della spesa sanitaria. La media europea non è ponderata. La categoria "Altro" si riferisce a enti di beneficenza, società, interventi internazionali e di altra natura.

Fonte: elaborazione dei dati OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

Entrando più nel dettaglio dell'analisi, il successivo grafico (Fig. 20) mette a confronto la spesa sanitaria out-of-pocket in Italia rispetto alla media europea, suddividendola per specifica tipologia di attività. Dal confronto risulta che, nel nostro Paese, le spese out-of-pocket rappresentano una percentuale della spesa sanitaria superiore alla media europea.

Figura 20 Confronto delle spese sanitarie out-of-pocket per tipologia di attività, in Italia e in UE, 2018 (o anno più recente)



Note: la categoria "beni sanitari" include i farmaci e le attrezzature terapeutiche.

In Italia le spese out-of-pocket per le cure odontoiatriche rientrano all'interno dell'assistenza sanitaria ambulatoriale.

Fonte: Elaborazione dei dati - OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

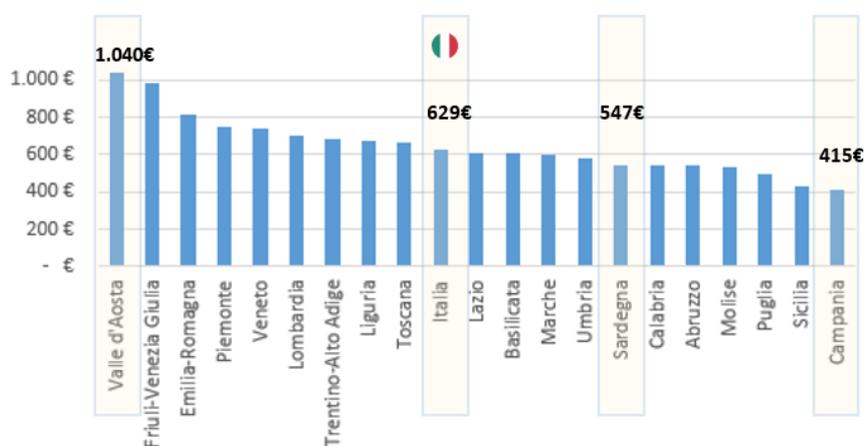


REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

In Italia, la voce di spesa predominante out-of-pocket è rappresentata dall'assistenza ambulatoriale che copre circa il 50% delle spese totali, quasi la metà di questa voce è destinata alle cure odontoiatriche<sup>25</sup>. I beni sanitari, che includono, tra l'altro, i farmaci in senso stretto e le attrezzature terapeutiche, rappresentano il 37% della spesa, l'assistenza residenziale e semiresidenziale rappresenta circa l'11%, mentre i ricoveri ospedalieri appena il 5% della spesa out-of-pocket totale.

Un ultimo elemento di analisi è rappresentato dalla spesa sanitaria pro capite delle famiglie suddivise per regione, come mostrato dal seguente grafico (Fig. 21).

Figura 21 Spesa sanitaria delle famiglie suddivise per regione in ordine decrescente, valori pro capite, 2018 (anno più recente).



Fonte: elaborazione dei dati ISTAT, Sistema informativo territoriale su sanità e salute – Health for All – Italia, anno 2018 (più recente)

Analizzando i dati Istat relativi alla spesa sanitaria pro capite suddivisa per regione, si delinea un quadro molto netto. Il posizionamento delle regioni, all'interno del grafico, sembra definire un legame positivo tra la spesa sanitaria delle famiglie, il reddito e la qualità dei sistemi sanitari offerti<sup>26</sup>. Infatti, le regioni in cui la spesa sanitaria privata pro capite risulta più alta sono quelle in cui si registrano anche livelli di reddito pro capite più elevati. Allo stesso tempo, si osserva la correlazione della spesa delle famiglie con la qualità dei servizi sanitari regionali offerti, infatti regioni quali l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Lombardia, riconosciute come tra le migliori in termini di qualità dei loro sistemi sanitari, sono tra quelle con la maggiore spesa sanitaria pro capite. Viceversa, regioni come la Campania, Sicilia e Calabria, oltre ad avere livelli di reddito pro capite inferiori rispetto alla media nazionale, sono caratterizzate anche da sistemi sanitari più in difficoltà. La regione Sardegna si posiziona in questa analisi al di sotto della media nazionale, con una spesa pro capite pari a euro 547,00 a fronte di una media nazionale pari a euro 629,00.

<sup>25</sup> State of Health in the EU – Italia- Profilo della Sanità 2019. Dati riferiti al 2017 (Rapporto OCSE 2019).

<sup>26</sup> Rapporto OASI 2020 - Bocconi Cergas, "Consumi privati in sanità", pag. 263-264.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

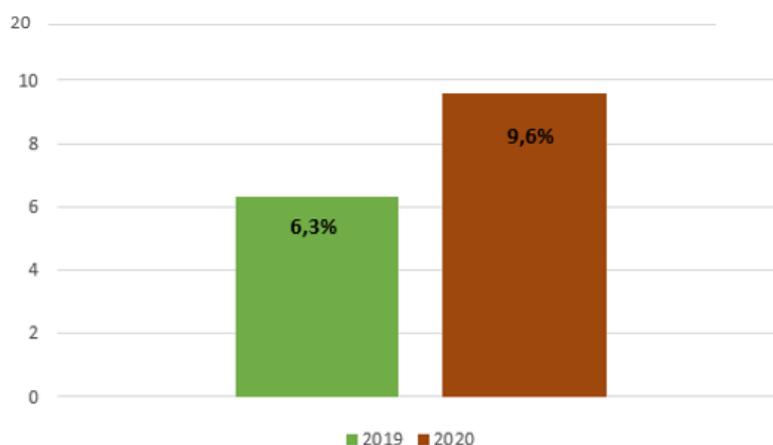
## 2.5 STIMA DELL'IMPATTO DEI RINUNCIATARI ALLE CURE

Il Servizio sanitario nazionale, fin dalla sua istituzione, avvenuta con legge n. 833 del 1978, si basa su principi fondamentali quali l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. L'articolato sistema di strutture e servizi che costituiscono il SSN, ha lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione.

La possibilità di accedere alle prestazioni sanitarie è considerato un aspetto rilevante per l'equità del Servizio sanitario e, per questa ragione, al fine di misurare l'equità nell'accesso alle cure, un indicatore utile è rappresentato dalla stima della rinuncia alle prestazioni sanitarie, come le visite specialistiche o gli accertamenti diagnostici, sia per motivi legati a problemi economici che a caratteristiche dell'offerta sanitaria, come ad esempio le lunghe liste di attesa o le difficoltà nel raggiungere i luoghi di erogazione del servizio.

Secondo quanto rappresentato dall'ISTAT, all'interno del Rapporto BES (Benessere Equo e Sostenibile) 2020, in Italia, un cittadino su dieci ha dichiarato di aver rinunciato, pur avendone bisogno, a visite o accertamenti negli ultimi 12 mesi, così come illustrato dal grafico successivo (Fig. 22).

Figura 22 Persone che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie, pur avendone bisogno, totale della popolazione, biennio 2019-2020. Valori percentuali



Fonte: elaborazione dati Istat, *Qualità dei servizi, Indagine Aspetti della vita quotidiana, Indicatore di rinuncia alle prestazioni sanitarie. Dati 2020 provvisori.*

È da considerare però che il dato del 2020, in aumento rispetto al precedente anno di oltre il 40%, è fortemente condizionato dall'emergenza pandemica da Covid-19, infatti, il 50% di chi rinuncia ha riferito motivazioni legate alla pandemia. Nel 2019, invece, la quota dei rinunciatari a livello nazionale era pari al 6,3% ed i motivi prevalenti di rinuncia erano, in primo luogo, di tipo economico ed, in secondo luogo, legati alle lunghe liste di attesa<sup>27</sup>.

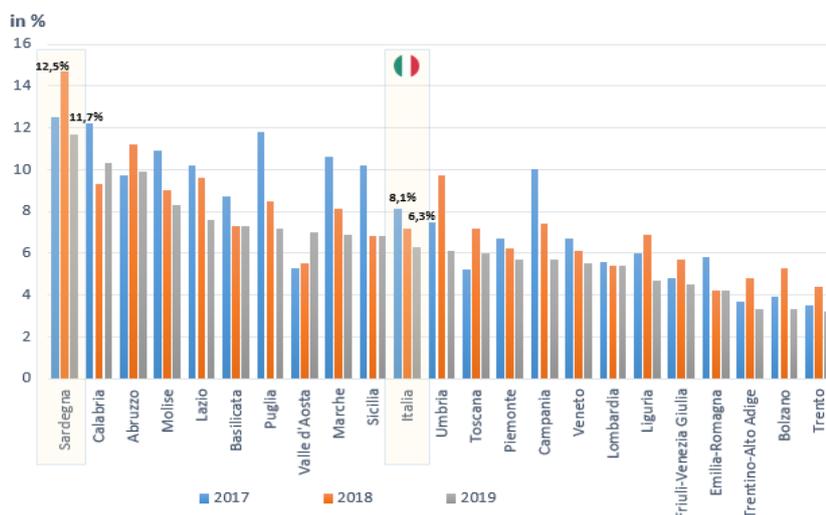
Come si evince dal grafico successivo (Fig. 23), prima della pandemia, l'indicatore di rinuncia ha registrato un calo in tutto il territorio nazionale, passando dall'8,1% nel 2017, al 6,3% nel 2019.

<sup>27</sup> Istat, *Qualità dei servizi, Bes 2020.*



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Figura 23 Persone che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno, suddivise per regione – triennio 2017-2019

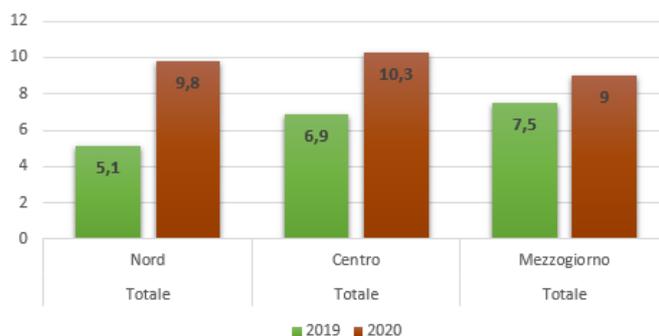


Fonte: elaborazione dati Istat, *Qualità dei servizi, Indagine Aspetti della vita quotidiana, Indicatore di rinuncia alle prestazioni sanitarie.*

Il calo della quota di rinunce è stato registrato in tutte le regioni anche se permangono le note disuguaglianze territoriali a svantaggio del Mezzogiorno. Dal confronto a livello regionale, la regione Sardegna registra i valori percentuali di rinuncia più elevati, pari all'11,7% nel 2019, tuttavia conferma il positivo trend nazionale del calo della quota di rinunce, passando dal 12,5% nel 2017, all'11,7% nel 2019, sebbene questi valori siano ancora molto distanti dalla media nazionale.

Analizzando i dati del biennio 2019-2020, il grafico successivo (Fig. 24) mostra come l'impatto del Covid-19 sulla rinuncia alle cure è stato maggiore nel Nord, con un aumento di 4,7 punti percentuali rispetto al 2019, infatti da 5,1% si è passati al 9,8%; nel Centro l'indicatore è passato, invece, da 6,9% a 10,3%, mentre nel Mezzogiorno da 7,5% a 9%.

Figura 24 Confronto dell'indicatore di rinuncia alle cure suddiviso in zone territoriali (Nord, Centro e Mezzogiorno) – anni 2019 e 2020. Valori percentuali



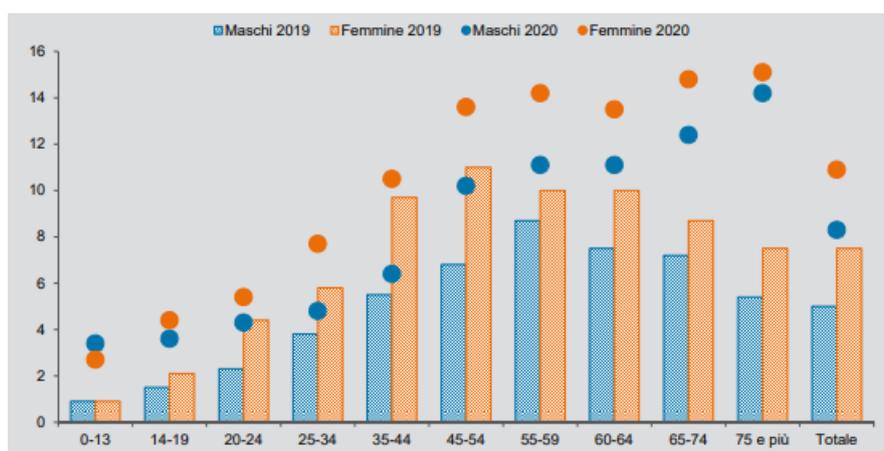
Fonte: elaborazione dati Istat, *Qualità dei servizi, Indagine Aspetti della vita quotidiana, Indicatore di rinuncia alle prestazioni sanitarie. Dati 2020 provvisori.*



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Un'analisi più approfondita del dato mostra, inoltre, che sono le donne a rinunciare più spesso rispetto agli uomini, alle prestazioni sanitarie, come illustrato più chiaramente dal grafico successivo (Fig. 25). Nel 2020, in particolare, la fascia di popolazione più colpita è rappresentata dalle donne con 75 anni e più, pari al 15,1%; nel 2019, la fascia più colpita è rappresentata dalle donne tra 45 e 54 anni, pari al 11%, mentre per gli uomini è quella tra i 55 e 59 anni, pari a 8,7%.

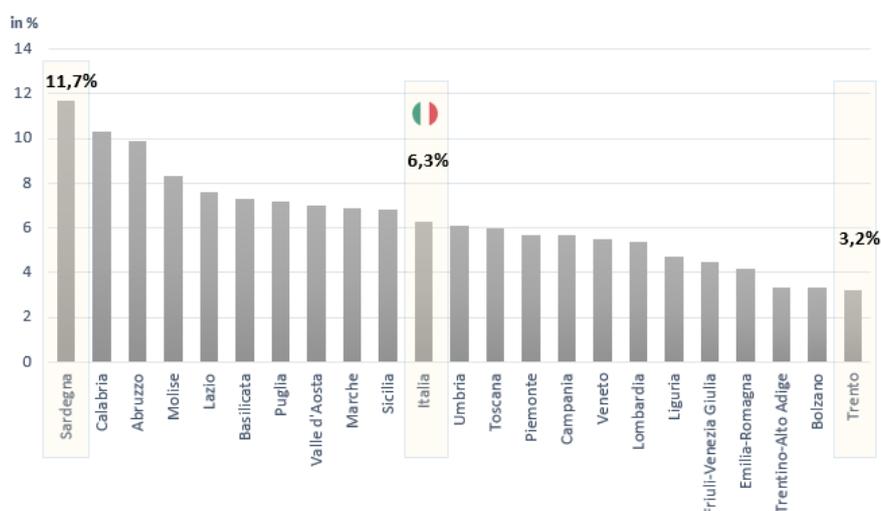
Figura 25. Persone che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno, per genere e classe di età. Anni 2019 e 2020. Valori percentuali



Fonte: Istat, Qualità dei servizi, Indagine Aspetti della vita quotidiana, Rapporto Bes 2020. Dati 2020 provvisori.

Il grafico successivo (Fig. 26) rileva l'andamento dell'indicatore di rinuncia alle prestazioni sanitarie nel 2019, ed evidenzia rilevanti differenze territoriali.

Figura 26 Persone che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno, per regione – anno 2019. Valori percentuali



Fonte: elaborazioni dati Istat, Qualità dei servizi, Indagine Aspetti della vita quotidiana, Indicatore di rinuncia alle prestazioni sanitarie.

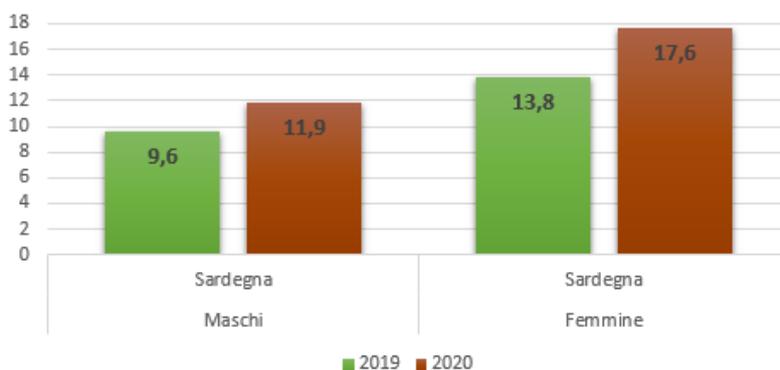


REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il dato medio nazionale di rinuncia è pari a 6,3% e la regione che rileva la percentuale più elevata è la Sardegna, con un indice pari a 11,7%, a seguire la Calabria, l'Abruzzo e il Molise. Viceversa, si registrano quote di rinunce significativamente più basse nelle Province Autonome di Trento e di Bolzano, nelle quali, rispettivamente, il 3,2% e il 3,3% delle persone ha dichiarato di aver rinunciato alle cure, pur avendone bisogno.

Infine, il grafico successivo (Fig. 27) mostra che, in linea con il trend nazionale, anche la regione Sardegna registra significative differenze legate al genere. Nel 2019, circa il 14% delle donne ha dichiarato di aver rinunciato a prestazioni sanitarie, a differenza degli uomini che a rinunciare erano circa uno su dieci. Nel 2020, si sono registrati valori rilevanti di rinuncia, circa il 18% delle donne, rispetto a circa il 12% degli uomini, sebbene il dato risulti fortemente condizionato dalla emergenza pandemica da Covid-19.

Figura 27 Persone che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno, regione Sardegna, per genere. Biennio 2019- 2020. Valori percentuali



Fonte: elaborazione dati Istat, *Qualità dei servizi, Indagine Aspetti della vita quotidiana, Indicatore di rinuncia alle prestazioni sanitarie. Dati 2020 provvisori.*



### 3 MAPPATURE DELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE PRESENTI SUL TERRITORIO

#### 3.1 IL TERRITORIO

La Regione Sardegna è composta da 377 comuni, ripartiti in 4 provincie (Sassari, Nuoro, Oristano, Sud Sardegna) e un'area metropolitana (Cagliari).

I comuni hanno una densità di popolazione, calcolata sulla base della superficie territoriale all'1.01.2020 e la popolazione al 31.12.2019, che va da 3,6 ab/km<sup>2</sup> di Semestene (SS) e 3036,6 ab/km<sup>2</sup> di Monserrato (CA) con una media di 73,9 abitanti/km<sup>2</sup>. Si tratta quindi di un territorio prevalentemente spopolato, tranne nelle zone costiere, in cui risiedono anche i principali centri urbani. Di questo parametro è necessario tenere conto nella ripartizione e nella collocazione delle strutture di assistenza appartenenti alla rete territoriale.

L'Istat ha classificato i comuni sulla base del grado di urbanizzazione (DEGURBA), adottando una classificazione armonizzata introdotta da Eurostat basata sul criterio della contiguità geografica e su soglie di popolazione minima della griglia regolare con celle da 1 km<sup>2</sup>. La prima versione della classificazione, finora diffusa dall'Istat, era basata su dati dal censimento 2001. In occasione del censimento 2011, con l'introduzione della Geostat grid, l'Istat ha rilasciato la stima della popolazione residente per griglia. A seguito dell'adozione del Regolamento Tercet del Parlamento Europeo e del Consiglio (Reg. (UE) 2017/2391), del Regolamento di esecuzione (UE) 2019/1130 e della pubblicazione della metodologia da parte di Eurostat, l'Istat ha effettuato l'aggiornamento dei valori della classificazione per i comuni italiani vigenti dal 1/1/2018.

Sulla base dell'ultimo aggiornamento dei dati pubblicati dall'Istat al 31.12.2020 la ripartizione dei comuni della Sardegna risulta essere la seguente.

Tabella 78 Ripartizione comuni della Sardegna – dati Istat al 31.12.2020

Indice	Grado di urbanizzazione	Mnemonico	Numero di comuni
1	"Città" o "Zone densamente popolate"	Urbane	2
2	"Piccole città e sobborghi" o "Zone a densità intermedia di popolazione"	Intermedie	55
3	"Zone rurali" o "Zone scarsamente popolate"	Rurali	320

Le due "zone densamente popolate", considerate quindi come zona Urbana, risultano solo i comuni di Cagliari e Sassari.

Una classificazione alternativa mette in evidenza le aree interne e quelle costiere, secondo il grado di vicinanza dalla costa prevista nel Regolamento (UE) 2017/2391 del Parlamento Europeo e del Consiglio (Tercet) e nel Regolamento di esecuzione (UE) 2019/1130. Ai comuni situati sulla costa o aventi almeno il 50% della superficie a una distanza dal mare inferiore a 10 km, è attribuita la classificazione di zona costiera.

Tabella 79 Classificazione aree interne e costiere

Indice	Classificazione della zona	Mnemonico	Numero di comuni
1	Zone costiere	Costiere	120
2	Zone interne	Interne	257



### 3.1.1 Le strutture sanitarie. Punti di erogazione

Relativamente alle strutture di Diagnostica per immagini, Laboratori analisi, Riabilitazione, Dialisi e FKT, le sedi di erogazione sono state individuate incrociando i dati relativi al 2019, rilevati dalla anagrafica NSIS (STS 11) incrociati con i volumi delle prestazioni erogate dalla specialistica ambulatoriale (Flusso SAM).

Le cartine rappresentano la tipologia di prestazione e la sede di erogazione.

### 3.1.2 La rete delle strutture di diagnostica per immagini (DI)

Le prestazioni specialistiche di DI appartengono alla branca 08 "DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA"<sup>28</sup>.

Nell'anagrafica NSIS le strutture che erogano queste prestazioni come ambulatoriali sono censite con il codice S02 "Diagnostica strumentale e per immagini".

Tuttavia, per le finalità del presente Piano, sono state prese in considerazione solo le strutture presenti nell'anagrafica NSIS che erogano le prestazioni per le quali è necessario adoperare grandi apparecchiature (es. TAC, RMN, RX, ecc.). Di conseguenza sono stati esclusi, ad esempio, gli ambulatori e studi odontoiatrici, che effettuano prestazioni di diagnostica strumentale e le strutture che erogano le sole ecografie (es. addominali, cardiologiche, ginecologiche, ecc.). La rilevazione è mostrata nella tabella n. 80.

Tabella 80 Rilevazione strutture di Diagnostica per immagini (DI)

ASSL	Cod. Distretto	Distretto	Popolazione 2019	Sedi Pubblico	Sedi Privato	Sedi Totale	Volumi 2019 Pubblico	Volumi 2019 Privato	Volumi 2019	Prest/ ab
301	301.1	SASSARI	218.393	3	5	8	83.121	30.300	113.421	0,52
301	301.2	ALGHERO	77.283	2	0	2	31.128	0	31.128	0,40
301	301.3	OZIERI	29.612	1	0	1	14.834	0	14.834	0,50
302	302.1	OLBIA	129.715	2	2	4	49.511	9.040	58.551	0,45
302	302.2	TEMPIO	29.404	1	0	1	19.550	0	19.550	0,66
303	303.1	NUORO	82.151	2	3	5	57.427	30.598	88.025	1,07
303	303.2	MACOMER	21.280	1	1	2	7.634	306	7.940	0,37
303	303.3	SINISCOLA	31.814	2	0	2	7.873	0	7.873	0,25
303	303.4	SORGONO	15.668	1	0	1	6.826	0	6.826	0,44
304	304.1	TORTOLI'	55.535	1	4	5	14.410	13.300	27.710	0,50
305	305.1	ORISTANO	73.411	2	3	5	29.110	19.554	48.664	0,66
305	305.2	GHILARZA BOSA	40.056	2	0	2	16.053	0	16.053	0,40
305	305.3	ALES TERRALBA	42.297	1	0	1	2.717	0	2.717	0,06
306	306.1	GUSPINI	52.267	1	2	3	7.420	8.437	15.857	0,30
306	306.2	SANLURI	42.721	1	1	2	5.079	13.123	18.202	0,43

<sup>28</sup> Fonte dati: Flusso SAM anno 2019



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

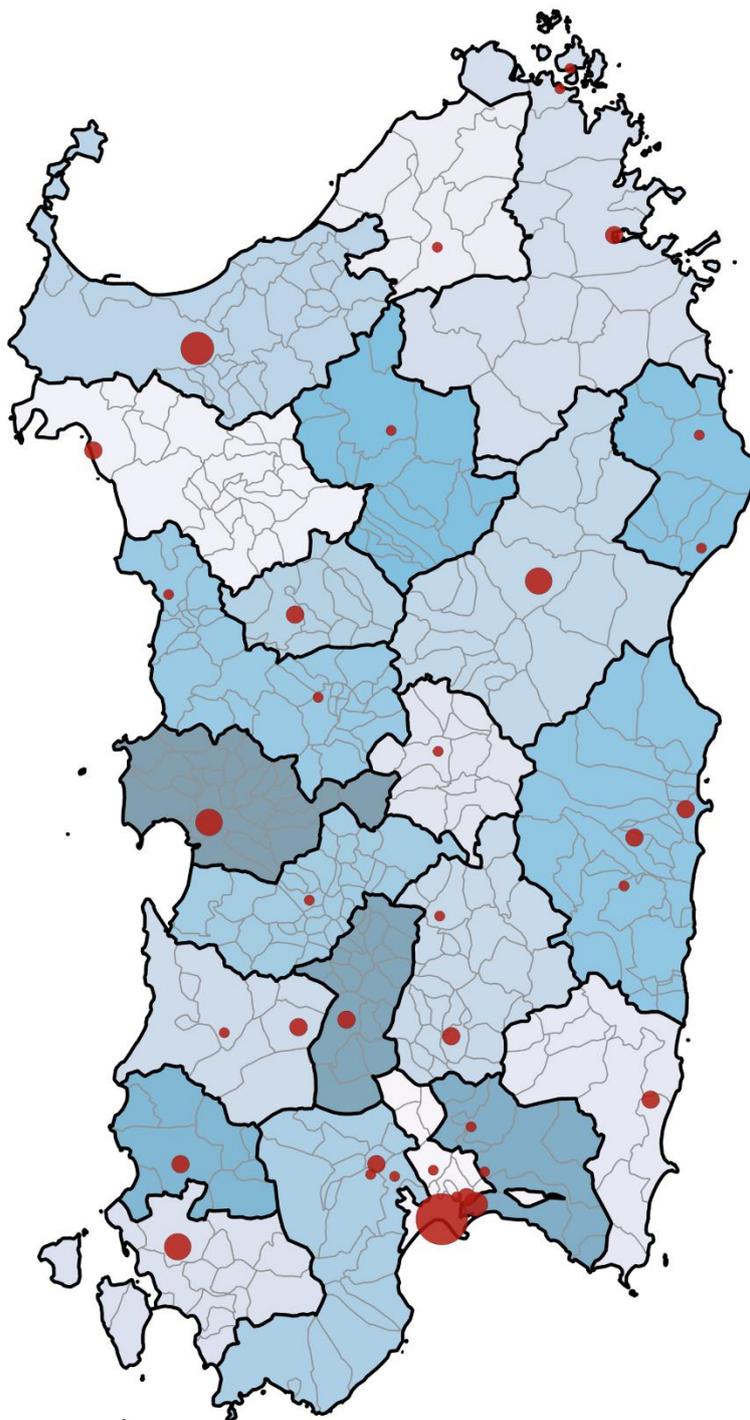
ASSL	Cod. Distretto	Distretto	Popolazione 2019	Sedi Pubblico	Sedi Privato	Sedi Totale	Volumi 2019 Pubblico	Volumi 2019 Privato	Volumi 2019	Prest/ab
307	307.1	CARBONIA	75.398	1	4	5	18.679	20.616	39.295	0,52
307	307.2	IGLESIAS	45.699	1	1	2	12.715	7.464	20.179	0,44
308	308.1	CAGLIARI AREA VASTA	251.232	7	18	25	149.062	101.324	250.386	1,00
308	308.2	CAGLIARI AREA OVEST	122.255	1	3	4	1.142	17.906	19.048	0,16
308	308.3	QUARTU PARTEOLLA	112.149	1	5	6	7.369	37.992	45.361	0,40
308	308.4	SARRABUS GERREI	22.807	1	1	2	8.530	1.208	9.738	0,43
308	308.5	SARCIDANO-BARBAGIA DI SEULO-TREXENTA	40.474	2	1	3	11.937	10.791	22.728	0,56
		TOTALE REGIONE	1.611.621	37	54	91	562.127	321.959	884.086	0,55



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La seguente mappa (Fig. 28) mostra la dislocazione delle sedi nel territorio regionale.

*Figura 28 Dislocazione delle sedi di diagnostica per immagini nel territorio regionale*





### 3.1.3 La rete delle strutture per le dialisi (DIAL)

Partendo da un sottoinsieme di prestazioni della branca 13 “Nefrologia”<sup>29</sup> è stata fatta una selezione per individuare le prestazioni indice di un reparto per dialisi per pazienti esterni, in modo da rilevare correttamente le strutture da includere nella rete territoriale.

Tabella 81 Rilevazione strutture di Dialisi (DIAL)

ASSL	Cod. Distretto	Distretto	Popolazione 2019	Sedi Pubblico	Sedi Privato	Sedi Totale	Volumi 2019 Pubblico	Volumi 2019 Privato	Volumi 2019	prest/ab
301	301.1	SASSARI	218.393	1	0	1	19893	0	19893	0,09
301	301.2	ALGHERO	77.283	1	0	1	17696	0	17696	0,23
301	301.3	OZIERI	29.612	1	0	1	2565	0	2565	0,09
302	302.1	OLBIA	129.715	2	0	2	8522	0	8522	0,07
302	302.2	TEMPIO	29.404	1	0	1	3181	0	3181	0,11
303	303.1	NUORO	82.151	2	0	2	17296	0	17296	0,21
303	303.2	MACOMER	21.280	1	0	1	3097	0	3097	0,15
303	303.3	SINISCOLA	31.814	1	0	1	2994	0	2994	0,09
303	303.4	SORGONO	15.668	1	0	1	2481	0	2481	0,16
304	304.1	TORTOLI'	55.535	2	0	2	6494	0	6494	0,12
305	305.1	ORISTANO	73.411	1	1	2	15401	6582	21983	0,30
305	305.2	GHILARZA BOSA	40.056	1	0	1	909	0	909	0,02
305	305.3	ALES TERRALBA	42.297	0	0	0	0	0	0	0,00
306	306.1	GUSPINI	52.267	1	0	1	10591	0	10591	0,20
306	306.2	SANLURI	42.721	1	0	1	2713	0	2713	0,06
307	307.1	CARBONIA	75.398	2	0	2	12640	0	12640	0,17
307	307.2	IGLESIAS	45.699	2	0	2	6674	0	6674	0,15
308	308.1	CAGLIARI AREA VASTA	251.232	2	1	3	38977	13117	52094	0,21
308	308.2	CAGLIARI AREA OVEST	122.255	0	1	1	0	11879	11879	0,10
308	308.3	QUARTU PARTEOLLA	112.149	1	1	2	12745	11062	23807	0,21
308	308.4	SARRABUS GERREI	22.807	1	0	1	3654	0	3654	0,16

<sup>29</sup> Fonte dati: Flusso SAM anno 2019



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

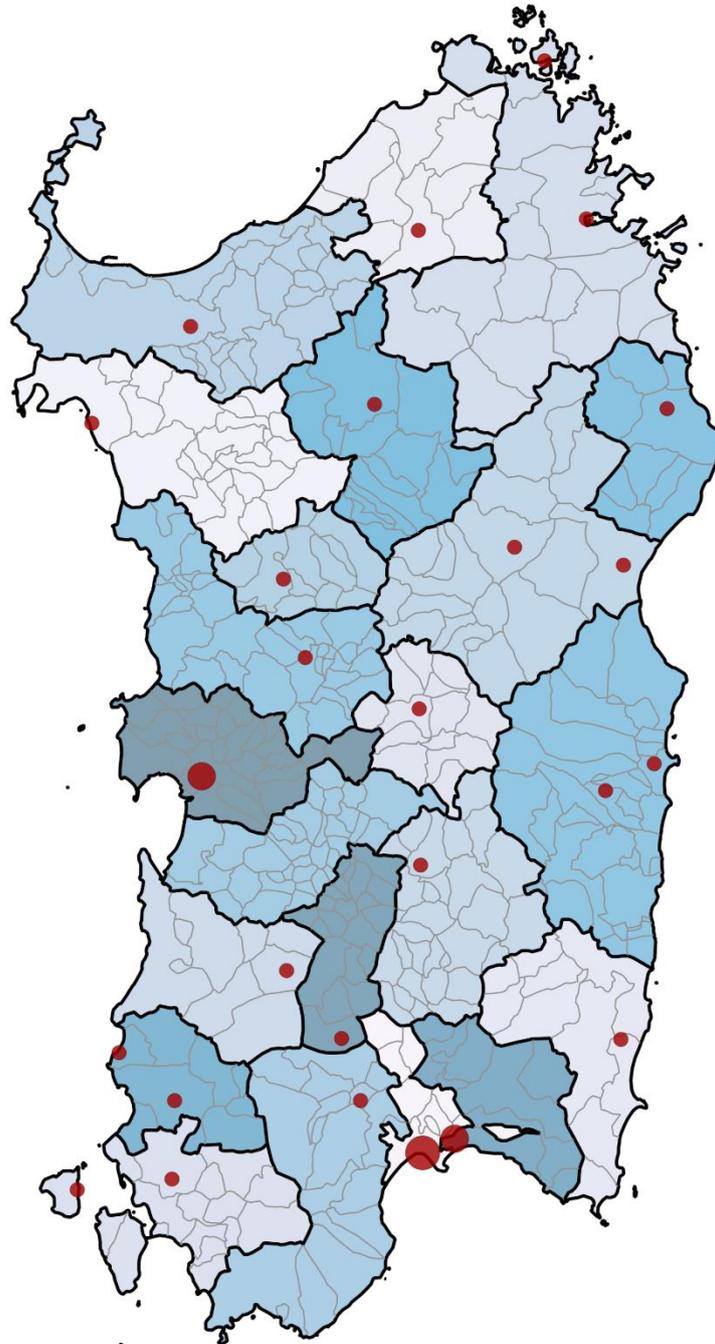
ASSL	Cod. Distretto	Distretto	Popolazione 2019	Sedi Pubblico	Sedi Privato	Sedi Totale	Volumi 2019 Pubblico	Volumi 2019 Privato	Volumi 2019	prest/ab
308	308.5	SARCIDAN O- BARBAGIA DI SEULO- TREXENTA	40.474	1	0	1	3226	0	3226	0,08
		TOTALE REGIONE	1.611.621	26	4	30	191.749	42.640	234.389	0,15



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La successiva figura n. 29 mostra la dislocazione delle sedi nel territorio regionale.

*Figura 29 Dislocazione delle sedi della dialisi nel territorio regionale*





### 3.1.4 La rete delle strutture di Medicina fisica e riabilitazione (FKT)

FKT: sono state considerate anche le strutture private.

L'elenco delle prestazioni erogate dalle strutture di fisiokinesiterapia (FKT)<sup>30</sup> per il SSR appartengono, per la gran parte alla branca 12 "Medicina fisica e riabilitazione", la produzione in questa categoria consiste in prestazioni di rieducazione motoria e terapie specifiche (massoterapia, elettroterapia, magnetoterapia, ionoforesi, ecc.) per le quali è necessario disporre dell'opportuna strumentazione.

Le strutture possono essere schematizzate nella seguente tabella.

Tabella 82 Rilevazione strutture di FKT

ASSL	Cod. Distretto	Distretto	Popolazione 2019	Sedi Pubblico	Sedi Privato	Sedi Totale	Volumi 2019 Pubblico	Volumi 2019 Privato	Volumi 2019	prest/ab
301	301.1	SASSARI	218.393	5	4	9	48232	76602	124834	0,57
301	301.2	ALGHERO	77.283	5	1	6	12800	1843	14643	0,19
301	301.3	OZIERI	29.612	3	0	3	2597	0	2597	0,09
302	302.1	OLBIA	129.715	4	4	8	30344	1767	32111	0,25
302	302.2	TEMPIO	29.404	2	0	2	25594	0	25594	0,87
303	303.1	NUORO	82.151	12	1	13	52548	10635	63183	0,77
303	303.2	MACOMER	21.280	3	0	3	15147	0	15147	0,71
303	303.3	SINISCOLA	31.814	6	1	7	17103	16724	33827	1,06
303	303.4	SORGONO	15.668	5	0	5	15474	0	15474	0,99
304	304.1	TORTOLI'	55.535	4	2	6	16147	35166	51313	0,92
305	305.1	ORISTANO	73.411	4	2	6	5098	91429	96527	1,31
305	305.2	GHILARZA BOSA	40.056	4	0	4	32023	0	32023	0,80
305	305.3	ALES TERRALBA	42.297	3	1	4	14636	135525	150161	3,55
306	306.1	GUSPINI	52.267	2	2	4	9201	63008	72209	1,38
306	306.2	SANLURI	42.721	1	3	4	6628	63560	70188	1,64
307	307.1	CARBONIA	75.398	4	3	7	39069	81545	120614	1,60
307	307.2	IGLESIAS	45.699	2	1	3	18991	45004	63995	1,40
308	308.1	CAGLIARI AREA VASTA	251.232	6	10	16	42065	412171	454236	1,81
308	308.2	CAGLIARI AREA OVEST	122.255	0	7	7	0	180958	180958	1,48
308	308.3	QUARTU PARTEOLLA	112.149	0	3	3	0	111544	111544	0,99

<sup>30</sup> Fonte dati: Flusso SAM anno 2019



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

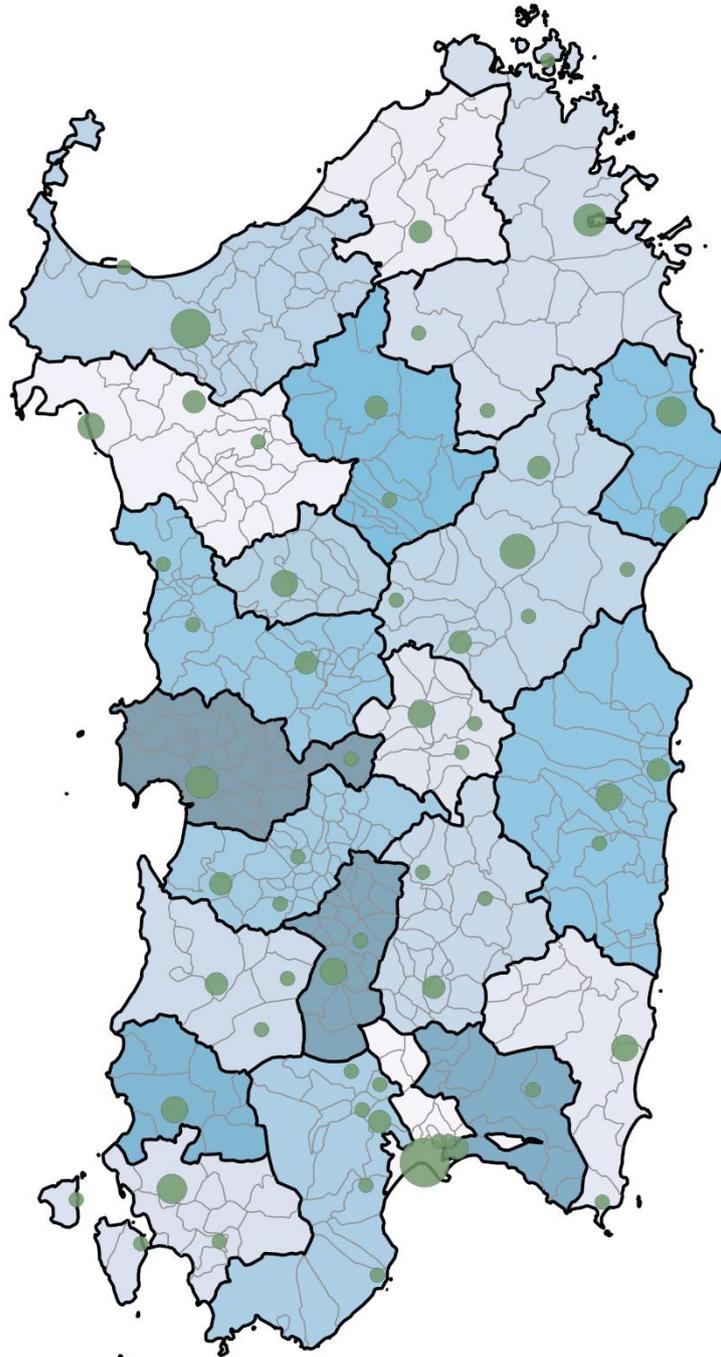
ASSL	Cod. Distretto	Distretto	Popolazione 2019	Sedi Pubblico	Sedi Privato	Sedi Totale	Volumi 2019 Pubblico	Volumi 2019 Privato	Volumi 2019	prest/ab
308	308.4	SARRABUS GERREI	22.807	3	1	4	2277	29746	32023	1,40
308	308.5	SARCIDANO-BARBAGIA DI SEULO-TREXENTA	40.474	3	1	4	33671	28322	61993	1,53
		TOTALE REGIONE	1.611.621	81	47	128	439.645	1.385.549	1.825.194	1,13



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La seguente figura n. 30 mostra la dislocazione delle sedi nel territorio regionale.

*Figura 30 Dislocazione delle sedi della FKT nel territorio regionale*





### 3.1.5 La rete dei laboratori di analisi (LAB)

Laboratori analisi: sono state considerate le strutture sede di punti prelievo, indipendentemente da dove i campioni vengono analizzati<sup>31</sup>. Sono state inoltre eliminate le sedi di altre branche specialistiche che effettuano prelievi per proprie esigenze diagnostiche ma che non si configurano come un vero e proprio punto prelievi.

Le strutture possono essere schematizzate nella seguente tabella.

Tabella 83 Rilevazione dei laboratori di analisi (LAB)

ASSL	Cod. Distretto	Distretto	Popolazione 2019	Sedi Pubbliche	Sedi Private	Sedi Totali	Volumi 2019 Pubblico	Volumi 2019 Privato	Volumi 2019	prest/ab
301	301.1	SASSARI	218.393	6	3	9	1.551.545	203.625	1.755.170	8,04
301	301.2	ALGHERO	77.283	2	1	3	369.261	83.016	452.277	5,85
301	301.3	OZIERI	29.612	1	0	1	433.571	0	433.571	14,64
302	302.1	OLBIA	129.715	3	6	9	603.838	144.974	748.812	5,77
302	302.2	TEMPIO	29.404	1	0	1	162.553	0	162.553	5,53
303	303.1	NUORO	82.151	7	2	9	615.314	131.422	746.736	9,09
303	303.2	MACOMER	21.280	2	0	2	151.379	0	151.379	7,11
303	303.3	SINISCOLA	31.814	2	1	3	185.415	14.093	199.508	6,27
303	303.4	SORGONO	15.668	4	0	4	147.305	0	147.305	9,40
304	304.1	TORTOLI'	55.535	4	1	5	289.154	46.913	336.067	6,05
305	305.1	ORISTANO	73.411	4	3	7	259.029	336.130	595.159	8,11
305	305.2	GHILARZA BOSA	40.056	6	1	7	183.385	47.566	230.951	5,77
305	305.3	ALES TERRALBA	42.297	5	1	6	61.583	22.069	83.652	1,98
306	306.1	GUSPINI	52.267	4	2	6	229.075	125.314	354.389	6,78
306	306.2	SANLURI	42.721	3	3	6	74.027	129.555	203.582	4,77
307	307.1	CARBONIA	75.398	7	2	9	219.754	198.701	418.455	5,55
307	307.2	IGLESIAS	45.699	6	1	7	251.336	45.872	297.208	6,50
308	308.1	CAGLIARI AREA VASTA	251.232	12	12	24	2.173.738	801.308	2.975.046	11,84
308	308.2	CAGLIARI AREA OVEST	122.255	4	4	8	93.623	177.692	271.315	2,22
308	308.3	QUARTU PARTEOLLA	112.149	4	4	8	95.390	388.013	483.403	4,31
308	308.4	SARRABUS GERREI	22.807	3	1	4	135.809	3.650	139.459	6,11

<sup>31</sup> Fonte dati: Flusso SAM anno 2019



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

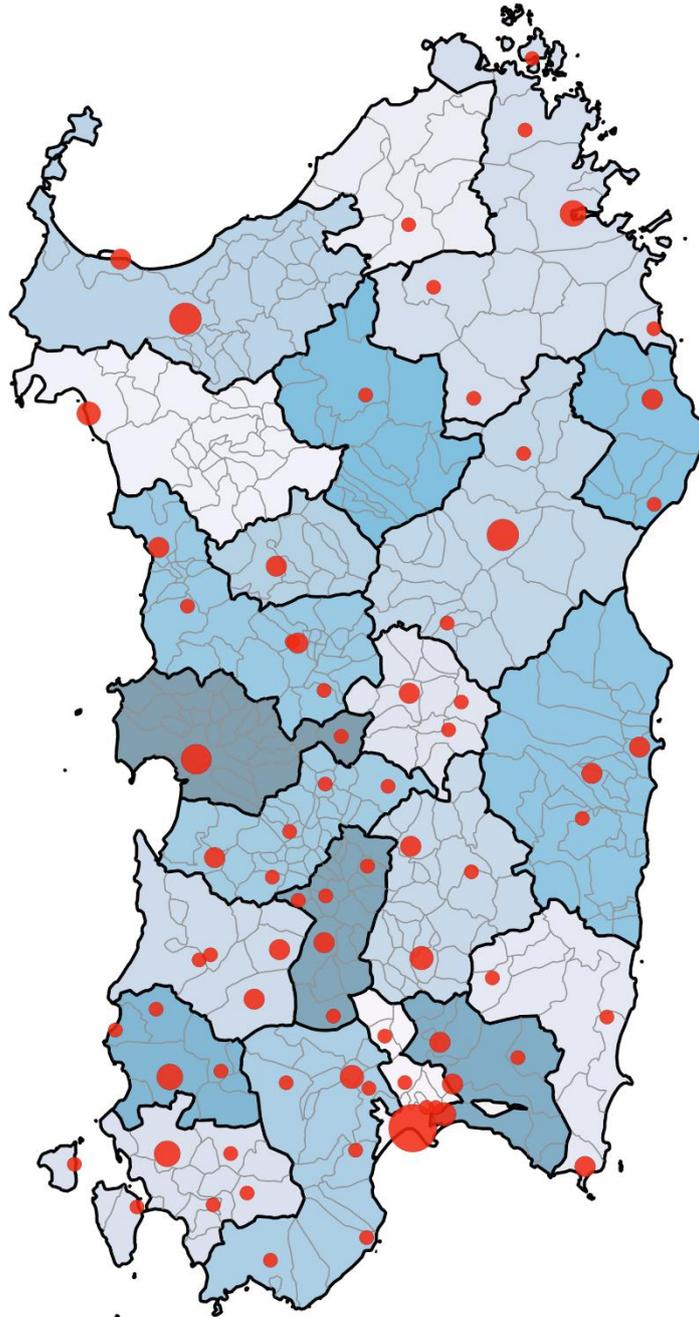
ASSL	Cod. Distretto	Distretto	Popolazione 2019	Sedi Pubbliche	Sedi Private	Sedi Totali	Volumi 2019 Pubblico	Volumi 2019 Privato	Volumi 2019	prest/ab
308	308.5	SARCIDANO- BARBAGIA DI SEULO- TREXENTA	40.474	4	2	6	214.968	34.386	249.354	6,16
		TOTALE REGIONE	1.611.621	94	50	144	8.501.052	2.934.299	11.435.351	7,10



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La seguente figura n. 31 mostra la dislocazione delle sedi nel territorio regionale.

*Figura 31 Dislocazione delle sedi dei laboratori analisi nel territorio regionale*





### 3.1.6 La rete delle strutture di specialistica ambulatoriale

Le strutture possono essere schematizzate nella seguente tabella<sup>32</sup>.

Tabella 84 Rilevazione delle strutture di specialistica ambulatoriale

ASSL	Cod. Distretto	Distretto	Popolazione 2019	Sedi Pubblico	Sedi Privato	Sedi Totale	Volumi 2019 Pubblico	Volumi 2019 Privato	Volumi 2019	prest/ab
301	301.1	SASSARI	218.393	16	20	36	694.611	96.302	790.913	3,62
301	301.2	ALGHERO	77.283	7	2	9	153.794	7.473	161.267	2,09
301	301.3	OZIERI	29.612	4	0	4	108.482	0	108.482	3,66
302	302.1	OLBIA	129.715	16	8	24	296.864	52.574	349.438	2,69
302	302.2	TEMPIO	29.404	3	0	3	108.822	0	108.822	3,70
303	303.1	NUORO	82.151	15	5	20	497.603	23.349	520.952	6,34
303	303.2	MACOMER	21.280	5	1	6	81.095	2.895	83.990	3,95
303	303.3	SINISCOLA	31.814	8	1	9	81.079	2.225	83.304	2,62
303	303.4	SORGONO	15.668	9	0	9	66.834	0	66.834	4,27
304	304.1	TORTOLI'	55.535	5	7	12	142.384	32.584	174.968	3,15
305	305.1	ORISTANO	73.411	8	8	16	222.857	91.870	314.727	4,29
305	305.2	GHILARZA BOSA	40.056	11	1	12	80.120	5.671	85.791	2,14
305	305.3	ALES TERRALBA	42.297	8	2	10	49.243	4.346	53.589	1,27
306	306.1	GUSPINI	52.267	5	7	12	159.853	28.968	188.821	3,61
306	306.2	SANLURI	42.721	4	10	14	55.273	52.481	107.754	2,52
307	307.1	CARBONIA	75.398	8	7	15	125.639	51.066	176.705	2,34
307	307.2	IGLESIAS	45.699	7	4	11	129.368	22.084	151.452	3,31
308	308.1	CAGLIARI AREA VASTA	251.232	18	60	78	1.530.703	373.024	1.903.727	7,58
308	308.2	CAGLIARI AREA OVEST	122.255	7	18	25	43.318	78.989	122.307	1,00
308	308.3	QUARTU PARTEOLLA	112.149	5	12	17	100.628	106.264	206.892	1,84
308	308.4	SARRABUS GERREI	22.807	6	4	10	72.179	2.308	74.487	3,27
308	308.5	SARCIDANO-BARBAGIA DI SEULO-TREXENTA	40.474	7	4	11	128.042	13.450	141.492	3,50

<sup>32</sup> Fonte dati: Flusso SAM anno 2019



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

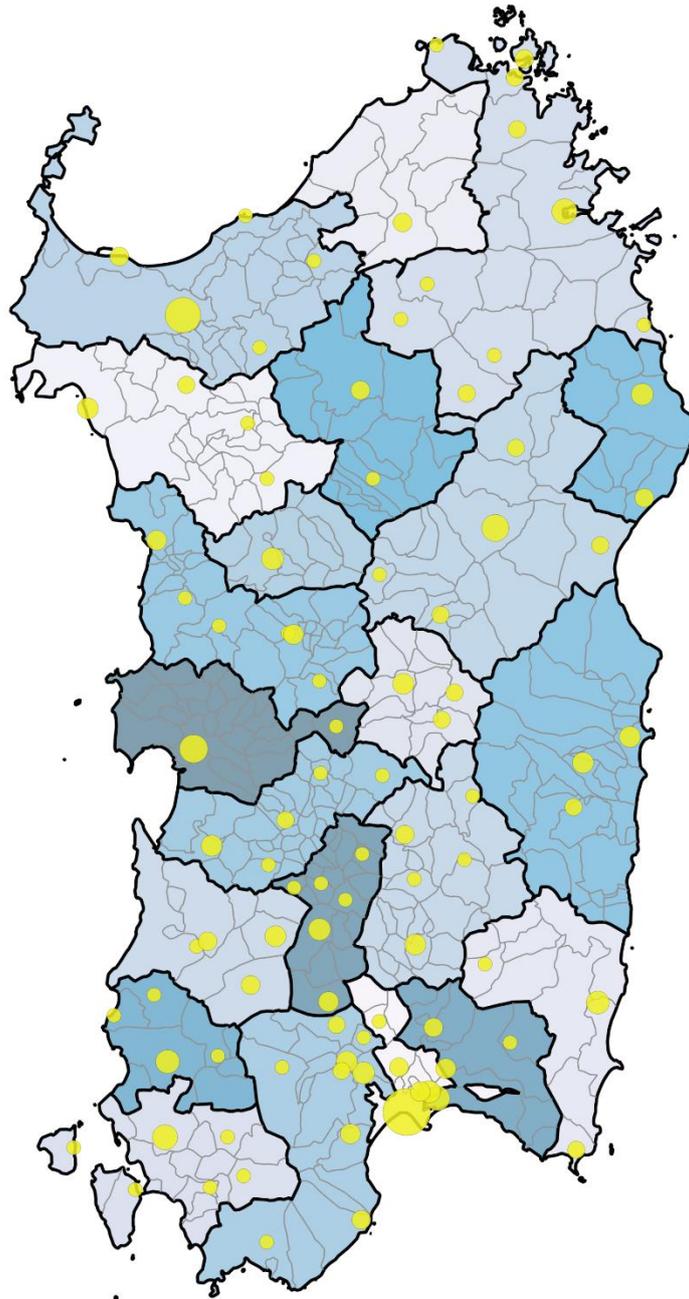
ASSL	Cod. Distretto	Distretto	Popolazione 2019	Sedi Pubblico	Sedi Privato	Sedi Totale	Volumi 2019 Pubblico	Volumi 2019 Privato	Volumi 2019	prest/ab
		TOTALE REGIONE	1.611.621	182	181	363	4.928.791	1.047.923	5.976.714	3,71



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La seguente figura n. 32 mostra la dislocazione delle sedi nel territorio regionale.

*Figura 32 Dislocazione delle strutture di specialistica ambulatoriale nel territorio regionale*





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### 3.1.7 La rete materno infantile

La tabella n. 85 riporta le 69 sedi consultoriali attualmente mappate nei flussi NSIS<sup>33</sup> (dati STS 11 aggiornati al 04.10.2021), rispetto alle 87 sedi previste dalla DGR n. 48/19 del 29 novembre 2007.

Tabella 85 Sedi consultoriali e la relativa tipologia di sede

ASSL di Sassari	Tipologia di sede	Stato
CONSULTORIO FAMILIARE DI PERFUGAS	Secondaria	Temporaneamente inattiva
CONSULTORIO FAMILIARE DI BONO	Secondaria	
CONSULTORIO FAMILIARE DI OZIERI	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE DI PORTO TORRES	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE DI CASTELSARDO	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE DI SASSARI - RIZZEDDU	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE DI THIESI	Secondaria	
CONSULTORIO FAMILIARE DI ALGHERO	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE DI SASSARI - VIA NURRA	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE DI SORSO	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE DI NULVI	Secondaria	Temporaneamente inattiva
CONSULTORIO FAMILIARE DIITTIRI	Principale	
ASSL di Olbia	Tipologia di sede	Stato
CONSULTORIO -OLBIA	Principale	
CONSULTORIO - ARZACHENA	Principale	
CONSULTORIO GINECOLOGICO OSTETRICO LA MADDALENA	Secondaria	
CONSULTORIO - TEMPIO	Principale	
CONSULTORIO - TRINITA' D'AGULTU	Secondaria	
ASSL di Nuoro	Tipologia di sede	Stato
CONSULTORIO FAMILIARE - SORGONO	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE OROSEI	Secondaria	
CONSULTORIO FAMILIARE -DESULO	Secondaria	
CONSULTORIO FAMILIARE-NUORO	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE-ORGOSOLO	Secondaria	Temporaneamente inattiva
CONSULTORIO FAMILIARE - SINISCOLA	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE - MACOMER	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE - ARITZO	Secondaria	

<sup>33</sup> Fonte dati: STS 11, aggiornati al 04/10/2021



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>ASSL di Lanusei</b>	<b>Tipologia di sede</b>	<b>Stato</b>
CONSULTORIO FAMILIARE TORTOLI'	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE LANUSEI	Principale	
<b>ASSL di Oristano</b>	<b>Tipologia di sede</b>	<b>Stato</b>
CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - GHILARZA	Principale	
CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - ORISTANO	Principale	
CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - TERRALBA	Principale	
CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - CUGLIERI	Secondaria	
CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - BUSACHI	Secondaria	
CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - ALES	Principale	
CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - MOGORO	Secondaria	
CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - VILLA SANT'ANTONIO	Secondaria	
CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - SANTU LUSSURGIU	Secondaria	
CONSULTORIO MATERNO INFANTILE - BOSA	Principale	
<b>ASSL di Sanluri</b>	<b>Tipologia di sede</b>	<b>Stato</b>
CONSULTORIO FAMILIARE DI SERRAMANNA	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE DI LUNAMATRONA	Secondaria	Temporaneamente inattiva
CONSULTORIO FAMILIARE DI SANLURI	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE DI GUSPINI	Secondaria	
CONSULTORIO FAMILIARE DI SAN GAVINO	Principale	
CONSULTORIO FAMILIARE DI VILLACIDRO	Principale	
<b>ASSL di Carbonia</b>	<b>Tipologia di sede</b>	<b>Stato</b>
CONSULTORIO FAM.IGLESIAS	Principale	
CONSULTORIO FAM.DOMUSNOVAS	Secondaria	Temporaneamente inattiva
CONSULTORIO FAM.GONNESA	Secondaria	Temporaneamente inattiva
CONSULTORIO FAM.CARBONIA	Principale	
CONSULTORIO FAM.GIBA	Secondaria	
CONSULTORIO FAM.S'ANTIOCO	Secondaria	
CONSULTORIO FAM.NARCAO	Secondaria	Temporaneamente inattiva
CONSULTORIO FAM.PORTOSCUSO	Secondaria	Temporaneamente inattiva
CONSULTORIO FAM.SAN GIOVANNI SUERGIU	Secondaria	Temporaneamente inattiva
CONSULTORIO FAM.SANTADI	Secondaria	Temporaneamente inattiva
CONSULTORIO FAM.CARLOFORTE	Secondaria	



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL di Cagliari	Tipologia di sede	Stato
CONSULTORIO DI ISILI	Principale	
CONSULTORIO DI SESTU	Principale	
CONSULTORIO DI SELARGIUS	Principale	
CONSULTORIO DI ASSEMINI	Principale	
CONSULTORIO DI CAGLIARI	Principale	
CONSULTORIO DI CAGLIARI	Principale	
CONSULTORIO DI MONSERRATO	Principale	
CONSULTORIO DI CAPOTERRA	Principale	
CONSULTORIO DI CAGLIARI	Principale	
CONSULTORIO DI DECIMOMANNU	Principale	
CONSULTORIO DI SINNAI	Principale	
CONSULTORIO DI DOLIANOVA	Principale	
CONSULTORIO DI SENORBI'	Principale	
CONSULTORIO DI MURAVERA	Principale	
CONSULTORIO DI QUARTU S.E.	Principale	

Di seguito si riportano le tabelle con i reparti ospedalieri della rete materno infantile attualmente mappati nei flussi NSIS (HSP12 e HSP13 aggiornati al 04/10/2021).

Tabella 86 Ginecologia ed Ostetricia<sup>34</sup>

Struttura	Località	IVG
OSPEDALE CIVILE	ALGHERO	SI
OSPEDALE CIVILE O	OZIERI	
P.O. PAOLO DETTORI	TEMPIO PAUSANIA	
P.O. PAOLO MERLO	LA MADDALENA	
P.O. GIOVANNI PAOLO II	OLBIA	SI
P.O. SAN FRANCESCO	NUORO	SI
P.O. 'NOSTRA SIGNORA DELLA MERCEDE'	LANUSEI	SI
P.O.CTO	IGLESIAS	SI
P.O. SS. TRINITA'	CAGLIARI	SI
PRESIDIO OSPEDALIERO N.S. DI BONARIA	SAN GAVINO MONREALE	SI
P. O. SAN MARTINO	ORISTANO	SI

<sup>34</sup> Fonte dati: HSP 12 e 13, aggiornati al 04/10/2021



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Struttura	Località	IVG
STABILIMENTO SAN MICHELE	CAGLIARI	SI
STABILIMENTO A. BUSINCO	CAGLIARI	
STABILIMENTO A. CAO	CAGLIARI	SI
STABILIMENTO CLINICHE SAN PIETRO	SASSARI	SI
POLICLINICO DI MONSERRATO	CAGLIARI	SI
CASA DI CURA S.ANNA	CAGLIARI	SI
CASA DI CURA VILLA ELENA	CAGLIARI	SI

Tabella 87 Pediatria<sup>35</sup>

Struttura	Località
OSPEDALE CIVILE ALGHERO	ALGHERO
OSPEDALE CIVILE OZIERI	OZIERI
P.O. PAOLO DETTORI - TEMPIO P.	TEMPIO
P.O. PAOLO MERLO LA MADDALENA	LA MADDALENA
P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	OLBIA
P.O. SAN FRANCESCO	NUORO
P.O. 'NOSTRA SIGNORA DELLA MERCEDE'	LANUSEI
P.O.CTO	IGLESIAS
P. O. SAN MARTINO	ORISTANO
STABILIMENTO SAN MICHELE	CAGLIARI
STABILIMENTO A. CAO	CAGLIARI
POLICLINICO DI MONSERRATO	CAGLIARI

Tabella 88 Neonatologia<sup>36</sup>

Struttura	Località
P. O. SAN MARTINO	ORISTANO
STABILIMENTO SAN MICHELE	CAGLIARI
STABILIMENTO CLINICHE SAN PIETRO	SASSARI
POLICLINICO DI MONSERRATO	CAGLIARI

<sup>35</sup> Fonte dati: HSP 12 aggiornati al 04/10/2021

<sup>36</sup> Fonte dati: HSP 12 aggiornati al 04/10/2021



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tabella 89 Terapia intensiva neonatale (TIN)<sup>37</sup>

Struttura	Località
P.O. SAN FRANCESCO	NUORO
STABILIMENTO CLINICHE SAN PIETRO	SASSARI
POLICLINICO DI MONSERRATO	CAGLIARI

<sup>37</sup> Fonte dati: HSP 12 aggiornati al 04/10/2021



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 4 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO

La Sanità Pubblica, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è l'insieme degli "sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile". Pertanto, fare salute pubblica significa approntare e coordinare interventi ed azioni intersettoriali e multidisciplinari che agiscono sui determinati socio-culturali, ambientali e relazionali che influenzano la salute.

In tale logica, la prevenzione e la promozione della salute devono conformarsi agli approcci raccomandati dall'OMS ricompresi anche negli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030:

- "Health in all Policies", che implica la promozione di alleanze e sinergie fra diversi settori della società allo scopo di costruire convergenze programmatiche che riconoscano nelle decisioni politiche dei diversi settori che la salute della popolazione è un obiettivo comune;
- "One Health" che, considerando la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente, promuove un coordinamento intersettoriale e multidisciplinare per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animale-ecosistemi.

La governance di questi processi innovativi è affidata al Dipartimento di Prevenzione, quale struttura operativa dell'Azienda sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio con azioni dirette a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, come stabilito normativamente dal D.Lgs. 502/92 e s.m.i. Quindi, il Dipartimento di Prevenzione è il nodo strategico di una forte e valida collaborazione tra Strutture, Servizi e Unità operative, interni all'Azienda sanitaria ed esterni all'ambito sanitario, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e, conseguentemente, nello sviluppo sostenibile.

In particolare è fondamentale l'integrazione delle funzioni del Dipartimento di Prevenzione con quelle dei Distretti socio sanitari, degli altri Dipartimenti dell'Azienda sanitaria locale e delle Aziende ospedaliere, in attuazione dell'articolo 7- bis, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i, nonché l'integrazione con le Istituzioni e organizzazioni extrasanitarie a garanzia dell'intersettorialità degli interventi.

Gli obiettivi e le strategie in materia di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio sono delineati nei Piani Nazionali di Prevenzione e nella loro declinazione a livello regionale.

Questi strumenti di programmazione svolgono un ruolo fondamentale di governance e orientamento della prevenzione, favorendo l'integrazione tra le diverse azioni previste dalla normativa vigente o dai Piani di settore e la concreta attuazione del Livello Essenziale di Assistenza (LEA) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica".

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:

- a. 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;
- b. in via sperimentale, il "Dipartimento di psicologia di cure primarie";
- c. il "Dipartimento della salute mentale".

È da rimarcare che - a fronte della centralità della promozione della salute e della prevenzione dei fattori di rischio ribadita da tutte le politiche e strategie internazionali e nazionali, compresa la Strategia per lo Sviluppo Sostenibile 2030 - da molti anni si assiste in Sardegna al grave depauperamento degli organici e alla carenza di idonei ricambi generazionali degli addetti ai Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione aziendali e ai Servizi che a livello regionale sono deputati alla prevenzione, che rendono sempre più difficile garantire le attività



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

essenziali a tutela della salute collettiva afferenti al livello essenziale di assistenza “Prevenzione collettiva e sanità pubblica” di cui al DPCM 12 gennaio 2017.

Gli obiettivi prefigurati dalle organizzazioni internazionali e nazionali della sanità si scontrano con l'inerzia dei governi nazionali rispetto alla formazione ed alle assunzioni del personale. Il presente Piano, per consentire il pieno svolgimento delle funzioni, prevede il potenziamento quantitativo e qualitativo dell'organico dei Servizi, sia al livello regionale e sia a livello aziendale. Più in particolare:

- il Servizio regionale deve essere potenziato sia dal punto di vista dei profili professionali e sia dell'organico (attraverso politiche assunzionali), per consentire l'adeguato svolgimento delle fondamentali funzioni direzionali e di governo del sistema e degli importanti compiti di programmazione, coordinamento e verifica delle attività svolte nei diversi settori di intervento;
- il livello aziendale deve essere potenziato e riorganizzato in modo tale da tener conto della necessità del ri-orientamento delle attività secondo gli approcci “Health in all Policies” e “One Health”. Gli indirizzi dell'atto aziendale devono prevedere un assetto organizzativo del Dipartimento di Prevenzione delle Azienda sanitaria locale coerente con lo sviluppo delle attività di promozione della salute e di prevenzione dei fattori di rischio secondo gli approcci richiamati.

Per innovare la gestione del personale, il presente Piano promuove interventi volti a favorire e sostenere il benessere organizzativo, la valorizzazione delle competenze e dei punti di forza degli operatori durante l'intero arco della vita lavorativa. Sono promossi, tra gli altri, interventi tesi al contrasto del *Distress* degli operatori, dello *Stress* da lavoro correlato (SLC) e del *Burnout*.

Per ulteriori approfondimenti in merito, si rimanda al Piano regionale della prevenzione 2020-2025, approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 50/46 del 28.12.2021.

## 4.1 LA SICUREZZA DEL PAZIENTE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

### 4.1.1 Premessa

Le tematiche del risk management assumono un ruolo determinante nelle politiche di miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini della Regione che non possono prescindere dalla sicurezza del paziente che usufruisce dei servizi erogati dalle strutture sanitarie. Gli ambiti di applicazione riguardano, da un lato, la gestione del rischio clinico come processo che mira ad un miglioramento continuo della pratica clinica per renderla sempre più sicura, partendo dall'identificazione dei rischi, per arrivare alla loro riduzione, ove possibile. Dall'altro lato, la gestione del rischio assicurativo teso all'individuazione delle soluzioni, in termini di politiche di gestione dei sinistri e delle polizze, meno onerose per il sistema sanitario regionale e che consentano un giusto risarcimento del danno subito dal paziente.

Con deliberazione di Giunta regionale n. 46/17 del 22/09/2015 sono state approvate le linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico, al fine di implementare un modello di gestione del rischio clinico che abbia come perno i professionisti che operano all'interno delle strutture sanitarie. Il modello di risk management risponde alla necessità di avere una rete di professionisti sanitari all'interno di ciascuna azienda sanitaria che, sui diversi ambiti della gestione del rischio clinico, sia in grado di individuare le aree di rischio, le azioni di miglioramento e diffondere la cultura della sicurezza tra gli operatori sanitari.

La deliberazione di Giunta Regionale n. 38/28 del 08/08/2017 “Integrazione e modifica delle linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico Deliberazione di Giunta regionale n. 46/17 del 22/09/2015” recepisce la legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” che disciplina una rete per la prevenzione degli errori a tutela del paziente e nuovi profili di responsabilità sanitaria. Relativamente a



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

quest'ultima parte sono state deliberate le linee di indirizzo per la gestione dei sinistri derivanti dalla responsabilità sanitaria delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, Deliberazione di Giunta Regionale n. 44/36 del 5 settembre 2018 in attuazione delle azioni previste nella deliberazione di Giunta regionale n. 6/25 del 31/01/2017.

La bozza di PNSS "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale" prevede tra le azioni per la gestione del rischio clinico:

- applicazione di ogni misura finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e utilizzazione, nell'ambito del NSIS, del flusso informativo SIMES per la rilevazione e la gestione degli eventi sentinella e delle denunce dei sinistri; ciascuna struttura adotta, altresì, in forma anonima sistemi di *incident reporting*;
- applicazione di check-list specifiche per il contesto territoriale, in coerenza con linee di indirizzo nazionali e le raccomandazioni ministeriali;
- effettuazione di programmi di formazione specifici.

Il nuovo piano di azione globale sulla sicurezza delle cure 2021-2030 (*Global Patient Safetyaction Plan 2021-2030*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità titola la strategia 3.5: "Garantire la sicurezza dei pazienti in tutti i *setting*, comprese le strutture di salute mentale e le cure al domicilio, con particolare attenzione alle cure primarie e alle transizioni delle cure".

Il Piano prevede tra le azioni **per i governi di:**

- stabilire procedure e protocolli di consegna standardizzati e chiari all'interno e tra le strutture sanitarie e l'assistenza domiciliare;
- estendere gli interventi del sistema di sicurezza del paziente come i sistemi di segnalazione e di apprendimento, l'integrazione delle tecnologie digitali, la cultura della sicurezza e il coinvolgimento del paziente in tutto il continuum dell'assistenza, comprese le cure primarie;

e tra le azioni **per le strutture e servizi sanitari di:**

- implementare procedure operative standard e stabilire canali di comunicazione chiari con i diversi fornitori di servizi sanitari durante la transizione dell'assistenza, ad esempio da un ambiente di assistenza primaria a un ambiente ospedaliero per il reinvio del paziente;
- includere i servizi di assistenza primaria e ambulatoriale nei sistemi di segnalazione e apprendimento degli incidenti relativi alla sicurezza dei pazienti.

#### 4.1.2 Implementazione del Sistema informativo regionale per il monitoraggio degli errori in sanità nelle strutture socio sanitarie del territorio

Il Sistema di Monitoraggio Regionale degli Errori in Sanità si avvale di un Sistema Informativo che consente alle singole Aziende Sanitarie di acquisire le necessarie informazioni per un governo del rischio clinico autonomo, ma anche integrato a livello regionale con l'utilizzo di processi e flussi standardizzati. Attraverso questo sistema informatico viene realizzato il sistema di segnalazione spontanea degli eventi avversi.

L'obiettivo generale del sistema di *incident reporting* è di aumentare il livello di governo della sicurezza del paziente (*patient safety*) attraverso:

- la comprensione, condivisione e utilizzo dello strumento della segnalazione volontaria degli eventi avversi;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- la promozione di una cultura della sicurezza dei pazienti, basata non più su logiche punitive, ma sul principio che gli errori esistono, alcuni sono inevitabili, ma molti possono essere prevenuti se si impara a identificarli e ad apprendere dagli stessi.

I sistemi di *incident reporting* sono fondamentali per raccogliere informazioni sulle quali basare analisi, raccomandazioni e azioni di miglioramento. È importante evidenziare che occorre segnalare non solo gli eventi avversi cioè gli incidenti già avvenuti, ma soprattutto i *near misses*.

Costituiscono prerequisiti all'introduzione di un sistema di *incident reporting*:

- una cultura 'positiva' della sicurezza;
- un forte impegno della Direzione Aziendale, con adozione di chiari indirizzi organizzativi e gestionali;
- il confronto e la condivisione delle esperienze tra organizzazioni e professionisti.

L'uso del sistema di *incident reporting* attraverso il Sistema Informativo Regionale di Monitoraggio degli errori in Sanità (SIRMES) ha l'intento di:

- identificare nella Regione Sardegna le aree di rischio;
- sorvegliare e monitorare i processi assistenziali attraverso una serie di indicatori;
- creare le condizioni necessarie perché le informazioni su una pratica clinica siano utilizzate ai fini del governo dei servizi sanitari;
- imparare dalle esperienze proprie ed altrui, creando condizioni organizzative che conducono ai migliori risultati clinici, definiti sulla base di standard condivisi;
- alimentare flussi informativi ministeriali.

#### Obiettivi:

- aumentare il livello di sicurezza del paziente nelle cure territoriali;
- identificazione delle aree di rischio nelle strutture territoriali e introduzione dei meccanismi di miglioramento.

#### Linee di intervento:

- inserimento dei servizi territoriali, comprese le cure domiciliari e la telemedicina, nel sistema di segnalazione e apprendimento (SIRMES);

#### Soggetti coinvolti:

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- operatori sanitari e socio-sanitari territoriali.

#### Linee di finanziamento:

- PNRR.

#### 4.1.3 La prevenzione degli errori di comunicazione attraverso la promozione di protocolli e procedure operative tra i professionisti durante la transizione dell'assistenza

Nei sistemi sanitari i trasferimenti dei pazienti fra diversi *setting* sono molto frequenti. Più team si prendono cura di uno stesso paziente e la complessità delle cure è aumentata. Conseguentemente il passaggio di consegne (*handover*) è divenuto più frequente e costituisce un momento di rischio per la sicurezza dei pazienti (Pezzolesi 2010, Horwitz 2008). Inoltre secondo la *Joint Commission* problemi legati alla comunicazione sono



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

la causa radice della maggior parte degli eventi sentinella esaminati: circa il 70% degli eventi sentinella sono causati da errori durante la comunicazione, e circa l'84% delle imprecisioni dei trattamenti è dovuto alla carente comunicazione o alla mancata comunicazione di dati clinici del paziente (*Joint Commission International 2009-2011*).

Il passaggio di consegne è definibile come il trasferimento di responsabilità e del ruolo di referente per alcuni aspetti o per l'interessa della cura di un paziente o di un gruppo di pazienti, da una fase ad un'altra del percorso di cura, da un professionista o da una equipe medica all'altra su base temporanea o permanente (Wong 2008). Il passaggio di consegne è un processo comunicativo e come tale prevede la relazione fra differenti attori sociali in un terreno comune di riferimento.

In letteratura il trasferimento di informazioni è considerato un momento critico del percorso del paziente e una comunicazione appropriata consente una corretta presa in carico e l'orientamento verso il percorso assistenziale più efficace.

Momenti fondamentali della comunicazione tra professionisti in contesti assistenziali diversi sono la condivisione della prognosi: aspettativa di vita, guarigione, rieducazione, riabilitazione, ecc e la finalità del percorso terapeutico: obiettivo della cura, cosa ci si propone con la terapia: miglioramento della qualità di vita, gestione del dolore ecc.

In questi momenti, qualunque sia l'accesso al servizio sanitario regionale, è fondamentale la sincronia tra le strutture sanitarie affinché la risposta nei passaggi avvenga in tempi utili, misurabili e concordabili per consentire l'appropriato percorso al paziente e evitare il ritardo nella presa in carico che può creargli un danno compromettendo la sua reale capacità di recupero e la qualità della cura.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento della rete territoriale è rappresentato dalla Centrale operativa territoriale (COT).

All'interno di questo strumento di coordinamento saranno attivate procedure operative standard, protocolli di *handover* per stabilire canali di comunicazione chiari con i diversi professionisti dei servizi sanitari durante la transizione dell'assistenza con la definizione di indicatori da monitorare che consentano di misurare:

- il ritardo o l'interruzione del percorso terapeutico;
- gli incontri interdisciplinari e interprofessionali;
- i ricoveri ripetuti (il paziente torna nel reparto di origine perché non ha funzionato il sistema).

A tale scopo si utilizzerà il sistema di gestione del territorio previsto nella parte della cartella informatizzata.

#### **Obiettivi:**

- miglioramento della comunicazione tra professionisti;
- riduzione dei ritardi e delle interruzioni di percorso terapeutico.

#### **Linee di intervento:**

- implementazione di procedure operative e protocolli standard tra i professionisti durante la transizione dell'assistenza avendo come riferimento le Centrali Operative Territoriali.

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- operatori sanitari e socio-sanitari territoriali.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

#### **Linee di finanziamento:**

- Assegnazioni statali;
- Fondi regionali.

#### **4.1.4 Formazione**

A supporto degli obiettivi individuati nei paragrafi precedenti con il presente Piano si intendono avviare attività di formazione e sensibilizzazione dei diversi ruoli aziendali territoriali per il governo della sicurezza delle cure, per cui, avendo come prerequisito il superamento della cultura della colpa, si possa introdurre e mantenere un sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi per il miglioramento della qualità e sicurezza dei processi assistenziali.

#### **Obiettivi:**

- Acquisizione di competenze relative a:
  - concetti generali sulla gestione del rischio clinico in sanità che tenga conto dei diversi aspetti: clinici, organizzativi, medico legali e assicurativi;
  - applicazione degli strumenti di Risk Management nelle Organizzazioni Sanitarie territoriali;
  - comunicazione tra professionisti sanitari.

#### **Linee di intervento:**

- corso di formazione a tutti i professionisti sanitari coinvolti nella rete del risk management territoriale e nelle COT.

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- operatori sanitari e socio-sanitari territoriali.

#### **Linee di finanziamento:**

- Fondi regionali.

#### **4.1.5 Coinvolgimento dei cittadini**

Il nuovo piano di azione globale sulla sicurezza delle cure 2021-2030 (*Global Patient Safety action Plan 2021-2030*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità titola la strategia 4.1: Coinvolgimento dei pazienti e dei familiari, in particolare sostiene di: coinvolgere pazienti, famiglie e organizzazioni della società civile nel co-sviluppo di politiche, piani, strategie, programmi e linee guida per rendere l'assistenza sanitaria più sicura; riorganizzare i processi di cura e, ove necessario, riorientarli per rendere i servizi centrati sul paziente e basati sul principio cardine di "ciò che è importante per i pazienti e le famiglie".

La deliberazione di Giunta Regionale n. 49/41 del 27/10/2017 istituisce la rete dei cittadini per la Regione Sardegna che tra i suoi obiettivi prevede anche la partecipazione dei cittadini a gruppi di lavoro su temi specifici riguardanti la qualità e la sicurezza delle cure nelle Aziende Sanitarie della Regione, in questo ambito è promossa la partecipazione dei pazienti e delle associazioni di familiari alla definizione del PDTA della Sclerosi Laterale Amiotrofica in corso presso l'Assessorato con lo scopo di definire un percorso per la presa in carico del malato di SLA individualizzata socio sanitaria integrata a partire dalla diagnosi della malattia e che definisce



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

l'accesso uniforme a servizi e prestazioni in relazione alle fasi della stessa, alla sintomatologia, ai livelli di disabilità, ed ai bisogni assistenziali.

Tale azione si inserisce tra i PDTA regionali che il presente Piano intende adottare come specificato nel paragrafo 5.2 “La presa in carico del paziente con bisogno semplice: PDTA”.

#### 4.1.6 Prevenzione degli eventi avversi nel parto. La scheda di valutazione del rischio ostetrico

La Deliberazione di Giunta Regionale n. 35/37 del 09/07/2020 “La gestione del rischio clinico in ostetricia. Direttiva alle Aziende Sanitarie in merito alla valutazione del rischio ostetrico. Adozione della Scheda di valutazione del rischio ostetrico” ha previsto l'introduzione di uno strumento per definire a livello regionale un percorso comune di valutazione del rischio ostetrico al momento del ricovero della donna, prima del travaglio, durante il travaglio e prima del parto.

La scheda di valutazione del rischio, rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze. Pertanto, alla classificazione del rischio al momento del ricovero della donna, devono conseguire specifici “percorsi assistenziali” differenziati per profilo di rischio orientati al pertinente utilizzo della rete assistenziale e caratterizzati da definite responsabilità cliniche e organizzative.

Sarà attivato l'uso della scheda presso le strutture territoriali della Regione per le cui specifiche si rimanda alla parte del Piano dedicata alla salute della donna e del bambino.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 5 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.

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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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.

Col presente atto 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.

Il presente Piano 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:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 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.

## 5.1 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;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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. 90 riporta l'organizzazione della presa in carico dei pazienti con bisogni prevedibili.



Tabella 90 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
Pazienti affetti da pluripatologia	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 paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale.	Professionista delle cure primarie
	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

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 appropriato, 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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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 imprevedibili, trattare efficacemente la fase post-acuta ed evitare le riacutizzazioni.

La tabella n. 91 riporta le modalità di attivazione della rete e i compiti.

*Tabella 91 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).

### 5.1.1 La presa in carico del paziente con bisogno semplice: PDTA

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

Le singole aziende sanitarie, spesso avvalendosi della consulenze esterne per la loro predisposizione, hanno predisposto diversi percorsi assistenziali, basandosi sulle proprie organizzazioni strutturali, come ad esempio: percorsi per BPCO, per Doppia Diagnosi, per Frattura Femore, per Percorso Nascita, per Piede Diabetico, per Scopenso cardiaco, Neoplasie della Mammella, Codice Rosa, Trauma Maggiore, Assistenziale Dolore Toracico/IMA, Percorso Nascita, Ictus Ischemico, Trapianto di Rene, Neoplasie polmonari, Melanoma, Tumore del colon retto.

Attraverso il Comitato di Organizzazione delle Reti Integrate (CORI), istituito col documento di "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna", approvato dal Consiglio regionale nella seduta del 25 ottobre 2017 e con la DGR n. 24/22 del 16/05/2017 nella quale sono state fornite ulteriori indicazioni per la sua costituzione, il presente Piano intende adottare i PDTA regionali che superino i percorsi



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

aziendali già esistenti, e crearne di nuovi, sia per le per le patologie prevalenti in Regione, che per le patologie croniche suggerite nel PNC.

### 5.1.2 La presa in carico del paziente con bisogno complesso: PAI

Ai sensi dell'art. 21 del DPCM dei LEA il progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato”.

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

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

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

#### Obiettivo:

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

#### 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.

#### Soggetti coinvolti:

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- Operatori sanitari e socio sanitari territoriali.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

#### Linee di finanziamento:

- FESR,
- FSE.

## 5.2 LA CRONICITÀ

La DGR 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;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 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.

Il presente Piano fornisce le linee di indirizzo per l'attuazione delle 5 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.

#### 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.

#### Soggetti coinvolti:

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- Operatori sanitari e socio sanitari territoriali.

#### Linee di finanziamento:

- FSE.

### 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 questo Piano, di seguito esplicitate, saranno perseguite 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:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 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.

#### **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).

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- Operatori sanitari e socio sanitari territoriali;
- Enti e Istituzioni extra sanitarie (Istituzioni scolastiche, Enti Locali, Associazionismo, Università).

#### **Linee di finanziamento:**

- Assegnazioni statali;
- PN Equità nella salute;
- Fondi regionali.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

Il presente Piano 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 (si veda il capitolo 6.2 del presente Piano).

#### **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.

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- operatori sanitari e socio sanitari territoriali.

#### **Linee di finanziamento:**

- FSE;
- PN Equità nella salute;
- Fondi regionali.

### **4. 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.

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- Operatori sanitari e socio sanitari territoriali.

**Linee di finanziamento:**

- PNRR;
- FSE.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 6 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, il presente Piano 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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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.

## 6.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE SOCIO-SANITARIA

### 6.1.1 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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

(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".

In ogni distretto è istituito il Comitato di distretto socio-sanitario, composto dai Sindaci o loro delegati, inoltre il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali.

In conformità a quanto stabilito dalla citata legge, il direttore generale di ciascuna ASL nomina il direttore dei servizi socio-sanitari che fa parte dello staff di direzione e svolge, tra gli altri, i seguenti compiti:

- a. supporta la direzione generale e le direzioni distrettuali per l'integrazione dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari;
- b. è preposto al coordinamento funzionale delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria dell'azienda;
- c. partecipa alla programmazione, alla definizione ed alla realizzazione del PLUS.

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".



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### 6.1.2 Punto unico di accesso e Unità di valutazione territoriale

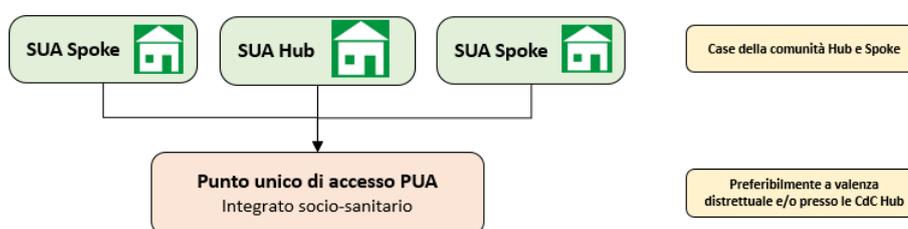
Il Punto unico d'accesso (PUA), rappresenta il modello d'assistenza basato sulla presa in carico globale del paziente, frutto del passaggio dal concetto del "curare" a quello del "prendersi cura" della persona nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia 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. 33 mostra gli accessi al sistema assistenziale e la loro collocazione all'interno della rete territoriale.

Figura 33 Porte d'accesso al sistema assistenziale regionale

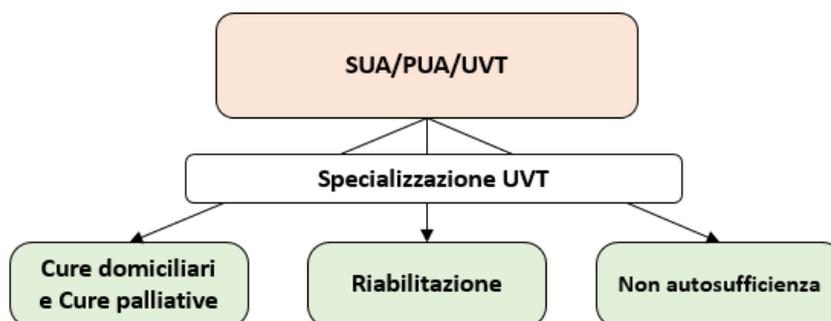


Il sistema SUA/PUA individua le priorità socio-assistenziali e indirizza gli ingressi al sistema in funzione della complessità assistenziale, offrendo risposte personalizzate e proporzionali all'intensità di cura e indirizzando l'assistito direttamente verso i servizi sanitari appropriati o, nel caso 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. Il presente Piano, pertanto, prevede 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. 34, 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.



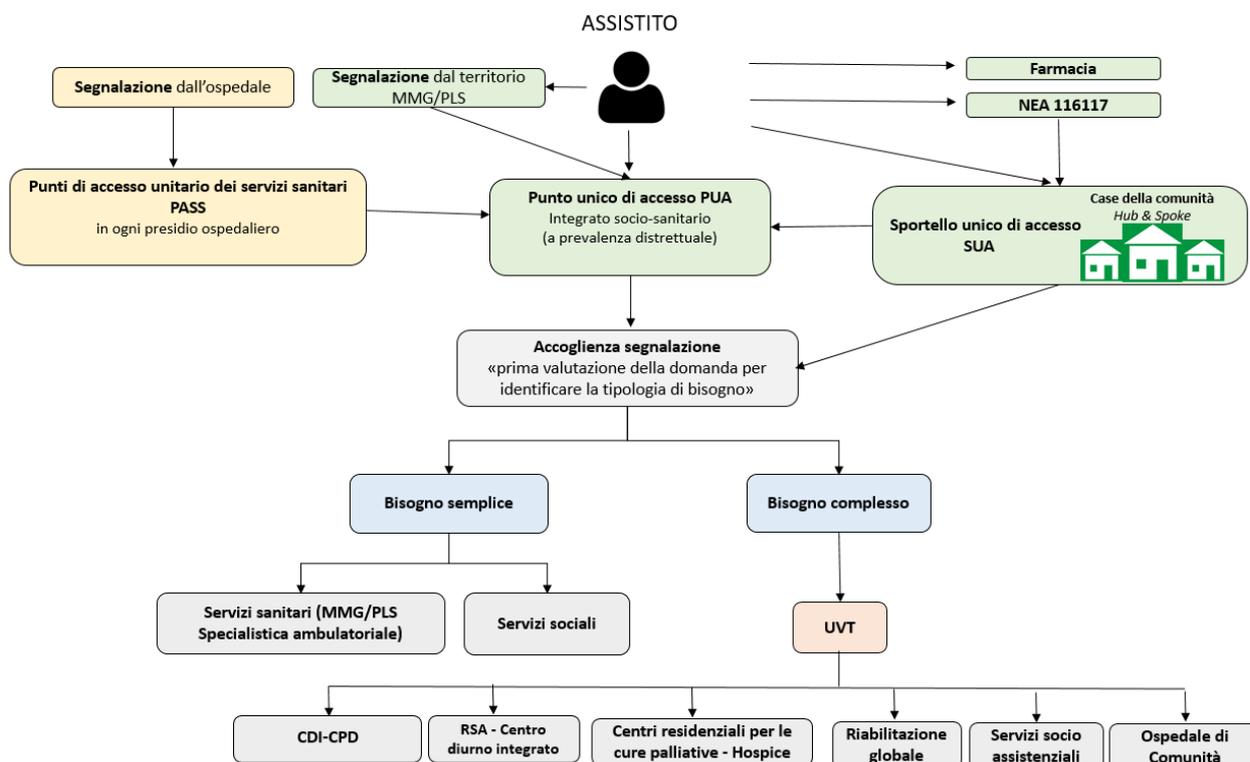
Figura 34 Specializzazione UVT



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

Figura 35 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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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.

La presa in carico dell'assistito è facilitata, oltre che dal lavoro del PASS/PUA/SUA, anche dalla figura del *case manager*, un professionista che opera come riferimento e "facilitatore" per la persona con bisogni socio-sanitari complessi, con il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale. Il ruolo di case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della complessità del paziente, può essere una figura sia sanitaria sia sociale, individuata in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle esigenze organizzative, integra il lavoro dell'UVT e favorisce l'integrazione, facilitando i processi di comunicazione tra i soggetti coinvolti e verificando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni né vuoti di assistenza.

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. 92 rappresenta i Punti unici di accesso attivi sul territorio regionale, suddivisi per ASL e per distretto.

Tabella 92 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 - Sassari
	Alghero	1	Alghero	Via Degli Orti, 93 - Alghero



Punti unici di accesso				
ASL	Distretto	Attivati	Comune	Sede
	Ozieri	1	Ozieri	c/o Presidio Ospedaliero "A.Segni" Ozieri
ASL n. 2 della Gallura	Tempio Pausania	1	Tempio Pausania	Via Claudio Demartis, Tempio Pausania
	Olbia	1	Olbia	Viale Aldo Moro, Olbia
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
ASL n. 4 dell'Ogliastra	Tortolì	1	Tortolì	c/o Poliambulatorio via Monsignor Carcherò, 3
	Jerzu	1	Jerzu	c/o Poliambulatorio via Antonio Melis
	Lanusei	1	Lanusei	PUA c/o URP via Dottor Giuseppe Pilia
		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 Pischedda 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 - Cagliari.
	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

## 6.2 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.

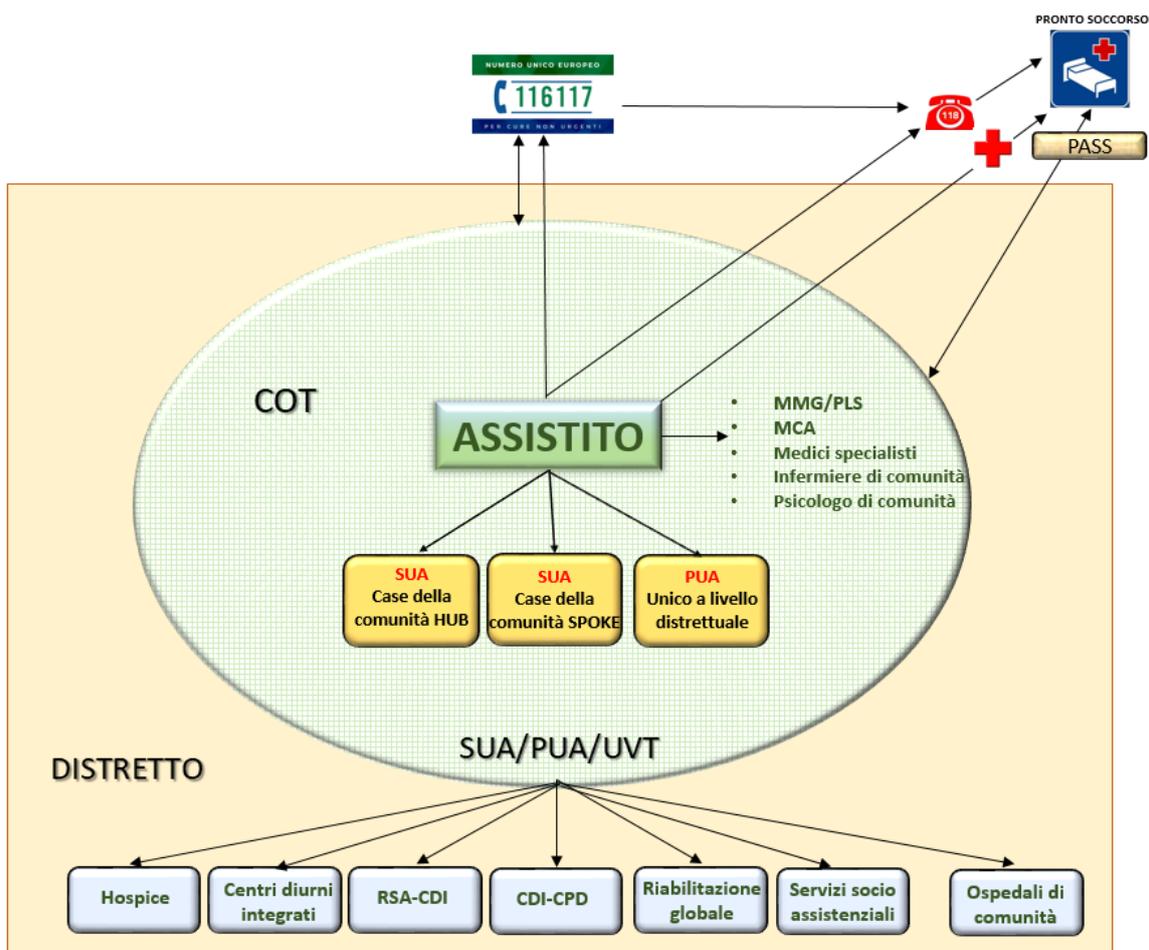


REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La figura n. 36 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 36 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,



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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.

### 6.3 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) per le valutazioni multidimensionali (UVT). La CdC può inoltre prevedere i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari, e, ove non presenti Consultori familiari, si prevede l'introduzione della figura dell'Ostetrica di Comunità. I MMG e i PLS possono svolgere le attività ambulatoriali presso le Case della comunità in appositi spazi dedicati, mantenendo comunque la capillarità territoriale dei loro ambulatori.

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

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

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

L'art. 44, comma 3, lett. c) dispone, inoltre, che le Case della comunità svolgano, tra le altre, la funzione di promozione del *“lavoro di équipe tra le varie figure professionali: medici di medicina generale, pediatri di libera*



scelta, medici di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale, specialisti ambulatoriali, personale sanitario, socio-sanitario e tecnico-amministrativo, operatori sociali”.

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

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

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

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

La tabella n. 93 rappresenta lo stato di attivazione delle Case della comunità presenti sul territorio regionale, suddivise per distretto e per tipologia (*Hub/spoke*).

Tabella 93 Case della comunità attive ed in attuazione della Regione Sardegna

Case della comunità finanziate con fondi europei e/o nazionali e/o regionali					
ASL	Distretto	Comune	Attive	In attuazione	Hub/Spoke
ASL n. 1 di SASSARI	Sassari	Santa Maria Coghinas		1	Spoke
	Sassari	Sorso	1		Hub
ASL n. 3 di NUORO	Nuoro	Bitti		1	Spoke
	Nuoro	Gavoi	1		Spoke
	Nuoro	Nuoro		1	Hub
	Siniscola	Orosei		1	Spoke
	Sorgono	Desulo		1	Spoke
ASL n. 4 dell'OGLIASTRA	Tortolì	Tortolì	1		Hub
	Tortolì	Lanusei	1		Spoke
ASL n. 5 di ORISTANO	Ales Terralba	Ales		1	Spoke SNAI
	Ghilarza Bosa	Bosa	1		Spoke



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Case della comunità finanziate con fondi europei e/o nazionali e/o regionali					
ASL	Distretto	Comune	Attive	In attuazione	Hub/Spoke
	Ales Terralba	Terralba		1	Hub – il finanziamento slitta dal POR al PAC
	Ales Terralba	Laconi	1		Spoke
<b>ASL n. 6 del MEDIO CAMPIDANO</b>	Guspini	Arbus	1		Spoke
	Guspini	Villacidro	1		Hub
<b>ASL n. 7 del SULCIS</b>	Carbonia	Sant'Antioco	1		Hub – il finanziamento per acquisto attrezzature e apparecchiature slitta dal POR al PAC
	Carbonia	Carloforte	1		Spoke – il finanziamento per acquisto attrezzature e apparecchiature slitta dal POR al PAC
	Carbonia	Giba	1		Spoke – il finanziamento per acquisto attrezzature e apparecchiature slitta dal POR al PAC
	Iglesias	Fluminimaggiore	1		Spoke – il finanziamento per acquisto attrezzature e apparecchiature slitta dal POR al PAC
<b>ASL n. 8 di CAGLIARI</b>	Cagliari area Vasta	Monsezzato		1	Hub – il finanziamento slitta dal POR al PAC
	Cagliari area Ovest	Pula	1		Spoke
	Quartu Parteolla	Quartu S. Elena		1	Hub – il finanziamento slitta dal POR al PAC
	Sarrabus Gerrei	San Nicolò Gerrei		1	Spoke
	Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta	Mandas	1		Spoke
	Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta	Senorbi		1	Hub – il finanziamento slitta dal POR al PAC
<b>Totali</b>			<b>14</b>	<b>11</b>	<b>25 Case della comunità</b>

Risultano attive 14 Case della comunità già finanziate con fondi europei, nazionali o regionali, mentre le altre 11 sono attualmente in fase di attivazione, per un totale di 25 strutture dislocate sul territorio regionale.

La successiva tabella n. 94 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.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tabella 94 Programmazione regionale delle Case della comunità – Linea di finanziamento PNRR M6C1, investimento 1.1.

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero CdC
<b>ASL n. 1 di SASSARI</b>	Sassari	Sassari - Via Tempio	1
	Sassari	Sassari - Conti	1
	Sassari	Portotorres	1
	Sassari	Castelsardo	1
	Sassari	Perfugas	1
	Alghero	Alghero	1
	Alghero	Bonorva	1
	Alghero	Ittiri	1
	Ozieri	Ozieri	1
	Ozieri	Bono	1
<b>ASL n. 2 della GALLURA</b>	Olbia	Olbia	1
	Olbia	San Teodoro	1
	Olbia	Buddusò	1
	Olbia	La Maddalena	1
	Olbia	Berchidda	1
	Olbia	Arzachena	1
	Olbia	Santa Teresa di Gallura	1
	Tempio	Tempio	1
	Tempio	Trinità d'Aghultu	1
<b>ASL n. 3 di NUORO</b>	Nuoro	Dorgali	1
	Nuoro	Ottana	1
	Macomer	Macomer	1
	Siniscola	Siniscola	1
	Sorgono	Sorgono	1
	Sorgono	Aritzo	1
<b>ASL n. 4 dell'OGLIASTRA</b>	Tortoli	Jerzu	1
<b>ASL n. 5 di ORISTANO</b>	Oristano	Oristano	1
	Oristano	Tramatza	1
	Oristano	Samugheo	1
	Ghilarza Bosa	Ghilarza	1
	Ghilarza Bosa	Santulussurgiu	1



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero CdC
ASL n. 6 del MEDIO CAMPIDANO	Sanluri	Sanluri	1
	Sanluri	Lunamatrona	1
ASL N. 7 del SULCIS	Carbonia	Carbonia	1
	Iglesias	Iglesias	1
ASL N. 8 di CAGLIARI	Cagliari area Vasta	Cagliari - Via Romagna	1
	Cagliari area Vasta	Cagliari – Via Quesada	1
	Cagliari area Vasta	Monastir	1
	Cagliari area Vasta	Sestu	1
	Cagliari area Ovest	Elmas	1
	Cagliari area Ovest	Decimomannu	1
	Cagliari area Ovest	Villasor	1
	Cagliari area Ovest	Capoterra	1
	Cagliari area Ovest	Teulada	1
	Quartu Parteolla	Sinnai	1
	Quartu Parteolla	Dolianova	1
	Sarrabus Gerrei	Muravera	1
	Sarrabus Gerrei	Villasimius	1
	Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta	Isili	1
	Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta	Sadali	1
<b>Totale</b>			<b>50</b>

La tabella n. 95 rappresenta inoltre, la programmazione regionale di ulteriori 5 Case della comunità rilevate sulla base del fabbisogno regionale.

Tabella 95 Programmazione regionale delle Case della comunità – Linea di finanziamento fondi FESR-FSE-FR

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero CdC
ASL n. 1 di SASSARI	Sassari	Sassari	1
	Sassari	Ossi	1
ASL n. 5 di ORISTANO	Oristano	Cabras	1
ASL n. 8 di CAGLIARI	Cagliari area Vasta	Cagliari	1
	Quartu Parteolla	Burcei	1



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero CdC
Totale			5

#### 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.

#### Soggetti coinvolti:

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- operatori sanitari e socio-sanitari territoriali;
- Università.

#### Linee di finanziamento:

- PNRR;
- FESR;
- FSE;
- Fondi regionali.

## 6.4 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.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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 e dai familiari, limitatamente ai pazienti protetti e critici che ne costituiscono il target di riferimento.

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;
- monitoraggio, attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare anche tramite sperimentazione che beneficerà delle piattaforme già realizzate nell'ambito delle cure primarie;
- gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, 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, costituiscono un punto di riferimento per i *caregivers*, sia per la formazione all'autocura sia per la sua attuazione, nonché rappresenteranno una base di partenza in caso di ulteriori necessità assistenziali per il paziente.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

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

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

L'IFeC è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in stretta collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. L'IFeC non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità.

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

La tabella n. 96 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 96 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	Alghero	1
ASL n. 2 della Gallura	Olbia	Olbia	1
	Tempio	Tempio	1
	Nuoro	Nuoro	1



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero COT
ASL n. 3 di Nuoro	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
<b>Totale</b>			<b>16</b>

La tabella n. 97 rappresenta, inoltre, la programmazione regionale di ulteriori 8 Centrali operative territoriali rilevate sulla base del fabbisogno regionale.

Tabella 97 Programmazione regionale delle Centrali operative territoriali – Linea di finanziamento fondi FESR

Azienda Sanitaria	Distretto	Comune	Numero COT
ASL n. 1 di Sassari	Ozieri	Ozieri	1
ASL n. 2 della Gallura	La Maddalena	La Maddalena	1
ASL n. 3 di Nuoro	Siniscola	Siniscola	1
	Sorgono	Sorgono	1
ASL n. 5 di Oristano	Ales Terralba	Ales	1
ASL n. 6 del Medio Campidano	Guspini	Guspini	1
ASL n. 7 del Sulcis	Isole San Pietro e Sant'Antioco	Carloforte	1
ASL n. 8 di Cagliari	Quartu Parteolla	Quartu Sant'Elena	1
<b>Totale</b>			<b>8</b>

#### 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;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 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.

#### Soggetti coinvolti:

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- operatori sanitari e socio-sanitari territoriali.

#### Linee di finanziamento:

- PNRR;
- FESR

## 6.5 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, massimo 15-30 giorni, rivolte a pazienti con problemi di salute di bassa complessità, che richiedono un'assistenza infermieristica anche notturna e che, per motivi diversi, non possono essere curati al domicilio.

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

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

Si prevede un Ospedale di comunità (con uno o due moduli ciascuno di 20 posti letto) ogni 50.000 abitanti, per favorire la capillarità dei servizi sul territorio ed un equo accesso alle cure. Inoltre, la Regione Sardegna ha recepito, con la DGR 48/47 del 10.12.2021, i requisiti autorizzativi e di accreditamento e intende implementare il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni necessari alla messa a regime di tali



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

attività. Avvalendosi delle risorse messe a disposizione dai fondi nazionali e regionali, la Regione intende promuovere l'attivazione di 33 Ospedali di comunità, di cui 13 da finanziare attraverso fondi PNRR mentre i restanti 20 attraverso i fondi FESR.

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

Tabella 98 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
<b>Totale</b>			<b>13</b>

\* 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 tabella n. 99 rappresenta inoltre, la programmazione regionale di ulteriori 20 Ospedali di comunità rilevati sulla base del fabbisogno regionale.

Tabella 99 Programmazione regionale degli Ospedali di comunità – Linea di finanziamento fondi FESR

Azienda Sanitaria Locale	Distretto	Comune	Numero OdC
ASL n. 1 di SASSARI	Sassari	Ittiri	1
	Sassari	Thiesi	1
	Sassari	Sorso	1



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Sanitaria Locale	Distretto	Comune	Numero OdC
ASL n. 2 della GALLURA	Olbia	Olbia	1
ASL n. 3 di NUORO	Nuoro	Gavoi	1
	Macomer	Macomer	1
	Siniscola	Siniscola	1
ASL n. 4 dell'OGLIASTRA	Tortolì	Arzana	1
ASL n. 5 di ORISTANO	Ales Terralba	Ales	1
ASL n. 6 del MEDIO CAMPIDANO	Guspini	San Gavino	1
	Sanluri	Sanluri	1
ASL n. 7 del SULCIS	Carbonia	S. Antioco	1
ASL n. 8 di CAGLIARI	Cagliari area Vasta	Sestu	1
	Cagliari area Ovest	Elmas	1
	Cagliari area Ovest	Decimomannu	1
	Cagliari area Ovest	Siliqua	1
	Cagliari area Ovest	Capoterra	1
	Quartu Parteolla	Sinnai	1
	Sarrabus Gerrei	Muravera	1
	Sarcidano Barbagia di Seulo Trexenta	Isili	1
<b>Totale</b>			<b>20</b>

**Obiettivi:**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 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;

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- operatori sanitari e socio-sanitari territoriali.

#### **Linee di finanziamento:**

- PNRR;
- FESR.

## **6.6 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. A tale proposito, le COT rappresentano lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento della rete territoriale, le quali fungono da raccordo tra i servizi offerti e i professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali.

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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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.

All'interno della riorganizzazione territoriale delle cure primarie, la Regione Sardegna intende 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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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.

#### **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.

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- operatori sanitari e socio-sanitari territoriali;
- associazioni di categoria delle farmacie.

#### **Linee di finanziamento:**

- PNRR;
- FSE;
- Fondi regionali.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 6.7 ASSISTENZA TERRITORIALE RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE E CENTRI DIURNI INTEGRATI

Le Residenze sanitarie assistenziali (RSA) sono strutture residenziali integrate che erogano attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a persone non autosufficienti, affette da patologie cronic-degenerative o da patologie invalidanti, non assistibili a domicilio e bisognose di una stabilizzazione delle condizioni cliniche e di riabilitazione. Nel contesto regionale questa tipologia di servizi si colloca tra l'ospedale e il domicilio, è organizzata per livelli sulla base dell'intensità di cura ed è governata da un sistema di valutazione multidimensionale effettuata sul territorio dal sistema SUA/PUA/UVT.

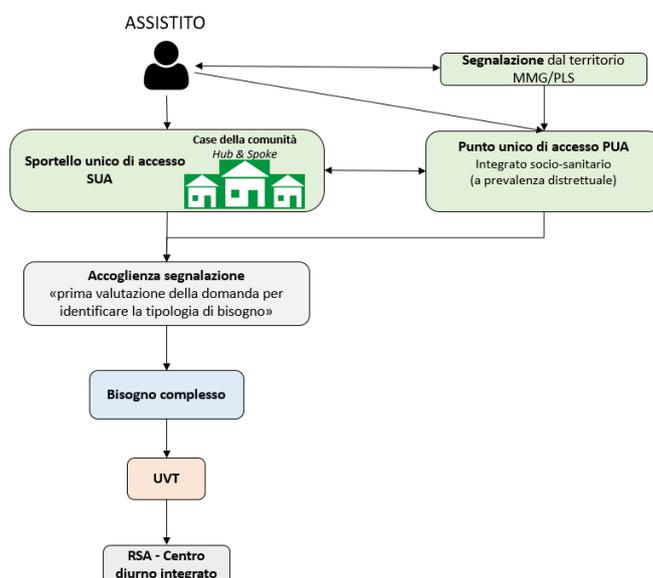
L'offerta dei servizi socio sanitari a livello regionale deve tener conto, oltre che della crescente domanda di assistenza da parte di persone e famiglie in condizioni di bisogno tali da richiedere assistenza sociosanitaria anche di lungo periodo, anche del nuovo assetto organizzativo territoriale che prevede il potenziamento delle Cure domiciliari e l'attivazione dell'Ospedale di comunità.

Il presente Piano socio-sanitario promuove 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. 37 mostra il percorso dell'assistito per accedere al sistema territoriale residenziale e semi-residenziale e ai Centri diurni integrati.



Figura 37 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. 37, 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<sup>38</sup>, scaturiti dal progetto "Mattone 12", a quelli del disciplinare tecnico dei flussi informativi della Regione Sardegna<sup>39</sup>, 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.

#### 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.

<sup>38</sup> Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali, Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli di assistenza, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ministero della Salute (2012)

<sup>39</sup> Versione 2.2 - 1° luglio 2016 (ultimo aggiornamento al disciplinare flussi pubblicato con Determinazione n. 1531 del 30.12.2014)



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

#### Soggetti coinvolti:

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- operatori sanitari e socio-sanitari territoriali.

#### Linee di finanziamento:

- Fondi regionali.

## 6.8 ASSISTENZA RIABILITATIVA

Accanto alla prevenzione e alla cura, la riabilitazione costituisce il terzo pilastro del Servizio sanitario che completa le attività volte a tutelare la salute dei cittadini. La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione.

Si può fare una distinzione tra:

- **attività sanitarie di riabilitazione:** che comprendono gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a superare, contenere o minimizzare la disabilità e la limitazione delle attività (muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare, lavorare, etc.);
- **attività di riabilitazione sociale:** le azioni e gli interventi finalizzati a garantire alla persona con disabilità la massima partecipazione possibile alla vita sociale, al fine di contenere la condizione di handicap.

Secondo quanto previsto dalle Linee guida del 1998, dal Piano di indirizzo per la riabilitazione del 2011 e dalle "Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" del 2021, l'attività riabilitativa può essere erogata in:

- regime di ricovero, ordinario o diurno (day hospital);
- regime di assistenza specialistica ambulatoriale/day service presso ambulatori di medicina fisica e riabilitazione;
- ambito dell'assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale.

La riabilitazione territoriale è erogata nell'ambito dell'assistenza distrettuale.

L'obiettivo è quello di perseguire nel percorso avviato con la DGR n. 7/3 del 26.02.2020 con la quale si è provveduto all'allineamento delle prestazioni ai nuovi Livelli essenziali di assistenza, alla ridefinizione delle tariffe e a fornire indicazioni per l'avvio di un programma di azioni e di un percorso assistenziale finalizzato all'appropriatezza prescrittiva, alla definizione di criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni ed al monitoraggio sistematico del sistema prescrittivo ed erogativo.

La Regione, pertanto, prosegue il percorso di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza riabilitativa territoriale caratterizzando il distretto sanitario come il luogo della presa in carico del paziente e della continuità assistenziale ospedale-territorio.

A tal fine è istituita la Rete dei servizi di riabilitazione, luogo di integrazione sia delle attività erogate dalle strutture di ricovero del sistema ospedaliero, sia nella fase successiva all'assistenza ospedaliera per i pazienti provenienti dai reparti per acuti e post-acuti, con le strutture di riabilitazione territoriali.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

All'interno della Rete dei Servizi di riabilitazione, i nodi di livello ospedaliero assicurano, attraverso il tramite del PASS, che il medico specialista in riabilitazione, all'approssimarsi delle dimissioni del paziente del reparto di riabilitazione, attiva la presa in carico da parte dei servizi territoriali per l'eventuale completamento del programma riabilitativo nel *setting* assistenziale appropriato (art. 44 del DPCM 12 gennaio 2017).

L'offerta territoriale include i seguenti interventi:

- riabilitazione ambulatoriale;
- riabilitazione domiciliare;
- riabilitazione in strutture semiresidenziali e residenziali.

La riabilitazione sociosanitaria è un importante nodo della rete territoriale; l'accesso ai trattamenti socio-riabilitativi deve essere preceduto dalla valutazione multidimensionale dei bisogni riabilitativi e assistenziali del paziente, effettuata da parte dell'Unità di valutazione territoriale (UVT) e autorizzato dall'Azienda sanitaria di residenza.

Attraverso la creazione della UVT specializzata per la riabilitazione, si offrono maggiori garanzie di appropriatezza e monitoraggio degli esiti degli inserimenti. Come rappresentato dalla figura n. 38, 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) ed, a seconda del bisogno di cura individuato, attiva il servizio specializzato per la riabilitazione ed elabora un Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato condiviso con la famiglia e, quando possibile, con l'assistito.

L'integrazione funzionale tra l'assistenza riabilitativa con gli altri servizi assistenziali distrettuali avviene grazie al coordinamento e raccordo delle COT.

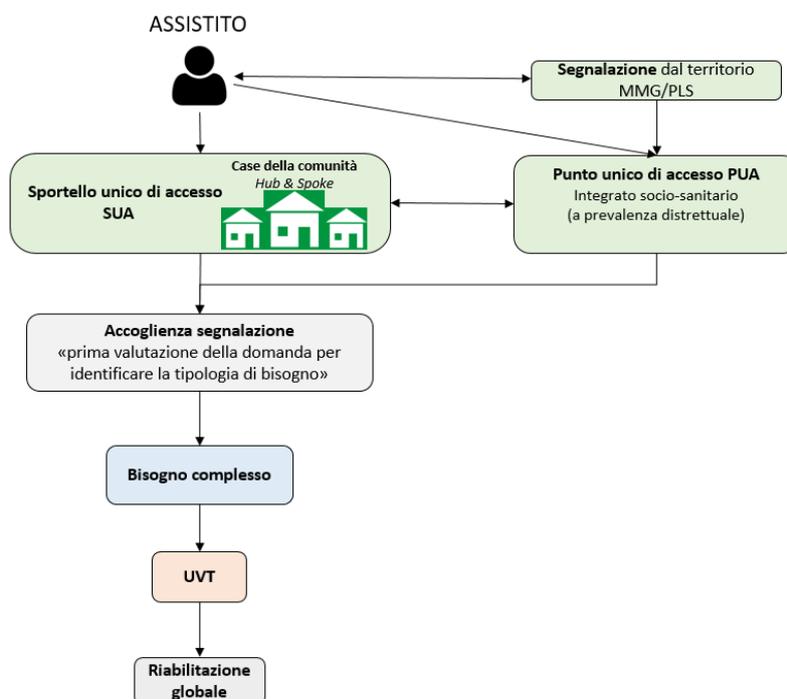
Il progetto riabilitativo individuale, definito dal medico specialista in riabilitazione, contiene:

- una valutazione multidimensionale;
- la definizione degli obiettivi attesi in termini di recupero delle abilità;
- le strategie e le risorse per realizzarli;
- le modalità di effettuazione degli interventi riabilitativi;
- i tempi e le modalità di verifica degli esiti dell'intervento e dei risultati raggiunti.

La figura n. 38 mostra il percorso dell'assistito per accedere al sistema territoriale dei servizi di riabilitazione globale.



Figura 38 Porta d'accesso ai servizi di riabilitazione globale



In relazione alle caratteristiche degli ospiti (età, gravità della condizione clinica e/o funzionale, livello di autonomia, adesione al programma, ecc.) i trattamenti comportano un impegno differenziato per quanto riguarda sia gli aspetti riabilitativi sia gli aspetti più propriamente assistenziali, che si riflette anche sulla scelta del regime di erogazione: il regime semiresidenziale dovrà essere prioritariamente assicurato ai minori e alle persone che dispongono al proprio domicilio di un sufficiente supporto della famiglia o della rete sociale, formale o informale; il regime residenziale, sarà garantito alle persone in condizioni di maggiore gravità che non possono essere assistite al domicilio per problemi ambientali, familiari e di altra natura.

#### Obiettivo:

- revisione del fabbisogno e dell'offerta di trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento residenziali e semi-residenziali e della programmazione regionale alla luce della nuova struttura SUA/PUA/UVT e dell'ampliamento dell'offerta dei servizi sul territorio, anche attraverso l'implementazione degli Ospedali di comunità.

#### Linee di intervento:

- potenziamento della rete integrata di riabilitazione che unisca l'offerta ospedaliera a quella territoriale mediante l'integrazione e il supporto informatico tecnologico, è necessario inoltre procedere ad una riorganizzazione del sistema che preveda un incremento dell'offerta riabilitativa nei territori maggiormente carenti;
- istituzione della UVT specializzata per la riabilitazione.

#### Soggetti coinvolti:

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- operatori sanitari e socio-sanitari territoriali.

#### Linee di finanziamento:

- Fondi regionali.

#### 6.8.1 Rete dei servizi di riabilitazione per i disturbi della disabilità in età evolutiva

La Regione Sardegna intende implementare la Rete dei servizi di riabilitazione per i disturbi della disabilità in età evolutiva, intervenendo in particolare nella riabilitazione dei minori affetti da paralisi cerebrale infantile (PCI) (un nuovo caso ogni 500 nati vivi) e da altre encefalopatie fisse o evolutive, da malattie neuromuscolari (un caso su 5.000), da lesioni midollari congenite (spina bifida) o acquisite (un caso su 8.000), da gravi malformazioni congenite dell'apparato locomotore, da sindromi genetiche, da paralisi del sistema nervoso periferico e da patologie cosiddette minori ma di particolare complessità, durata o progressione.

Allo stato attuale, l'offerta dei servizi di riabilitazione è caratterizzata dalla presenza di centri e di presidi di riabilitazione, pubblici e privati accreditati, estremamente frammentati tra di loro e ciò determina disomogeneità nei percorsi di cura e rende complesso garantire, a livello regionale, equità di risposte e uniformità delle procedure terapeutiche ed assistenziali.

Al fine di superare tale disomogeneità, la Regione Sardegna promuove un modello assistenziale integrato tra ospedale e territorio, nell'ambito di una rete dedicata, che eroghi percorsi di cura all'interno dei quali il bisogno del minore si trova in posizione centrale rispetto alle strutture, in un'ottica di presa in carico globale attraverso una rete coordinata di interventi sanitari, sociali ed educativi. Tale modello assistenziale integrato non può prescindere dal coinvolgimento attivo e dall'*empowerment* della famiglia che risulta fondamentale per il percorso di cura del minore, non solo nella fase di diagnosi, ma anche e soprattutto durante gli interventi che si rendono necessari successivamente la diagnosi. Per l'efficacia del modello integrato è necessario intervenire sui contesti di vita allargati del minore quali la scuola, rispetto alla quale la normativa nazionale prevede precise indicazioni a supporto dell'inclusione, i luoghi aggregativi e del tempo libero.

La rete dei servizi deve garantire interventi personalizzati sui bisogni del minore, secondo priorità ed intensità specifiche e il sostegno alla famiglia che ha necessità di avere informazioni precise, chiare e continuative per affrontare e scegliere il percorso più opportuno nelle diverse fasi di vita del minore, in continuo dialogo con gli operatori del sistema. La rete dei servizi deve garantire inoltre, alla conclusione del percorso riabilitativo, la continuità assistenziale nella transizione del minore verso l'età adulta, al fine di evitare il disorientamento della famiglia o situazioni di abbandono dell'assistito, mantenendo un punto di riferimento specialistico che possa affiancare, quando necessario, la presa in carico sociale.

La riabilitazione in età evolutiva si sta evolvendo dal tradizionale modello multidisciplinare che prevedeva compiti svolti separatamente dai diversi professionisti, verso approcci interdisciplinari (integrati) e transdisciplinari (condivisi). All'interno della Rete integrata dei servizi di riabilitazione in età evolutiva, i bambini candidati all'intervento riabilitativo possono essere segnalati dalle strutture sanitarie per acuti (terapia intensiva neonatale - TIN, pediatria ospedaliera, neuropsichiatria infantile ospedaliera) oppure dai PLS/MMG che hanno in carico l'assistito.

La porta d'accesso alla Rete integrata dei servizi è rappresentata dal sistema SUA/PUA/UVT presente sia a livello distrettuale che all'interno delle Case della comunità hub e spoke. La UVT specializzata nella riabilitazione del minore, a seguito della valutazione del caso, 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, definisce un Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato condiviso con la famiglia e, quando possibile, con l'assistito. Le équipe multidimensionali dei servizi territoriali sono costituite dalle seguenti figure: neuropsichiatra infantile, psicologo dell'età evolutiva, psicoterapeuta, infermiere, logopedista, educatore, assistente sociale, medici fisiatristi ed altre figure professionali. Inoltre, il Progetto terapeutico



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

riabilitativo individuale comprende, al suo interno, i programmi terapeutici elaborati dalle figure professionali dell'area riabilitativa, interventi riabilitativi, psicoterapeutici, psicoeducativi, farmacologici, psicosociali, di supporto alla famiglia e sul contesto di vita, con precoce attivazione e collaborazione dei servizi sociali comunali.

È necessario inoltre, individuare un responsabile del processo di cura (*case manager*) che si occupi di seguire le diverse fasi del progetto riabilitativo, mantenere i contatti con la famiglia e assicurare la continuità dell'assistenza, anche attraverso specifici protocolli per la transizione verso i servizi per l'età adulta.

Le strutture territoriali, ad elevata integrazione con le componenti sociali ed educative oltre che ospedaliere, rappresentano la sede principale per la terapia, la riabilitazione e la presa in carico di lungo periodo del minore e per la gestione integrata dei bisogni di cura e di salute, anche in raccordo con la scuola e il sociale.

La successiva figura n. 39 rappresenta la Rete dei servizi di riabilitazione per i disturbi della disabilità in età evolutiva, integrata con l'area ospedaliera e territoriale, con i servizi socio-sanitari e con gli altri attori istituzionali presenti sul territorio.

Figura 39 Rete dei servizi integrati di riabilitazione per la disabilità in età evolutiva



La Rete dei servizi di riabilitazione per i disturbi della disabilità in età evolutiva presenta interconnessioni con l'area ospedaliera, con l'assistenza primaria dei PLS e MMG, con l'assistenza territoriale erogata a livello distrettuale e con i servizi sociali, le scuole, le comunità educative, i centri di accoglienza, con gli enti di Ministero della Giustizia e con gli altri attori istituzionali presenti nella Rete.

All'interno della Rete dei servizi la presa in carico dell'assistito riguarda sia la fase di diagnosi della patologia che del trattamento riabilitativo. La Regione Sardegna individua a livello regionale due centri Hub, rispettivamente l'Azienda ospedaliera universitaria di Sassari e il Microcitemico di Cagliari per le gravi disabilità



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

in età evolutiva anche al fine di fornire approfondimenti diagnostici di riabilitazione delle gravi disabilità infantili. Per quanto riguarda, invece, il trattamento riabilitativo, fase successiva alla diagnosi, la Regione Sardegna, ai sensi dell'art. 46 della L.R. n. 24/2020, intende attivare una o più sperimentazioni gestionali che prevedano la collaborazione tra pubblico e privato con la possibilità di costituire una o più società di capitali.

Il modello assistenziale integrato, sviluppato all'interno della Rete dei servizi, non può prescindere dal coinvolgimento attivo della famiglia del minore, per tale ragione, attraverso il finanziamento del Fondo sociale europeo (FSE), la Regione Sardegna intende promuovere la residenzialità sociale offrendo ai familiari che accompagnano l'assistito durante il percorso terapeutico assistenziale riabilitativo, la possibilità di continuare a vivere il più possibile come se fossero presso il loro domicilio. Si intende per tale motivo, promuovere la residenzialità sociale delle strutture residenziali.

### **Obiettivi:**

- promozione del benessere bio-psico-sociale dei minori con disabilità in età evolutiva e delle loro famiglie;
- implementazione della Rete integrata dei servizi di riabilitazione per i disturbi della disabilità in età evolutiva, con percorsi condivisi che integrino l'attività diagnostica ospedaliera con quella territoriale;
- potenziamento della Rete dei servizi di riabilitazione per i disturbi della disabilità in età evolutiva, ambulatoriale e domiciliare che superi la dimensione prestazionale e favorisca la presa in carico del minore con disabilità;
- potenziamento delle risorse umane e strutturali idonee ad accogliere i minori con disabilità anche al di fuori del contesto sanitario;
- integrazione dell'attività della Rete dei servizi di riabilitazione per i disturbi della disabilità in età evolutiva con i distretti socio-sanitari, al fine di favorire una risposta complessiva ai bisogni di salute dei minori;
- tempestività nella presa in carico del minore e della sua famiglia, al fine di fornire un riferimento centralizzato riabilitativo che preveda un intervento interdisciplinare e multidisciplinare, che coinvolga e coordini l'attività di tutte le figure professionali coinvolte;
- riduzione della dispersione extra regionale per le prestazioni riabilitative che possono essere fornite a livello regionale.

### **Linee di intervento:**

- attivazione di una o più sperimentazioni gestionali che prevedano, per il trattamento riabilitativo, la collaborazione tra pubblico e privato con la possibilità di costituire una o più società di capitali, ai sensi dell'art. 46 L.R. 24/2020;
- definizione della rete dei servizi di riabilitazione per i disturbi della disabilità in età evolutiva;
- istituzione della UVT specializzata per la riabilitazione;
- individuazione di una o più strutture baricentriche rispetto all'assetto orogeografico della regione;
- attività di sostegno ai familiari e ai caregivers, nell'ottica di ottimizzare le prestazioni attraverso una buona comunicazione ed interazione;
- promozione della rete dei servizi che garantisca, alla conclusione del percorso riabilitativo, la continuità assistenziale nella transizione del minore verso l'età adulta.

### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- Servizi territoriali ed ospedalieri NPIA;
- Strutture di riabilitazione pubbliche e private accreditate;
- operatori socio-sanitari territoriali;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- MIUR e scuole;
- Comuni e Servizi sociali;
- Enti di Giustizia e Servizi sociali per la tutela dei minori;
- Case famiglie per minori e giovani adulti, Comunità di accoglienza per minori ed altri attori presenti sul territorio.

#### Linee di finanziamento:

- FESR;
- FSE;
- Fondi regionali.

## 6.9 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.

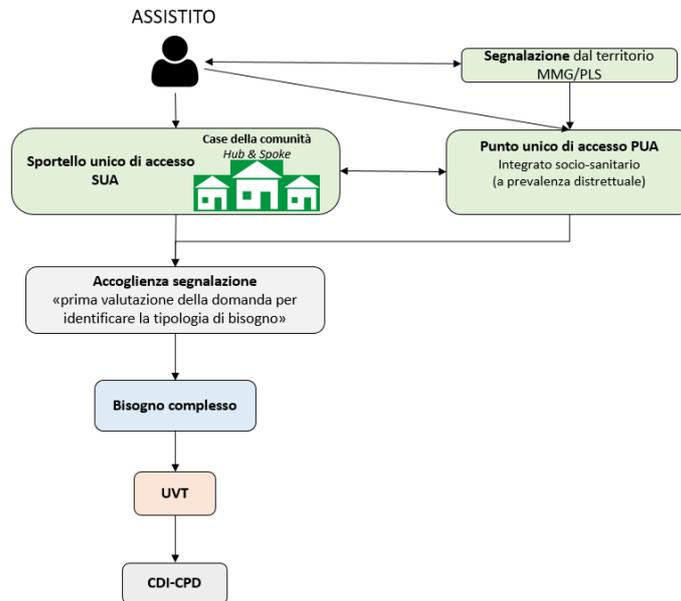
La programmazione sanitaria regionale si pone l'obiettivo di identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari, anche quando il domicilio è di tipo comunitario e non privato (strutture integrate per non autosufficienti) e che sfrutti anche le possibilità offerte dalle nuove tecnologie 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. 40, 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. 40 mostra il percorso dell'assistito per accedere al sistema territoriale delle cure domiciliari integrate e delle cure palliative domiciliari.



Figura 40 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).

#### 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;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- attivazione di un Master in Cure Palliative e Terapia del Dolore per Psicologi.

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- operatori sanitari e socio-sanitari territoriali;
- Università

#### **Linee di finanziamento:**

- PNRR;
- Assegnazioni statali;
- Fondi regionali.

### **6.10 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, il presente Piano socio-sanitario intende potenziare lo sviluppo di un modello di rete interaziendale, già avviato nel 2013, in maniera coerente con le recenti linee guida nazionali e con il nuovo sistema degli accreditamenti<sup>40</sup>, e garantendo cure palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo percorso, per ogni età e in ogni luogo di cura. La Rete delle cure palliative, per la quale la Regione ha attivato diversi percorsi formativi sia di livello aziendale sia di livello universitario, è interconnessa alle reti clinico assistenziali.

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

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

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.

<sup>40</sup> 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”.

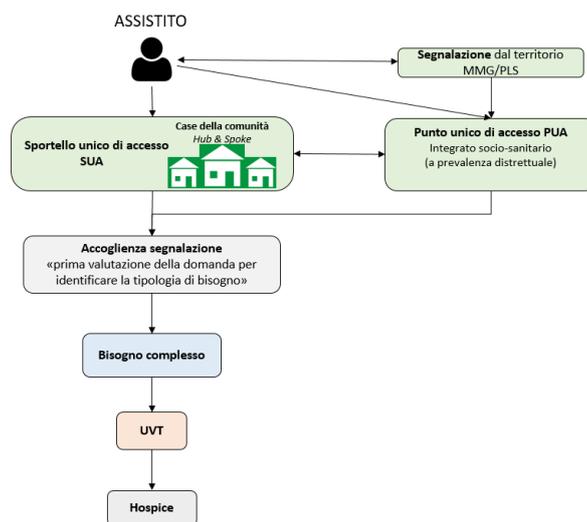
2. Gli Accordi del 2020 sui documenti “Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n.38” (Rep Atti n. 118/CSR), “Accreditamento delle reti di terapia del dolore, ai sensi della legge 15 marzo 2010 n. 38” (Rep Atti n. 119/CSR).



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La figura n. 41 mostra il percorso dell'assistito per accedere al sistema territoriale delle cure palliative - Hospice.

Figura 41 Porta d'accesso ai Centri residenziali per le cure palliative - Hospice



#### 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.

#### Soggetti coinvolti:

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- operatori sanitari e socio-sanitari territoriali.

#### Linee di finanziamento:

- Fondi regionali.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 6.11 ASSISTENZA PROTESICA ED INTEGRATIVA

L'assistenza protesica e l'assistenza integrativa governata nell'ambito del distretto sanitario, può essere considerata come il processo di presa in carico che, rispetto al contesto di vita e ai fattori ambientali, contribuisce a progettare in modo mirato l'assistenza centrata sull'assistito andando ad identificare i dispositivi maggiormente idonei per migliorare la qualità della vita dello stesso.

L'obiettivo è quello di assicurare uniformità regionale alle procedure di prescrizione ed erogazione delle prestazioni in coerenza con quanto previsto dai nuovi LEA nonché avviando o consolidando le azioni previste da provvedimenti regionali finalizzati al governo e coordinamento del sistema:

- l'informatizzazione del sistema prescrittivo ed erogativo;
- la definizione di nomenclatori regionali dei dispositivi protesici di serie coerenti con le risultanze delle gare ad evidenza pubblica;
- la definizione dei requisiti strutturali e organizzativi delle aziende abilitate alla fornitura di protesi.

La governance complessiva del sistema deve essere assicurata attraverso azioni di programmazione, monitoraggio e valutazione delle prescrizioni. Un team multidisciplinare definisce procedure uniformi di gestione della materia presso ciascun distretto sanitario.

### Obiettivi:

- assicurare uniformità regionale alle procedure di prescrizione ed erogazione delle prestazioni di assistenza protesica ed integrativa, in coerenza con quanto previsto dai nuovi LEA nonché avviando o consolidando le azioni previste da provvedimenti regionali finalizzati al governo e coordinamento del sistema.

### Linee di intervento:

- implementazione del sistema SUA/PUA/UVT;
- creazione della UVT specializzata per la riabilitazione.

### Soggetti coinvolti:

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- operatori sanitari e socio-sanitari territoriali.

### Linee di finanziamento:

- Assegnazioni statali;
- Fondi regionali.

## 6.12 CONSULTORI FAMILIARI

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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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, sia di base (es. Pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie) che specialistici (es. 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).

**Obiettivi:** si rimanda al capitolo relativo alla Salute della donna e del bambino

## 6.13 ASSISTENZA FARMACEUTICA

L'assistenza farmaceutica è inserita tra i Livelli Essenziali di Assistenza di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, come aggiornato dal Decreto 12 gennaio 2017.

Le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, attraverso servizi farmaceutici territoriali garantiscono la fornitura dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti cronici, dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale; tramite le farmacie ospedaliere garantiscono la dispensazione, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, dei medicinali prescritti al momento della dimissione dal ricovero ospedaliero o in seguito a visita specialistica ambulatoriale

I Servizi Farmaceutici Territoriali delle Aziende Sanitarie oltre alla distribuzione dei medicinali svolgono importanti AIFA, effettuano analisi dei profili prescrittivi dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e adempimenti relativi all'applicazione della convenzione farmaceutica con le farmacie private convenzionate su cui svolgono attività di vigilanza e controllo, svolgono attività di gestione e verifica dei piani terapeutici regionali e nazionali degli specialisti ambulatoriali.

Sulla base delle disposizioni regionali effettuano controlli sulla congruità delle prescrizioni e sull'appropriatezza prescrittiva, collaborano al raggiungimento degli obiettivi di razionalizzazione della spesa farmaceutica fissati dalla Giunta Regionale anche attraverso il puntuale monitoraggio dei dati delle prescrizioni farmaceutiche, predispongono i report delle prescrizioni dei MMG che presentano uno z-score <sup>41</sup>superiore a 1,5.

La Giunta regionale assegna annualmente ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie gli obiettivi di razionalizzazione della spesa su specifiche categorie di medicinali quali ad esempio gli inibitori della pompa

<sup>41</sup> z-score: deviazione standard rispetto al valore medio delle prescrizioni, l'indice è calcolato su particolari categorie di medicinali individuate per l'elevato livello di inappropriatezza e spesa.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

protonica (PPI), le associazioni di inibitori della Idrossimetilglutaril-CoA reductasi (Statine) con altri agenti modificanti i lipidi (ezetimibe), la promozione della prescrizione di medicinali a brevetto scaduto, l'aderenza al Prontuario Terapeutico Regionale e ai risultati delle procedure ad evidenza pubblica per la fornitura dei medicinali indette dalla Centrale Regionale di Committenza (CRC). I Servizi farmaceutici attivano sistemi trimestrali di monitoraggio degli obiettivi assegnati.

#### **Obiettivi:**

- verifica appropriatezza delle prescrizioni;

#### **Linee di intervento:**

- attivare monitoraggio delle prescrizioni sulla base delle indicazioni regionali;

#### **Soggetti coinvolti:**

- Servizi farmaceutici territoriali,
- MMG, CA, PLS, specialisti ambulatoriali.

#### **Linee di finanziamento:**

- Fondi regionali.

### **6.13.1 Farmacie convenzionate**

Le farmacie convenzionate rappresentano, per la loro capillarità e diffusione sul territorio, spesso il primo punto di accesso al Servizio Sanitario Regionale (SSR) e costituiscono un importante punto di riferimento in particolare modo per la persona con patologie croniche e per i suoi familiari. Il coinvolgimento attivo delle farmacie può facilitare il conseguimento di significativi obiettivi di salute, in termini di prevenzione primaria e secondaria, di aderenza ai trattamenti e di vigilanza sugli effetti avversi ai medicinali.

A partire dall'anno 2006 (DGR 5/18 del 8.2.2006) sono stati siglati Accordi con l'Unione Regionale dei titolari di Farmacia (Federfarma Sardegna) per la distribuzione tramite le farmacie convenzionate pubbliche e private dei medicinali del PHT in nome e per conto (DPC) delle Aziende Sanitarie Locali, di dispositivi medici per l'autocontrollo glicemico per i pazienti affetti da diabete. Tali Accordi, periodicamente rinnovati/prorogati hanno consentito di ottenere rilevanti risultati sia in termini di contenimento dei costi con l'acquisto dei medicinali con procedure a evidenza pubblica atte a massimizzare la concorrenza dei produttori, sia in termini di servizi ai cittadini che possono ritirare i medicinali tramite le farmacie convenzionate, diffuse capillarmente in tutto il territorio regionale, evitando eventuali disagi ai cittadini per il raggiungimento dei punti di distribuzione dei Servizi farmaceutici territoriali.

La farmacia di comunità negli ultimi decenni ha modificato in maniera rilevante la propria sfera di attività, infatti con l'art. 11 della L. n. 69/2009, è nata la cosiddetta "Farmacia dei Servizi", per la prima volta alle farmacie convenzionate è consentita l'erogazione di prestazioni sanitarie.

La legge garantendo alle farmacie la possibilità di partecipare ai servizi di assistenza domiciliare, di prenotare per i cittadini esami e visite specialistiche in strutture pubbliche e private accreditate, ha rafforzato alcune attività che le stesse da tempo già svolgevano in regime di solvenza, ampliando il loro ambito, con l'erogazione di tali servizi con oneri a carico del SSN, confermandone quindi il ruolo di presidio sanitario del territorio.

Il D.lgs. n. 153/2009 e i successivi tre decreti attuativi hanno definito i compiti e le funzioni assistenziali delle farmacie, individuando i servizi che possono assicurare:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale;
- servizi di secondo livello, rivolti a singoli assistiti quali prestazioni analitiche di prima istanza (ad esempio: controllo della glicemia, del colesterolo e dei trigliceridi) rientranti nell'ambito dell'autocontrollo anche avvalendosi di personale infermieristico;
- prenotazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate;
- pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.
- mettere a disposizione del pubblico operatori socio-sanitari, infermieri e fisioterapisti, per l'effettuazione a domicilio di specifiche prestazioni professionali su prescrizione del medico di famiglia o del pediatra di libera scelta.

Per lo svolgimento di tali attività la vigente normativa dispone che all'interno della farmacia sia presente uno spazio separato dedicato all'effettuazione dei test e all'utilizzo dei dispositivi, che consenta la sicurezza e la manutenzione degli stessi, nonché il rispetto della privacy dei fruitori di tali servizi.

La Legge bilancio del 2018 ha disposto, per il triennio 2018-2020, l'avvio della sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali, di cui al D.lgs. n. 153/2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del SSN. La partecipazione alla sperimentazione da parte delle farmacie è su base volontaria.

Nella prima fase della sperimentazione sono state coinvolte nove regioni (Piemonte, Lazio, Puglia, Lombardia, Emilia Romagna, Sicilia, Veneto, Umbria e Campania). La Legge di bilancio 2020 ha prorogato ed esteso la sperimentazione al biennio 2021-2022, prevedendo ulteriori risorse per ampliare gli ambiti territoriali della sperimentazione e potenziare il servizio offerto alla popolazione, ha coinvolto tutte le Regioni a statuto ordinario e la Sicilia.

La Regione Sardegna, insieme al Friuli Venezia Giulia, alla Valle d'Aosta e alle Province autonome di Trento e Bolzano, poiché, ai sensi dell'art. 1, comma 836, della Legge 27 dicembre 2006, n. 296, provvede integralmente al finanziamento della propria spesa sanitaria non concorre alla suddivisione delle risorse messe a disposizione dallo Stato per gli obiettivi di PSN, pertanto non è stata inserita nella sperimentazione.

Nonostante l'esclusione dalla sperimentazione la Regione Sardegna ha autonomamente attivato diverse attività previste nella "Farmacia dei servizi".

In particolare, considerata la già citata capillarità della rete delle farmacie convenzionate, con la convenzione n. 30 del 24/12/2014 avente oggetto "*Convenzione per l'attivazione delle TS-CNS presso le farmacie convenzionate*", sottoscritta con Federfarma Sardegna, è stato avviato un percorso virtuoso di fruizione dei servizi ICT per i cittadini sardi, promosso dalla Regione Sardegna presso le farmacie stesse.

Si è partiti con l'attivazione delle Tessere Sanitarie rendendole Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS) e, visti i positivi risultati raggiunti, nel tempo la convenzione è stata rinnovata aggiungendo nuovi ulteriori servizi. L'ultimo rinnovo della Convenzione, stipulato il 11/06/2020, prevede che il cittadino, recandosi in una delle farmacie aderenti, possa richiedere uno dei seguenti servizi:

- attivazione e gestione della propria TS-CNS;
- attivazione della firma digitale;
- consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- stampa e ritiro di documenti tramite il FSE (referti, certificati, prescrizioni etc)



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- prenotazione delle prestazioni sanitarie tramite CUP regionale;
- pagamento del ticket per le prestazioni sanitarie tramite la piattaforma PagoPA;
- informazioni sui servizi online offerti dalla Regione Sardegna e supporto nel loro utilizzo.

Con l'Accordo approvato della Giunta Regionale (DGR) con la Deliberazione n. 53/27 del 28.11.2017 è sancita la partecipazione attiva delle farmacie alle attività di prevenzione e promozione della salute pubblica, con particolare riferimento ai Programmi organizzati di screening del carcinoma del colon retto. Attraverso l'intervento professionale del farmacista è stato possibile migliorare i tassi di adesione allo screening della popolazione target (persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni), informare i cittadini della corretta modalità di esecuzione del prelievo e di conservazione del campione, sulle modalità di comunicazione dei risultati e sull'eventuale percorso di approfondimento dei casi positivi

L'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da Covid-19 già dai primi mesi del 2020 ha evidenziato il ruolo strategico delle farmacie, che sono l'unico presidio del SSN liberamente accessibile ai cittadini, in particolare nei piccoli centri dove non sono presenti altre strutture sanitarie pubbliche o private.

La necessità di rafforzare presidi sanitari nelle zone con una popolazione ridotta e distante dai grandi centri urbani è sottolineata anche dal Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che nella Missione 5 (Inclusione e Coesione) tra gli obiettivi per il rafforzamento della Strategia nazionale per le aree interne, ha inserito quali servizi sanitari di prossimità, le farmacie.

In particolare le farmacie rurali convenzionate, ubicate in centri con una popolazione inferiore a 3.000 abitanti, devono essere incentivate a diventare strutture in grado di erogare servizi sanitari territoriali, al fine di offrire una più ampia gamma di servizi sanitari alla popolazione.

#### **Obiettivi:**

- incentivare i titolari delle farmacie private a investire risorse nell'adeguamento delle strutture al fine di rafforzarne il ruolo di erogatori di servizi sanitari: servizio integrato di assistenza domiciliare, erogazione di prestazioni di secondo livello, attraverso percorsi diagnostico-terapeutici previsti per patologie specifiche, monitorando personalizzato del paziente per il tramite del dossier farmaceutico inserito all'interno del proprio fascicolo sanitario elettronico (FSE).

#### **Linee di intervento:**

- strutturare la farmacia, in particolare quella rurale, come presidio sanitario atto a garantire l'accesso al farmaco e ai dispositivi medici e protesici e l'erogazione di servizi sanitari.

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Federfarma Sardegna,
- Aziende Sanitarie.

#### **Linee di finanziamento:**

- PNRR.

### **6.13.2 Razionalizzazione della logistica**

Con la Deliberazione n. 63/24 del 15.12.2015 la Giunta Regionale ha definito una serie di obiettivi e programmi per la riqualificazione della assistenza sanitaria. Uno degli obiettivi era la realizzazione dell'HUB Unico del Farmaco nelle aree di Cagliari e Sassari. L'attuale organizzazione assorbe notevoli risorse (umane, strumentali ed economiche) pertanto è necessario procedere alla razionalizzazione della logistica dei medicinali attraverso



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

la centralizzazione dei magazzini, che, secondo esperienze consolidate in altre Regioni hanno portato importanti risparmi.

L'attuale contesto normativo che dispone la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi attraverso i soggetti aggregatori quali CONSIP e le Centrali Regionali di Committenza e il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 24 dicembre 2015, che inserisce tra le categorie merceologiche per le quali le amministrazioni statali, regionali e gli enti del SSN sono tenute a operare tramite i soggetti aggregatori i medicinali e alcune categorie di dispositivi medici consentono di procedere più speditamente alla centralizzazione dei magazzini aziendali in quanto in tutta la Regione le tipologie di beni aggiudicati e disponibili sono gli stessi.

La procedura ad evidenza pubblica di affidamento del Servizio per la gestione dell'Hub Unico, assegnata alla Direzione Generale della Centrale di Committenza, prevede l'operatività dello stesso tramite due magazzini speculari, uno per la zona del Centro e Nord Sardegna, l'altro per la zona Sud. Tutti e due gli Hub, nel caso di bocco temporaneo di un Hub, devono garantire l'operatività su tutto il territorio regionale per fronteggiare eventuali situazioni emergenziali. L'ingresso delle Aziende Sanitarie nell'Hub Unico del Farmaco è progressivo ed entro il primo semestre 2022 la centralizzazione dei magazzini aziendali dei medicinali sarà completata.

#### **Obiettivi:**

- proseguire nella razionalizzazione degli acquisti, realizzazione e completa funzionalità dell'Hub Unico del farmaco.

#### **Linee di intervento:**

- indizione e aggiudicazione del Servizio di centralizzazione della logistica del farmaco.

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende Sanitarie;
- Centrale Regionale di Committenza.

#### **Linee di finanziamento:**

- Fondi regionali.



## 7 STRUMENTI A SUPPORTO DELLA RETE SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE

### 7.1 TELEMEDICINA

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

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 attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione (es. BUL, 5G). Gli ambiti nei quali la Telemedicina viene applicata sono diversi e, a seconda del settore medico, assume nomi differenti, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: teleradiologia, teleassistenza domiciliare, telecardiologia, telepatologia, teledermatologia, teleriabilitazione, teleconsulto, ecc.

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. Le «Indicazioni» approvate dalla Conferenza Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 hanno definito con maggiore precisione cosa si intende per "Telemedicina", nelle varie declinazioni, focalizzando l'attenzione sulla qualità delle procedure a distanza e sulle modalità di esecuzione.

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

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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- telecooperazione: assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad un altro medico o altro operatore sanitario impegnato in un atto sanitario. Questa attività a seconda dei casi può essere ricondotta ad una delle precedenti, in particolare ad una visita multidisciplinare o ad un teleconsulto.

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 a cui si rimanda (in particolare per il telemonitoraggio, per la teleriabilitazione e per la Teleradiologia).

### 7.1.1 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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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.

#### **Obiettivi:**

- inclusione della telemedicina all'interno dei modelli di assistenza.

#### **Linee di intervento:**

- costituzione di una Cabina di Regia regionale con il compito di definire le caratteristiche e i requisiti di ordine tecnico, logistico, organizzativo e informativo per la realizzazione di un ecosistema di modelli e risorse in cui realizzare le iniziative di Telemedicina, anche mediante l'avvio di alcune iniziative sperimentali;
- definizione di regole e modalità omogenee per la erogazione di prestazioni in telemedicina, attraverso ulteriori successivi documenti attuativi;
- adeguamento dei sistemi informativi sanitari regionali e aziendali, dei flussi informativi, degli elenchi delle codifiche (es. Catalogo regionale delle prestazioni) e degli schemi delle informative secondo la normativa vigente in materia di privacy e sicurezza;
- sperimentazione del monitoraggio dei pazienti al domicilio attraverso piattaforme già realizzate nell'ambito delle cure primarie;
- promozione di attività formative e di iniziative di comunicazione legate ai progetti di Telemedicina, indirizzate sia al personale operante nel sistema sanitario regionale che al cittadino destinatario dei servizi;

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende Sanitarie.

#### **Linee di finanziamento:**

- PNRR;
- FESR;
- Fondi regionali.

#### **Nota Riferimenti normativi**

L'art. 8 bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. prevede che "Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza [...] avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies."

L'Intesa sancita in data 20 febbraio 2014 (repertorio atti n.16/CSR) in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, le Province Autonome sul documento recante "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali", esamina aspetti inerenti all'inquadramento strategico degli interventi, alla definizione e classificazione dei servizi di telemedicina, ai possibili modelli organizzativi, alla integrazione della telemedicina nel servizio sanitario, individuando gli elementi di riferimento necessari per una coerente progettazione ed impiego dei sistemi di telemedicina nell'ambito del SSN.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'Accordo tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 22 gennaio 2015 prevede la teleconsulenza per potenziare le reti regionali di Malattia Rara.

Il Piano Nazionale della Cronicità (accordo sancito ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28.8.1987, n. 281, in data 15 settembre 2016 - Rep. atti160/CSR) afferma che le tecnologie della sanità digitale (e-Health) e in particolare la Telemedicina e la Teleassistenza, consentono di favorire la gestione domiciliare della persona, anche nei processi di presa in carico del paziente cronico, e che il medesimo Piano propone la sperimentazione di modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente, individuando tali modelli nella teleassistenza domiciliare, nel teleconsulto specialistico, nel telemonitoraggio medico, nella telesorveglianza, nel telecontrollo.

Il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art.1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502" e in particolare l'art.15, comma 4, che specifica che le Regioni e le Province autonome disciplinano le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, e l'art. 21, comma 4, che specifica che nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio.

Il Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica amministrazione, approvato dal Presidente del Consiglio il 31.05.2017 e s.m.i, documento realizzato dall'Agenzia per l'Italia Digitale e dal Team per la Trasformazione Digitale attraverso il quale si definisce il modello di riferimento per lo sviluppo dell'informatica pubblica italiana, ed in particolare per la sanità un ruolo centrale è ricoperto dal Fascicolo sanitario elettronico (FSE), il Centro unico di prenotazione (CUP), il Progetto Telemedicina;

In ultimo le Linee nazionali di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19 del 3 giugno 2020, per la riattivazione delle attività ambulatoriali prevedono l'opportunità di privilegiare modalità di erogazione a distanza (telemedicina, videochiamata, videoconferenza), per particolari tipologie di prestazione (es. alcune tipologie di visite di controllo, aggiornamento di piani terapeutici).

DGR n. 40/4 del 04.08.2020 che ha recepito l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 16 del 20 febbraio 2014), recante "Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali" dando disposizione alle aziende di intensificare le visite a distanza al fine di limitare i vincoli imposti dall'emergenza pandemica COVID-19.

## 7.2 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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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. 42.

Figura 42 Fascicolo sanitario elettronico





REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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.

#### **Obiettivi:**

- mantenere ed evolvere il fascicolo socio sanitario elettronico regionale e garantire la sua alimentazione continuativa con dati e documenti digitali permettendo agli assistiti l'accesso, la consultazione e la gestione di essi.

#### **Linee di intervento:**

- favorire l'integrazione degli erogatori privati nell'alimentazione del FSE;
- strutturare un piano di gestione ed evoluzione del FSE, in coerenza con le direttive nazionali;
- redigere la carta dei servizi;
- sviluppare un piano di monitoraggio delle performance del servizio;
- strutturare un'adeguata campagna di comunicazione rivolta ai cittadini.

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- Società in house.

#### **Linee di finanziamento:**

- PNRR;
- FESR;
- FSE.

#### **Nota Riferimenti normativi**

Decreto Legge n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Articolo 12, Decreto Legge n. 179 del 18 ottobre 2012 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del paese"

Decreto Legge n. 69 del 21 giugno 2013 "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia"

DPCM n.178 del 29 settembre 2015 "Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico"

Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati);

Decreto 4 agosto 2017 "Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'art. 12, comma 15-ter del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221"

Informativa semplificata per gli assistiti art. 1, comma 382 della Legge di Bilancio 2017 e artt. 14-17 DM 4/8/2017 "Disponibilità dei dati del Sistema Tessera Sanitaria nel FSE"

Decreto del 25 ottobre 2018 "Modifica del decreto ministeriale 4 agosto 2017, concernente le modalità tecniche e i servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE)"



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Decreto-Legge n. 34/2020 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77 (c.d. "Decreto Rilancio")

Decreto-Legge n. 137 del 28 ottobre 2020 "Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19."

Decreto del Ministero delle Finanze attuativo del 3 novembre 2020, "Modalità attuative delle disposizioni di cui all'articolo 19, comma 1, del decreto-legge n. 137 del 28 ottobre 2020 (c.d. "Decreto Ristori").

## 7.3 SISTEMA INFORMATIVO DELLE CURE PRIMARIE

### 7.3.1 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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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.

#### **Obiettivi:**

- implementazione della cartella clinica territoriale informatizzata.

#### **Linee di intervento:**



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- concludere la procedura per l'acquisizione della piattaforma informatica per la presa in carico dei pazienti cronici prevista nel sottoprogetto 3 "Portale di Accesso alle Cure Primarie";
- completare il sistema informativo delle cure primarie 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;
- potenziare il sistema informativo, garantendone la massima interoperabilità al fine di migliorare i livelli di aggregazione e di fruibilità dei dati prodotti dai sistemi informativi sanitari e socio-sanitari, costituendo così una crescente mole di informazioni trasparenti "certificate" e facilmente disponibili;
- sviluppare gli strumenti telematici che consentano il miglioramento della circolarità delle informazioni nei percorsi assistenziali trasversali e nelle reti integrate di cura, con particolare riguardo alle condizioni di cronicità e fragilità, superando i confini della specializzazione e del setting di erogazione e i vincoli legati alle distanze geografiche ed alla disponibilità locale dei servizi diagnostici e di supporto specialistico; (CDR, implementazione della cartella socio-sanitaria);
- permettere il governo in tempo reale delle informazioni attraverso la crescente digitalizzazione dei percorsi sanitari (sia clinici che amministrativi) e la progressiva dematerializzazione dei documenti, al fine di ottimizzare i processi e aumentare il tempo di assistenza dedicato al paziente;
- migliorare l'accessibilità ai servizi da parte del cittadino (FSE, Sistema Informativo SISaR, Fase 2 SICP);
- garantire ampio accesso e utilizzo dei servizi innovativi proposti, con particolare riguardo per i cittadini anziani e/o con scarsa attitudine alla tecnologia attraverso la formazione degli operatori e dei pazienti e la funzione di coordinamento delle Centrali operative territoriali;
- adottare nuovi strumenti per l'analisi avanzata dei dati (advanced analytics) per poter non solo analizzare e descrivere i fenomeni sanitari e sociali esistenti (analisi descrittiva) ma anche per sviluppare strategie di presa in carico (medicina di iniziativa, Case Mix, Health Population Management, Data mining).

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- Società in house.

#### **Linee di finanziamento:**

- PNRR;
- FESR;
- Fondi regionali.

### **7.3.2 Numero unico europeo armonizzato (NEA) 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 che sarà offerto con l'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.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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 2014-2016" 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.

#### **Obiettivo:**

- attivazione del Numero unico europeo armonizzato (NEA) 116117 di continuità territoriale nella Regione Sardegna.

#### **Linee di intervento:**

- COVID;
- attivazione a livello regionale del NEA 116117.

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie.

#### **Linee di finanziamento:**

- FESR;
- Fondi regionali.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 8 GOVERNO DELLA DOMANDA E DELLE LISTE DI ATTESA

Il Servizio sanitario regionale si fonda su principi di equità e di universalità e assicura il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, nonché garantisce la progressiva riduzione dei tempi di attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie, come disposto dall'articolo 1 della legge di riforma sanitaria n. 24 del 11.09.2020.

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

A tal proposito, la Regione Sardegna ha definito le principali linee di intervento in materia di gestione dei tempi e delle liste di attesa con il Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021, approvato con la deliberazione di Giunta regionale n. 62/24 del 04.12.2020 e redatto secondo quanto previsto dal Piano Nazionale del Governo delle Liste di attesa (PNGLA), a seguito del quale le Aziende sanitarie adottano i propri Piani Attuativi. Il Piano regionale ha individuato le principali linee di intervento per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

In coerenza con quanto sopra descritto, la Regione Sardegna intende implementare un governo della domanda basato su principi di appropriatezza clinica e organizzativa che abbia come strategia il potenziamento della gestione delle liste di attesa e il corretto utilizzo delle classi di priorità.

Il concetto di priorità, attualmente legato alla gestione, tra le altre, delle prestazioni ambulatoriali e degli interventi chirurgici ambulatoriali programmati, è uno strumento che ha come obiettivo quello di rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni, mediante accessi differenziati, in relazione alla classe di priorità, collocando il cittadino al centro del processo di cura attraverso lo strumento della presa in carico globale.

Al fine di rendere omogenee le azioni da intraprendere su tutto il territorio regionale, è stata istituita la Cabina di Regia regionale per il Governo delle Liste di attesa, con il compito di:

- determinare le strategie per la gestione delle liste di attesa in accordo con il PRGLA;
- monitorare periodicamente la gestione delle agende e i relativi tempi di attesa delle prestazioni, individuando gli indicatori ed i relativi tempi di attuazione;
- individuare le aree prioritarie di intervento.

Inoltre, un sottogruppo tecnico della Cabina di Regia è stato incaricato di monitorare l'applicazione delle azioni inerenti al contenimento dei tempi di attesa e riferire alla medesima Cabina di Regia, rendendo disponibili le informazioni sul funzionamento globale dell'intero impianto alla direzione strategica, per facilitare le scelte di indirizzo.

La strategia di contenimento dei tempi di attesa che la Regione Sardegna intende implementare prevede che ciascuna agenda venga ripartita in classi di priorità, in ognuna delle quali sono distribuiti i posti complessivamente disponibili, secondo percentuali stabilite a priori e modificabili secondo l'andamento della domanda. I posti occupati in una classe di priorità vengono resi disponibili, nei giorni immediatamente precedenti alla scadenza, alla prenotazione in un'altra classe di priorità. Questo meccanismo consente di



utilizzare efficacemente la capacità dell'offerta dell'Azienda, anche in momenti particolari dell'anno o per prestazioni per le quali la domanda è oscillante e non prevedibile a priori.

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

## 8.1 LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

### 8.1.1 Regole prescrittive

Per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva della specialistica ambulatoriale, così come disposto dalla normativa nazionale, l'accesso alle prestazioni sanitarie, da parte del cittadino, si realizza con l'inserimento della relativa richiesta nelle liste di attesa secondo le classi di priorità indicate sulla ricetta. I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i medici erogatori delle prestazioni sanitarie rivestono un ruolo centrale nell'utilizzo di modalità organizzative basate sulla selezione delle priorità. Il medico di medicina generale, inoltre, concorre al processo di governo della domanda attraverso l'analisi dei bisogni, la scelta clinico-terapeutica e l'individuazione di un percorso assistenziale efficace e appropriato.

Sulla base delle corrette indicazioni cliniche, le classi di priorità rappresentano un valido strumento per assegnare il corretto tempo di accesso alle prestazioni sanitarie e il regime organizzativo più adatto. Al fine di raggiungere questo obiettivo, il medico prescrittore deve indicare obbligatoriamente su tutte le prescrizioni le seguenti indicazioni:

- le informazioni anagrafiche del cittadino;
- le prestazioni prescritte;
- il quesito diagnostico;
- la tipologia di accesso ("prima visita/esame/accesso" oppure "accesso successivo");
- la classe di priorità con la specifica indicazione del codice di priorità (U, B, D, P) solo per la prima visita/esame/accesso<sup>42</sup>.

Le classi di priorità attribuibili alle prestazioni di primo accesso sono indicate nella tabella che segue (Tab. 100).

*Tabella 100 Classi di priorità attribuibili alle prestazioni di primo accesso*

Codice di priorità	Tempo massimo di attesa
<b>U (Urgente)</b>	Da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore
<b>B (Breve)</b>	Da eseguire entro 10 giorni
<b>D (Differibile)</b>	Da eseguire entro 30 giorni se prima visita specialistica
	Da eseguire entro 60 giorni se primo esame di diagnostica strumentale
<b>P (Programmata)</b>	Da eseguire entro 120 giorni

<sup>42</sup> La Classe di priorità fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per Classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. La valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La classe di priorità P è riferita esclusivamente alle prestazioni di primo accesso, da garantire al massimo entro 120 giorni. Gli accessi successivi, *follow up* e visite di controllo, sono gestiti separatamente dai primi accessi. Inoltre, tutte le prestazioni inserite in una prescrizione, della stessa branca, hanno il medesimo tipo di accesso, il medesimo quesito diagnostico, la medesima classe di priorità. Tutte le prestazioni nelle quali non è indicata la classe di priorità si intendono accessi successivi.

Tra le azioni di governo che la Regione Sardegna intende rafforzare vi è l'obbligo di indicare chiaramente il quesito diagnostico su tutte le prescrizioni per la buona pratica clinica, sia che si tratti di primo accesso che di accesso successivo. Il quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni successive al primo accesso, le quali saranno prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione.

Le Aziende sanitarie del Servizio regionale attraverso i Piani Attuativi Aziendali di Governo delle Liste di attesa (PAGLA) declinano a livello aziendale quanto disposto dal Piano regionale, prevedendo attività sistematiche e continuative di valutazione dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, al fine di uniformare i comportamenti prescrittivi, in riferimento ai seguenti fattori:

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

Le Aziende sanitarie, che erogano le prestazioni, devono rispettare i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, per ogni classe di priorità.

La Regione Sardegna intende individuare strumenti e modalità collaborative tra tutti gli attori del sistema per rispondere in modo tempestivo sia ai bisogni assistenziali di nuova insorgenza, sia per assicurare il percorso assistenziale dei pazienti con patologie croniche, garantendo la gestione integrata e programmata dei protocolli diagnostici.

Inoltre, è necessario implementare la distinzione tra le prime visite e le visite successive, di controllo/*follow up*, supportando progetti volti alla separazione dei canali di primo accesso e quelli di controllo, sia per le visite specialistiche che per le prestazioni strumentali, per branche critiche.

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prestazioni strumentali di primo accesso, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono invece escluse dal monitoraggio tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva (*screening*), le prestazioni erogate nei consultori e in contesti assistenziali diversi.

### 8.1.2 Modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei

La Regione Sardegna promuove il governo della domanda di prestazioni specialistiche implementando l'utilizzo del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO). Il modello RAO parte dall'assunto che i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, oggetto di monitoraggio, debbano essere differenziati e raggruppati in quattro classi di priorità (U, B, D, P), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui. Il suddetto modello necessita del coinvolgimento dei medici prescrittori (MMG, PLS e specialisti) e dei soggetti erogatori e indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni.

Con la deliberazione di Giunta regionale n. 19/42 del 17.04.2018, sono state approvate le linee di indirizzo per la definizione e applicazione dei raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) e degli ambiti territoriali di



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

garanzia. Successivamente, con deliberazione n. 59/5 del 4.12.2018, la Giunta regionale ha approvato il modello RAO relativo alle 43 prestazioni soggette a monitoraggio nel PRGLA 2010/2012 e gli ambiti territoriali di garanzia entro i quali deve essere garantita l'erogazione nei tempi massimi previsti dalle classi di priorità.

Un ulteriore obiettivo regionale per il governo dei tempi di attesa è l'aggiornamento delle tabelle RAO che contengono le condizioni cliniche più frequenti che giustificano un accesso prioritario, incluse nel "Manuale RAO Agenas", aggiornato al 2020. A tal proposito, la Regione Sardegna intende rivalutare anche gli ambiti territoriali attualmente articolati su tre livelli: macro-area "nord-centro-sud", area socio-sanitaria e distretto.

### 8.1.3 La ricetta elettronica dematerializzata

Per la piena attuazione del Piano nazionale e regionale di governo delle liste di attesa, un ulteriore obiettivo che la Regione Sardegna intende implementare è l'informatizzazione del processo di prescrizione, prenotazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, al fine di permettere il monitoraggio delle attività, rilevare le eventuali criticità e, altresì, permettere l'accesso alle cure in modo uniforme su tutto il territorio regionale.

La Regione Sardegna intende proseguire e potenziare il piano di diffusione della ricetta medica dematerializzata, di cui al D.M. del 2 novembre 2011, avviata a livello regionale con deliberazione di Giunta n. 13/4 del 31.03.2015, sia mediante l'interoperabilità dei sistemi in uso presso le strutture ospedaliere e territoriali e presso gli operatori sanitari coinvolti, sia mediante investimenti *ad hoc* per la diffusione degli strumenti tecnologici necessari all'incremento delle prescrizioni con ricetta dematerializzata.

L'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata contribuisce efficacemente al processo di razionalizzazione della domanda e dell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie per il perseguimento dell'efficacia e della sostenibilità del Servizio sanitario, incidendo sulla gestione delle liste di attesa e sulla diffusione controllata delle classi di priorità secondo il modello RAO.

Con la deliberazione n. 42/35 del 22.10.2019, la Giunta ha approvato le Linee guida regionali per i medici prescrittori e per le strutture sanitarie erogatrici in materia di ricetta dematerializzata, allo scopo di estendere l'utilizzo della ricetta elettronica su tutto il territorio regionale. Le prestazioni e le terapie prescrivibili in regime SSN mediante ricetta dematerializzata sono state approvate con la deliberazione di Giunta regionale n. 32/51 del 08.08.2019 e definite all'interno del Catalogo regionale, il quale è periodicamente aggiornato dalla Direzione generale della Sanità e pubblicato sul sito web istituzionale "SardegnaSalute.it" alla voce "Ricetta elettronica dematerializzata".

## 8.2 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Per garantire la governance delle liste di attesa, a livello regionale e aziendale, la Regione Sardegna prevede un sistema di monitoraggio dei tempi di attesa, dei volumi di prescrizione per tipologia e dell'appropriatezza prescrittiva, per la gestione di eventuali criticità e al fine di garantire a tutti gli assistiti un accesso equo alle prestazioni sanitarie. È in capo all'Osservatorio epidemiologico regionale (OER) la competenza, tra le altre, del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni e la definizione e l'aggiornamento del Programma regionale di contenimento dei tempi di attesa.

Per la rilevazione dei tempi di attesa e i relativi flussi informativi si rimanda al paragrafo 6 del PNGLA 2019-2021 e all'Allegato B "Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa" del PNGLA 2019-2021 in cui vengono descritti gli aspetti operativi per i seguenti monitoraggi:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1. ex-post delle prestazioni specialistiche in regime istituzionale;
2. ex-ante delle prestazioni specialistiche in regime istituzionale;
3. ex-post delle attività di ricovero programmate;
4. delle sospensioni delle attività di erogazione;
5. dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico;
6. ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente);
7. della presenza sui siti web della Regione e delle Aziende Sanitarie della sezione dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
8. dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione nel sistema CUP.

I monitoraggi sopra elencati sono individuati a livello nazionale e costituiscono obbligo informativo verso le istituzioni competenti, pertanto, le Aziende del SSR assicurano la trasmissione sistematica dei flussi informativi nel rispetto della tempistica di invio dei dati nonché la loro completezza. Inoltre, le azioni di monitoraggio si basano sul presupposto che tutte le Agende di prenotazione, comprese quelle relative alla libera professione intramuraria, siano gestite dai sistemi CUP.

La Regione Sardegna supporta attività volte a garantire l'interoperabilità e l'integrazione con i sistemi informativi presenti nelle Aziende, ed anche un costante aggiornamento delle dotazioni tecnologiche.

#### **Obiettivi:**

- progressiva riduzione dei tempi di attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie;
- potenziamento delle liste di attesa e il corretto utilizzo delle classi di priorità;
- implementazione di forme di integrazione dei dati sanitari con i diversi attori coinvolti nel processo di cura che condividono le informazioni sanitarie del paziente, al fine di offrire servizi territoriali integrati di assistenza primaria (obiettivo comune al Piano della Cronicità).

#### **Linee di intervento:**

- potenziamento delle prestazioni aggiuntive dei medici dipendenti delle Aziende sanitarie;
- potenziamento dell'offerta di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed aumento delle ore per gli specialisti ambulatoriali convenzionati;
- potenziamento del budget degli erogatori privati accreditati;
- aggiornamento delle tabelle RAO tramite approvazione di nuova deliberazione di Giunta regionale e rivalutazione degli ambiti territoriali;
- verifica dell'equilibrio tra le prestazioni specialistiche ambulatoriali in attività ordinaria, attività aggiuntiva e intramoenia. Si precisa che l'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive rappresenta un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini del governo dei tempi di attesa;
- monitoraggio della capacità produttiva delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini e implementazione di strategie per aumentare la capacità produttiva delle stesse;
- efficientamento del sistema di prenotazione e verifica dell'aderenza alle stesse;
- aggiornamento periodico del Catalogo regionale contenente le prestazioni e le terapie prescrivibili in regime SSN mediante ricetta dematerializzata.

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Aziende sanitarie;
- operatori sanitari e socio-sanitari territoriali.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**Linee di finanziamento:**

- Assegnazioni statali;
- Fondi regionali.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 9 LA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

La tutela della salute in ambito materno infantile costituisce un impegno di valenza strategica nei sistemi socio sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione hanno sulla qualità del benessere psicofisico, nella popolazione generale attuale e futura. L'Organizzazione mondiale della sanità ha individuato, infatti, nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino, uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale.

Con il DPCM 29 novembre 2001 ("Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)") sono stati previsti quali LEA distrettuali l'attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione volontaria della gravidanza attraverso le prestazioni relative a:

- educazione alla maternità responsabile e somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile;
- tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
- assistenza alle donne in stato gravidanza;
- assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza;
- assistenza ai minori in stato di abbandono o in situazione di disagio;
- adempimenti per affidamenti ed adozioni.

Il DPCM 12 gennaio 2017 ("Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502"), all'articolo 24 riguardante l'Assistenza sociosanitaria, individua e amplia le precedenti prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative, che il Servizio sanitario nazionale deve garantire alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. La collocazione privilegiata di molte di queste attività è il Consultorio familiare che, quindi, a seguito di queste disposizioni, trova conferma rispetto al ruolo e alle funzioni, da rilanciare e consolidare.

L'inserimento nella programmazione regionale della realizzazione di reti dedicate al tema materno infantile è stato individuato, quale strumento cardine per l'integrazione tra il territorio e l'ospedale, per garantire la presa in carico, la continuità assistenziale e l'umanizzazione della nascita, tra le linee d'azione previste nell'Accordo Stato Regioni del 16/12/2010 "*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*". I consultori familiari vengono identificati come un importante strumento all'interno del Distretto per attuare gli interventi previsti per la gravidanza e per l'assistenza alla puerpera ed al neonato.

Con il seguente Piano si intende riorganizzare il sistema di servizi per la tutela della salute della donna e del bambino su tre livelli:

- **un livello di base**, rivolto ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie, erogato dal territorio, caratterizzato dalla prossimità dei servizi nell'ambito dell'assistenza distrettuale ad accesso diretto. Tra questi, oltre all'assistenza delle cure primarie (MMG/PLS, psicologi delle cure primarie), i consultori familiari (CF) rappresentano i servizi sociosanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari che garantiscono, tra le attività principali, la prevenzione e promozione della salute, la presa in carico dei casi di lieve entità, l'inquadramento diagnostico e l'indirizzamento ai servizi specialistici dei casi di media e grave entità;
- **un livello specialistico**, con attività di diagnosi e cura ambulatoriale svolta presso:
  - gli ambulatori della specialistica ambulatoriale del distretto;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- gli ambulatori ospedalieri nei quali l'attività è riservata prioritariamente ad un più elevato livello assistenziale, in ragione delle maggiori potenzialità di diagnosi e cura, in termini di risorse strumentali ed esperienza professionale, che un presidio ospedaliero usualmente possiede. La specialistica ambulatoriale ospedaliera è, infatti, da intendersi come una "funzione territoriale" svolta in un setting di terzo livello.
- un livello di assistenza ospedaliera.

## 9.1 LA RETE MATERNO INFANTILE

L'accesso alla rete può avvenire in qualunque livello ma deve essere ricondotto, quando possibile, verso l'assistenza territoriale, lasciando all'ospedale la gestione delle problematiche con un elevato grado di complessità assistenziale, evitando così l'improprio affollamento dell'ospedale anche per problemi gestibili efficacemente a livello territoriale.

Dal punto di vista organizzativo, i nodi della rete sono rappresentati dalle articolazioni aziendali dell'assistenza territoriale quali, ad esempio, le cure primarie, i consultori familiari, i servizi di specialistica ambulatoriale (ginecologia ed ostetricia, pediatria, psicologia), le Case della comunità, i dipartimenti di prevenzione, i dipartimenti di salute mentale, incluse le dipendenze patologiche, con le relative articolazioni per adulti e minori.

Vi sono poi i nodi della rete di ambito ospedaliero, intra ed interaziendale, quali le Strutture di ginecologia ed ostetricia, le Strutture pediatriche/neonatologiche, la terapia intensiva neonatale, i pronto soccorso ospedalieri, i servizi di neuropsichiatria infantile.

Nodi della rete in ambito extra sanitario, spesso anche potenziali invianti ai servizi, sono infine le famiglie, la scuola, i servizi sociali dei Comuni, i tribunali ordinari e per minori e l'associazionismo.

Per rendere più efficace e fluida la collaborazione tra i diversi attori, garantire la presa in carico, la continuità d'accesso alla rete d'offerta, la continuità assistenziale e l'appropriatezza delle prestazioni, risulta utile l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale e la realizzazione di reti di cura integrate dedicate al tema materno-infantile per condividere obiettivi, modalità operative e di comunicazione tra consultori familiari e gli altri nodi della rete. L'azione della rete materno infantile è diretta alle seguenti fasce di popolazione, differenziate in base ai bisogni di salute:

1. la **popolazione sana** destinataria di interventi di prevenzione e promozione della salute messi in atto dal CF in collaborazione con altri attori istituzionali della rete, quali i dipartimenti di prevenzione, le case della comunità, specialmente in relazione agli MMG/PLS e degli psicologi delle cure primarie e con 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 attua principalmente attraverso lo sviluppo, l'implementazione e il monitoraggio di un programma coordinato di interventi di prevenzione e promozione della salute realizzati attraverso l'offerta attiva.
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 (MMG/PLS/psicologi delle cure primarie e CF), quelle di livello specialistico. È prevista inoltre la partecipazione del livello ospedaliero, tipicamente coinvolto, ad esempio, nei percorsi nascita o nell'interruzione



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

volontaria di gravidanza. In questa modalità operativa la Rete è proattiva, ha obiettivi di medio-lungo termine e si esplicita attraverso l'ascolto dei bisogni di salute e l'attivazione dei servizi della rete più appropriati alla loro soddisfazione, la diagnosi e presa in carico dei casi a minore complessità e gravità. La presa in carico del paziente viene attuata attraverso percorsi uniformi per la 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. L'omogeneizzazione delle procedure è attuata anche attraverso 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 ed altre figure professionali);

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, spesso tramite il Pronto Soccorso. In questa modalità di attivazione, la rete opera prevalentemente attraverso i servizi ospedalieri, i quali, effettuano 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 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 alla presa in carico e stabilizzazione del paziente in fase acuta ed al successivo avvio del paziente ai percorsi di presa in carico sul territorio (Transitional Care) attraverso 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 tramite protocolli clinici condivisi con gli altri nodi della Rete. Sono inoltre previsti percorsi di formazione degli operatori della rete volti a migliorare l'azione del sistema.

Tabella 101 Modalità di attivazione della Rete materno infantile

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.	Presa in carico e stabilizzazione del paziente in fase acuta;  avvio del paziente ai percorsi di presa in carico sul territorio (Transitional Care).

La Tabella 102 riporta sinteticamente le modalità di attivazione definite sulla base delle caratteristiche della popolazione target e delle aree di attività previste in ambito materno infantile nel DPCM LEA del 2017.



Tabella 102 Ambiti di attività e attivazione della Rete materno infantile

Area	Ambiti di attività previsti dal DPCM LEA 2017	Attivazione Rete	Popolazione	Nodi
Prevenzione e terapia MST e tumori genitali femminili	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tutela della salute della donna, prevenzione e terapia delle malattie sessualmente trasmissibili,</li> <li>- prevenzione e diagnosi precoce dei tumori genitali femminili in collaborazione con i centri di screening, e delle patologie benigne dell'apparato genitale;</li> </ul>	Preventiva e Proattiva	popolazione sana e popolazione con bisogni prevedibili	MMG/PLS Consultori familiari Dipartimento prevenzione Scuole Centri screening Specialistica ambulatoriale Ospedale
Procreazione responsabile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile;</li> <li>- somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile;</li> </ul>	Preventiva e Proattiva	popolazione sana e popolazione con bisogni prevedibili	Consultori familiari MMG Scuola
Percorso nascita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consulenza preconcezionale;</li> <li>- assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico;</li> <li>- corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione con il presidio ospedaliero;</li> <li>- assistenza al puerperio e supporto nell'accudimento del neonato;</li> </ul>	Proattiva	popolazione con bisogni prevedibili	MMG/PLS Consultori familiari Specialistica ambulatoriale Ospedale
IVG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consulenza, supporto psicologico e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza e rilascio certificazioni;</li> </ul>	Proattiva	popolazione con bisogni prevedibili	MMG Consultori familiari Specialistica ambulatoriale Ospedale Comuni
PMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita;</li> </ul>	Proattiva	popolazione con bisogni prevedibili	MMG Consultori familiari Specialistica ambulatoriale Ospedale



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Area	Ambiti di attività previsti dal DPCM LEA 2017	Attivazione Rete	Popolazione	Nodi
Menopausa	- consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa;	Proattiva	popolazione con bisogni prevedibili	MMG Consultori familiari Specialistica ambulatoriale Ospedale
Problemi individuali, di coppia, famiglia	- consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia; - psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);	Proattiva	popolazione con bisogni prevedibili	MMG/PLS Consultori familiari Dipartimento salute mentale
Supporto psicologico e sociale a minori e nuclei familiari in condizioni di disagio	- prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi; - supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio;	Proattiva	popolazione con bisogni prevedibili	MMG/PLS Consultori familiari Dipartimento salute mentale Comuni Tribunale Ordinario e Minori
Adolescenti	- consulenza e assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche;	Preventiva e Proattiva	popolazione sana e popolazione con bisogni prevedibili	MMG/PLS Consultori familiari Specialistica ambulatoriale Ospedale Scuola
Affidamento e adozione	- valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione, anche nella fase successiva all'inserimento del minore nel nucleo familiare; - rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);	Proattiva	popolazione con bisogni prevedibili	Psicologo delle cure primarie Consultori familiari Comuni Tribunale Ordinario e Minori
Violenza	- prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale;	Preventiva e Reattiva	popolazione sana e popolazione con bisogni imprevisti	MMG/PLS Consultori familiari Ospedale Centri antiviolenza Tribunale Ordinario e Minori



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Area	Ambiti di attività previsti dal DPCM LEA 2017	Attivazione Rete	Popolazione	Nodi
Consulenza	- consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali territoriali; - consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale.	Proattiva	Popolazione con bisogni prevedibili	Altri servizi distrettuali MMG/PLS Consultori familiari

All'interno del capitolo 3 del presente Piano, "Mappatura delle strutture socio-sanitarie", sono riportati i nodi della rete materno infantile: i consultori familiari, le Strutture di ginecologia ed ostetricia, le Strutture pediatriche/neonatologiche, le terapie intensive neonatali.

Per quanto riguarda le prestazioni relative all'attività materno infantile dalla specialistica ambulatoriale del territorio ed ospedaliera, sono stati analizzati i dati del Flusso SAM relativi al 2019, delle prestazioni di ecografia ostetrica, ecografia ginecologica, ecografia ovarica, visite ginecologiche e visite pediatriche.

Dall'analisi dei dati, rappresentati nel capito 2 paragrafo 2.2.10 relativo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale del materno infantile emerge una evidente differenza nella distribuzione dell'erogazione delle suddette prestazioni tra le sedi ospedaliere e quelle territoriali, arrivando in alcuni territori ad essere erogate esclusivamente a livello ospedaliero.

Il presente Piano, intende riorganizzare il sistema di servizi per la tutela della salute della donna e del bambino attraverso i seguenti obiettivi:

### 1. Obiettivo:

Riorganizzazione dell'assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie attraverso la realizzazione della rete di cura integrata dedicata al tema materno-infantile. La stessa dovrà essere costruita su ciascun territorio tenendo conto dei punti di forza e di debolezza del sistema locale, ma con un orientamento univoco attraverso la partecipazione, in modo coordinato e sinergico, di tutte le articolazioni aziendali coinvolte nella rete: dal distretto socio-sanitario - nelle sue varie articolazioni- alle Strutture Operative ospedaliere.

### Linee di intervento:

- attribuzione degli obiettivi strategici della rete, per il triennio, dalla Regione alle Aziende sanitarie, e da queste declinati in obiettivi operativi annuali per le articolazioni organizzative aziendali che ne fanno parte;
- facilitazione dei processi di costruzione delle interdipendenze tra i nodi della rete;
- regolazione del processo di ridefinizione dei gradi d'autonomia dei punti della rete a vantaggio delle interconnessioni della stessa;
- facilitazione della comunicazione efficiente ed efficace anche tramite il supporto dell'ICT e della telemedicina;
- predisposizione di un percorso formativo integrato per operatori sanitari e sociali coinvolti;
- misurazione dei risultati di attività della rete attraverso la definizione di indicatori;
- implementazione della presenza di attività di mediazione linguistico-culturale a disposizione dei diversi nodi della rete.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 2. 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).

### Soggetti coinvolti:

- MMG/PLS;
- Strutture ospedaliere;
- Consultori familiari;
- Dipartimento prevenzione;
- Dipartimento della Salute mentale;
- Comuni;
- Tribunale ordinario dei minori;
- centri antiviolenza;
- scuole;
- altri attori istituzionali presenti sul territorio.

### Linee di finanziamento:

- FESR;
- FSE;
- PN Equità nella salute;
- Fondi regionali.

## 9.2 PERCORSO NASCITA

Il percorso nascita supporta in maniera continuativa la salute materno infantile a partire dalla fase preconcezionale, attraverso quella del concepimento, della gravidanza, del parto e fino ad arrivare alla salute



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

del nato e della puerpera, che costituiscono di fatto una sequenza di eventi concatenati. A tal fine anche i percorsi assistenziali devono riprodurre questa continuità attraverso l'integrazione funzionale e la cooperazione tra i vari nodi della rete in ambito sanitario, territoriale ed ospedaliero, generando un patrimonio informativo comune, adatto alla valutazione e all'eventuale riorientamento di azioni e servizi.

A livello territoriale, i consultori familiari vengono identificati dal suddetto Accordo Stato Regioni del 16/12/2010 come un importante strumento del distretto per attuare gli interventi previsti per la gravidanza.

Nello specifico il consultorio assicura:

- la prima presa in carico della donna gravida con lo scopo di eseguire una prima valutazione del rischio, con l'eventuale invio, in caso di gravidanza non fisiologica, al nodo della rete di livello assistenziale adeguato;
- la gestione della gravidanza fisiologica fino alla 36° settimana;
- i corsi di accompagnamento alla nascita, ove possibile, a gestione integrata (territorio/ospedale);
- l'invio guidato al punto nascita alla 36° settimana (ambulatorio della gravidanza a termine);
- l'invio guidato al punto nascita in qualunque momento in caso di insorgenza di patologia o di gravidanza a rischio;
- la continuità dell'assistenza della puerpera e del neonato.

Al fine di integrare le attività territoriali con la Rete neonatologica e dei Punti nascita già definita nel documento di "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna" approvato dal Consiglio regionale nella seduta del 25 ottobre 2017, la Regione si prefigge il seguente obiettivo:

**Obiettivo:**

- attivazione della rete del percorso nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale.

**Linee di intervento:**

- prevedere percorsi assistenziali differenziati, favorendo la gestione delle gravidanze fisiologiche presso il territorio, soprattutto nei consultori familiari;
- definire le patologie e condizioni definite come "moderate" o "severe" che devono essere valutate da un medico specialista e definizione delle modalità di indirizzo verso le strutture di livello assistenziale adeguato;
- valutare il rischio materno e fetale attraverso l'implementazione della scheda di valutazione del rischio ostetrico, adattata al contesto territoriale, presso i nodi della rete territoriale di I livello (consultori familiari) e di II livello (ambulatori di specialistica ambulatoriale) al fine di attivare i percorsi assistenziali specifici appropriati in relazione alla valutazione del rischio rilevato, con conseguente invio della donna ai nodi della rete di livello idoneo alla complessità del rischio;
- definire le modalità di indirizzo delle gestanti verso le strutture di I livello distribuite sull'intero territorio regionale per la valutazione precoce del livello di rischio e promozione di percorsi assistenziali appropriati e diversificati per grado di rischio.
- promuovere l'adozione di strumenti di collegamento e comunicazione tra le diverse strutture ospedaliere e territoriali, quale, ad esempio, la cartella gravidanza parto puerperio integrata territorio-ospedale e la predisposizione di agende dedicate alle pazienti gravide, accessibili dai diversi nodi della rete, per l'esecuzione di esami strumentali e visite;
- garantire la diffusione dei corsi di accompagnamento alla nascita sul territorio in collaborazione con i punti nascita;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- favorire le dimissioni protette delle puerpere e dei neonati promuovendo il ritorno al territorio (consultorio familiare e pediatra di libera scelta).

#### **Soggetti coinvolti:**

- MMG/PLS;
- Consultori familiari;
- Comuni;
- Strutture ospedaliere;
- altri attori istituzionali presenti sul territorio.

#### **Linee di finanziamento:**

- FESR;
- FSE;
- PN Equità nella salute;
- Fondi regionali.

### **9.3 PERCORSO DI INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA**

Tenuto conto della raccomandazione formulata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in ordine alla somministrazione di mifepristone e misoprostolo, delle più aggiornate evidenze scientifiche sull'uso di tali farmaci, nonché del ricorso nella gran parte degli altri Paesi Europei al metodo farmacologico di interruzione della gravidanza in regime di day hospital e ambulatoriale, la Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute ha predisposto le "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine", in aggiornamento a quelle emanate nel 2010, sulle quali il Consiglio Superiore di Sanità, nella seduta straordinaria del 4 agosto 2020, ha espresso parere favorevole al ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza con metodo farmacologico presso strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all'ospedale ed autorizzate dalla Regione, nonché consultori, oppure day hospital.

Successivamente al parere del Consiglio Superiore di Sanità, è stata emanata la Determina n. 865 del 12 agosto 2020 dell'Agenzia Italiana del Farmaco "Modifica delle modalità di impiego del Medicinale a base di mifepristone (RU486)" nella quale vengono superate le precedenti limitazioni contenute nella Delibera del Consiglio di Amministrazione AIFA n. 14 del 30 luglio 2009 e nella Determinazione del Direttore generale dell'AIFA del 24 novembre 2009. Con la nuova Determina AIFA, risulta annullato il vincolo relativo all'utilizzo del farmaco mifepristone in regime di ricovero dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla conclusione del percorso assistenziale.

#### **Obiettivo:**

- ridurre il ricorso all'aborto chirurgico in favore dell'aborto medico con aumento della compliance da parte delle donne, riduzione dei costi e maggiore disponibilità delle sale per le altre attività chirurgiche.

#### **Linee di intervento:**

- recepire le linee guida nazionali e predisporre le linee di indirizzo regionali per l'effettuazione di IVG farmacologica in ambulatori pubblici adeguatamente attrezzati funzionalmente collegati all'ospedale;
- attivare un progetto sperimentale, della durata di 18 mesi, finalizzato alla esecuzione di IVG farmacologica in regime ambulatoriale presso alcuni consultori familiari ed alcuni ambulatori (territoriali ed ospedalieri), funzionalmente collegati con le strutture ospedaliere, attraverso la formalizzazione di



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

protocolli tra le strutture individuate e le strutture ospedaliere di riferimento, per poter creare dei percorsi di tutela delle donne in caso di urgenza;

- istituire un tavolo tecnico per il monitoraggio delle attività, verifica di fattibilità ed eventuale adeguamento dei requisiti minimi e di accreditamento e per la individuazione di una prestazione specifica da introdurre nel nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che includa tutto l'iter dalla somministrazione dei due farmaci, mifepristone e prostaglandine, agli esami e alle visite di controllo, senza compartecipazione alla spesa.

#### **Soggetti coinvolti:**

- MMG/PLS;
- Consulteri familiari;
- Comuni;
- Strutture ospedaliere;
- altri attori istituzionali presenti sul territorio.

#### **Linee di finanziamento:**

- FESR;
- FSE;
- PN Equità nella salute;
- Fondi regionali.

## **9.4 RETE TERRITORIALE ANTIVIOLENZA**

Le “*Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza*”, adottate con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 novembre 2017, sono finalizzate a garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne e degli eventuali figli minori, testimoni o vittime di violenza, a partire dal triage e fino al loro accompagnamento/orientamento, se consenzienti, ai servizi pubblici e privati dedicati, presenti sul territorio di riferimento al fine di elaborare, con le stesse, un progetto personalizzato di sostegno e di ascolto per la fuoriuscita dalla esperienza di violenza subita. Il documento individua la Rete antiviolenza e gli attori coinvolti e dispone che ogni attore della rete antiviolenza territoriale agisca secondo le proprie competenze ma con un approccio condiviso e integrato ad esclusivo vantaggio della donna, garantendone l'autodeterminazione nelle scelte da intraprendere. A tal fine il documento prevede la formalizzazione di protocolli operativi di rete specifici e strutturati che garantiscano il raccordo operativo e la comunicazione tra la struttura sanitaria e ospedaliera e i servizi generali e specializzati dedicati, presenti sul territorio di riferimento. Tali protocolli devono individuare interventi comuni e condivisi tra tutti gli attori della rete territoriale, per assicurare adeguata assistenza, accompagnamento e orientamento, protezione e messa in sicurezza della donna.

#### **Obiettivo:**

- attivazione della parte sanitaria della rete antiviolenza territoriale.

#### **Linee di intervento:**

- stesura ed adozione del documento di attuazione delle “*Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza*”;
- formazione professionale degli operatori della rete;
- campagna informativa.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Soggetti coinvolti:

- MMG/PLS;
- Strutture ospedaliere;
- Consultori familiari;
- Dipartimento della Salute mentale;
- Comuni;
- Tribunale ordinario dei minori;
- centri antiviolenza;
- altri attori istituzionali presenti sul territorio.

### Linee di finanziamento:

- FESR;
- FSE;
- PN Equità nella salute;
- Fondi regionali.



## 10 LA SALUTE MENTALE E L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

### 10.1 PREMESSA

I determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali includono, oltre ad assetti individuali come la capacità di gestire i propri pensieri, le emozioni, i comportamenti e le relazioni con gli altri, anche fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali, quali le politiche nazionali in diversi ambiti, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative. L'esposizione alle avversità sin dalla tenera età rappresenta un fattore di rischio per disturbi mentali ormai riconosciuto e prevenibile.

Le persone con disturbi mentali hanno tassi di disabilità e di mortalità più elevati rispetto alla media; le persone con depressione maggiore e schizofrenia, ad esempio, registrano fino al 60% in più di probabilità di morte prematura rispetto al resto della popolazione, a causa di altre malattie non trattate e di suicidio, il quale nei giovani con disturbo mentale rappresenta la seconda causa di mortalità su scala mondiale.

L'influenza fra disturbi mentali e altre malattie, come il cancro, le malattie cardiovascolari e l'infezione da HIV/AIDS è circolare: la depressione, per esempio, può causare una predisposizione all'infarto del miocardio e al diabete i quali, a loro volta, aumentano il rischio d'insorgenza di una depressione. I disturbi mentali, inoltre, sono spesso associati all'uso di sostanze psicoattive e, più in generale, alle dipendenze patologiche.

I disturbi mentali fanno spesso precipitare gli individui e le loro famiglie in una condizione di povertà. La perdita della casa e la detenzione inappropriata sono molto più frequenti nelle persone con disturbi mentali che nella popolazione generale, e aggravano ulteriormente la loro condizione di emarginazione e la loro vulnerabilità. A causa della stigmatizzazione e della discriminazione, le persone con disturbo mentale vedono violati i loro diritti umani e molte di loro vengono private dei loro diritti economici, sociali, e culturali, sono vittime di limitazioni nel diritto al lavoro, all'istruzione, alla procreazione ed alla possibilità di ottenere le migliori condizioni di salute.

Dal punto di vista strategico, il "Piano d'azione europeo per la salute mentale" dell'OMS 2013-2020 riconoscendo il ruolo essenziale della salute mentale ai fini della realizzazione dell'obiettivo di salute per ciascun individuo ed il "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" (PANSM), approvato in conferenza unificata con accordo n. 4 del 24.01.2013, offrono indirizzi e presentano le priorità degli interventi per l'organizzazione dei servizi di tutela della salute mentale.

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

Col presente Piano la regione Sardegna fornisce indirizzi per il potenziamento dei 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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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.

Per quanto sopra, il presente Piano promuove e tutela la salute mentale attraverso la Rete Regionale dei Servizi per la Salute Mentale (ReRS-SM), la quale opera a beneficio dell'intera popolazione sarda, nella dimensione individuale e collettiva, offrendo servizi differenziati per sottogruppi di assistiti.

### 10.2.1 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 (si rimanda al paragrafo 5.1 del seguente Piano).

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 impreveduti 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 i 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. 103 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 103 Quadro sinottico della Rete regionale dei Servizi per la Salute Mentale (ReRS-SM)

Modalità di attivazione	Popolazione target	Obiettivi	Strumenti di lavoro	Nodi attivati
<b>Preventiva</b>	Popolazione sana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppo, implementazione e monitoraggio di un programma coordinato di interventi di prevenzione e promozione della salute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventi di empowerment</li> <li>- Azioni di advocacy per la tutela della Salute Mentale</li> <li>- Altri interventi evidence-based</li> </ul>	Dipartimenti di Psicologia di cure primarie, Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, Case della Comunità (MMG/PLS e IC), Consulori Familiari, Comuni, sistema scolastico e formativo, altro
<b>Proattiva</b>	Popolazione con bisogni prevedibili (pazienti mono o pluripatologici con bisogni semplici o complessi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ascolto dei bisogni di salute e attivazione dei servizi della rete più appropriati alla loro soddisfazione</li> <li>- Presa in carico e gestione dei pazienti con disagio e disturbo mentale</li> <li>- Partecipazione alla costruzione e realizzazione del Progetto di Vita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolli Clinici e PDTA</li> <li>- PTARA</li> <li>- Progetto di vita</li> </ul>	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.
<b>Reattiva</b>	Popolazione con bisogni imprevisti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presa in carico e stabilizzazione del paziente in fase acuta</li> <li>- Avvio del paziente ai percorsi di presa in carico sul territorio (Transitional Care)</li> <li>- Ricerca e formazione</li> <li>- Formulazione di diagnosi complesse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolli clinici e di ricerca</li> <li>- Accordi di collaborazione con gli attori della rete</li> <li>- Percorsi formativi</li> </ul>	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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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).

### 10.2.2 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. In particolare, la Tabella 103 indica che, stante la varietà di nodi attivati in ciascuna modalità di lavoro della ReRS-SM, la funzione di Hub può essere svolta da diverse tipologie di nodi.

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) il quale, pur presente in diverse regioni italiane, a livello nazionale sta compiendo il suo iter di istituzione a seguito di uno specifico Disegno di Legge del 2020.

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.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Figura 43 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 (si rimanda ai par. 2.2.5, 2.2.6 e 2.2.7 del seguente Piano) e, ad eccezione dei servizi specifici per la salute mentale, uno sbilanciamento verso la produzione tramite l'acquisto di servizi da privato accreditato.

Col presente Piano si avvia 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



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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 DGR 36/38 del 31.08.2021.

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 il presente Piano 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.

### 10.2.3 Piano strategico per lo sviluppo della ReRS-SM

#### Obiettivi:

- definizione della Rete Regionale dei Servizi per la Tutela della Salute Mentale (ReRS-SM) comprendente la Rete regionale dei servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (ReRS-NPIA).

#### Linee di intervento:

- individuazione dei nodi delle ReRS-SM, inclusa la ReRS-NPIA;
- definizione delle modalità operative della ReRS-SM, inclusa la ReRS-NPIA;
- valutazione e monitoraggio della ReRS-SM, inclusa la ReRS-NPIA;
- istituzione, monitoraggio e valutazione del Dipartimento di psicologia di cure primarie e della sua integrazione all'interno della ReRS-SM;
- sviluppo e 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;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- realizzazione degli interventi previsti dal *Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari* di cui alla DGR 36/38 del 31.08.2021;
- riequilibrio della distribuzione territoriale dei servizi residenziali e semiresidenziali per la promozione e la tutela della salute mentale;
- revisione della filiera dei servizi della ReRS-NPIA al fine di garantire il transito dal regime di emergenza urgenza a quello delle strutture residenziali sul territorio per minori dimessi dal setting ospedaliero.

#### **Soggetti coinvolti:**

- Assessorato dell'igiene, Sanità e dell'Assistenza sociale;
- Aziende sanitarie;
- enti locali;
- enti del terzo settore;
- istituzioni scolastiche;
- istituzioni di ambito penitenziario;
- enti per l'inserimento lavorativo;
- imprese;
- autorità giudiziaria.

#### **Linee di finanziamento:**

- FSE;
- Assegnazioni statali;
- Fondi regionali.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## 11 LE RETI CLINICO ASSISTENZIALI

L'offerta sanitaria organizzata sul modello della rete è implementata seguendo il processo che delinea la presa in carico d'insieme, assicurando continuità assistenziale dalla fase di accesso a quella di follow up e consente di rispondere alla richiesta di servizi in modo flessibile.

Le reti costituiscono il sistema normativo-comportamentale che lega le competenze, le risorse e le relazioni distrettuali e interdistrettuali; mettono in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologie e livelli diversi.

L'efficacia del modello ha dato impulso alle regioni per la costituzione di reti riferite inizialmente alle patologie più rilevanti. I criteri disciplinari delle reti cliniche sono stati armonizzati dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, recepiti dal documento n. 16 del Consiglio regionale della Sardegna approvato nella seduta del 25 ottobre 2017, con riferimento allo sviluppo della continuità delle cure tra ospedale e territorio e nell'attivazione delle reti assistenziali per le patologie, come parte integrante dell'assetto dell'offerta ospedaliera pubblica e privata. Sono strutturate secondo il modello Hub e Spoke e per la Regione costituiscono un obiettivo organizzativo prioritario.

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 6/15 del 2016, è stato istituito il Comitato di Organizzazione delle Reti Integrate (CORI) con lo scopo di definire una metodologia per l'accreditamento dei centri specialistici nelle reti di cura, in termini di competenze, di processi (linee guida, PDTA) e di casistica prodotta (volumi e esiti), nonché delle metodologie di governo delle stesse al fine di garantire uniformità di gestione indipendentemente dalla patologia di riferimento. Allo scopo di uniformare i piani di rete, con successiva deliberazione n.34/10 del 03.07.2018 sono state dettate le linee di indirizzo per la definizione delle Reti integrate di cure e sono stati indicati i requisiti obbligatori ai fini del loro funzionamento che avvia il processo di riorganizzazione del SSR in modo da favorire l'integrazione funzionale tra le strutture territoriali e ospedaliere.

Il documento n.16 ha individuato dieci discipline che prefigurano una rete clinico-assistenziale dedicata, oltre a ulteriori reti integrate di cura che sono sviluppate o aggiornate nell'ambito della programmazione regionale:

- 1 urgenze cardiovascolari/infarto;
- 2 traumatologica;
- 3 ictus;
- 4 neonatologica e punti nascita;
- 5 oncologica;
- 6 pediatria;
- 7 trapiantologica;
- 8 emergenza e urgenza;
- 9 terapia del dolore;
- 10 malattie rare.

I criteri stabiliti dal D.M. 70/2015 e le linee guida che ne definiscono il percorso costituiscono la formalizzazione di un processo iniziato diversi anni prima. Per alcune discipline era già prevista e attuata un'organizzazione a rete, che è stata consolidata e resa uniforme, rispondendo a requisiti standardizzati.

Lo sviluppo della tecnologia e i processi combinatori delle organizzazioni sanitarie, negli anni, hanno generato sistemi informativi, formali e informali, con caratteristiche che contraddistinguono l'organizzazione a rete e che hanno consentito un miglioramento delle cure domiciliari, dell'appropriatezza e della continuità assistenziale tra i diversi livelli di cura.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Ciononostante la domanda sanitaria nel periodo pandemico degli ultimi due anni ha fatto emergere un'offerta di servizi sbilanciata su quelli ospedalieri e comprovato che i servizi sanitari non possono prescindere dalla interazione funzionale tra il sistema territoriale e il sistema ospedaliero, che deve essere la caratteristica principale che contraddistingue l'organizzazione a rete.

L'aspetto critico che emerge, comune a tutte le reti, è il processo di dimissione ospedaliera, che deve avere una dettagliata declinazione, in particolare, per le reti che riguardano le malattie croniche. Queste richiedono cure continuative e profonda conoscenza delle condizioni sociali di vita dell'assistito e uno sviluppo adeguato e diversificato dell'offerta assistenziale territoriale.

L'indicatore utilizzato per segnalare la qualità delle dimissioni protette è la durata dei ricoveri e la frequenza dei ricoveri ripetuti. Oltre ad avere un costo unitario ben superiore al ricovero indice, il ricovero ripetuto segnala la mancanza della presa in carico e l'adeguatezza del servizio.

Sussistono ampi margini di target degli obiettivi organizzativi, basati su un percorso logico e strutturato che valuta preliminarmente i bisogni socioassistenziali, per ridurre la durata e la frequenza dei ricoveri, con evidenti benefici che si determinano anche sulle famiglie delle persone assistite. Lo sviluppo progettuale delle reti cliniche necessita di considerare l'offerta dei servizi territoriali in modo incisivo e per ambito geografico regionale, sulla base del bacino di riferimento, secondo il principio di prossimità delle cure, assicurando il mantenimento delle competenze professionali all'interno della rete attraverso la circolazione internodale delle figure specializzate e degli operatori

Il rafforzamento dei processi di continuità tra servizi ospedalieri e servizi sanitari territoriali deve avvenire attraverso sinergie tra le varie componenti che vi partecipano, coordinati dalla Centrale Operativa Territoriale che gestisce i flussi informativi all'interno del distretto, fungendo da collettore fra i livelli di cure ospedaliero e territoriale.

Affinché il sistema di assistenza territoriale sia strutturato e coordinato devono essere formulati protocolli operativi che prevedono l'integrazione funzionale dei diversi attori: personale del reparto ospedaliero, il care giver, i servizi territoriali sociosanitari, le strutture di accoglienza il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta. Nella fase cruciale delle dimissioni protette assumono un ruolo nodale gli Ospedali di Comunità, dedicati alle cure intermedie per manifestazioni cliniche di bassa intensità e di breve durata, che hanno la funzione di ridurre la durata del ricovero ospedaliero e consentire, soprattutto per le persone più vulnerabili, la riorganizzazione dell'assistenza domiciliare e il setting dei servizi socio-sanitari locali. Le Case della comunità assumono rilevanza nel setting di erogazione di servizi di assistenza primaria, in particolare per ridurre il rischio per i pazienti cronici in buono stato di salute di evolvere verso una condizione di cronicità clinicamente rilevante.

Non deve essere trascurata la gestione amministrativa delle reti che, improntata su criteri di efficienza, deve affrancare gli operatori sanitari, le persone assistite e le loro famiglie dagli adempimenti di natura formale nell'ottica della presa in carico globale del paziente.

In seguito all'approvazione della riforma sanitaria regionale che istituisce l'Ares, i distretti possono focalizzare il proprio compito nella prestazione sanitaria, mentre all'Ares è affidato il compito di organizzare gli aspetti tecnici e amministrativi delle reti cliniche, con l'obiettivo di uniformare e standardizzare i protocolli, la modulistica, i PDTA ed effettuare il monitoraggio degli obiettivi delle reti.

#### **Obiettivi:**

- sviluppare le reti tra ospedale e territorio. Il processo di affinamento organizzativo delle reti ospedale-territorio sarà ulteriormente accelerato nella Regione per fornire l'offerta unitaria dei distretti e tendere



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

alla massima efficacia del sistema assistenziale sanitario. Assume priorità il rafforzamento della rete oncologica e della rete diabetologica. Le iniziative progettuali di rete devono essere caratterizzate da interazione con le altre linee di intervento previste con l'attuazione del PNRR, in modo tale da perseguire in modo più incisivo l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio. In particolare deve essere considerato fondamentale lo sviluppo digitale, la telemedicina e il coinvolgimento dei MMG/PLS e delle associazioni di pazienti nei processi decisionali per la definizione dei percorsi di cura integrati territoriali e domiciliari.

#### **Azioni da intraprendere:**

- individuare il percorso integrato tra hub, spoke e strutture territoriali nonché individuare i nodi della rete;
- assicurare il mantenimento delle competenze professionali all'interno della rete attraverso la circolazione tra i nodi della rete delle figure specializzate e degli operatori;
- individuare i punti di accesso alla rete e i punti di accesso al sociale e alla solidarietà;
- prevedere nei piani di rete la mappatura dei processi che racchiude tutto il processo di presa in carico, integrato fra i diversi livelli di cura e strettamente connesso agli altri sistemi di assistenza locale;
- esplicitare dettagliatamente nei PDTA le procedure dei PASS per le dimissioni protette che individuano l'assistenza territoriale ottimale;
- informatizzare il processo definito nei PDTA per favorire la comunicazione fra gli ambiti ospedaliero e territoriale delle reti e fra quest'ultimo e quello dei servizi sociali;
- avviare specifici programmi formativi sulla continuità ospedale territorio.

#### **Soggetti coinvolti:**

- Regione Sardegna;
- Enti locali;
- Aziende sanitarie;
- Strutture sanitarie private;
- Operatori sanitari e sociali;
- Associazioni rappresentative delle professioni sanitarie e sociosanitarie;
- Associazioni rappresentative dei pazienti;
- Associazioni di volontariato operanti in ambito sanitario e sociosanitario;
- Altri portatori di interesse.

#### **Linee di finanziamento:**

- FSE.



## 12 GOVERNO DELLE RISORSE FINANZIARIE

La tabella n. 104 riporta l'assegnazione delle risorse finanziarie suddivise per area tematica.

Tabella 104 Risorse finanziarie

Capitoli	Area tematica	Linee di finanziamento
<b>4.1</b>	<b>La sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico</b>	
4.1.2	Implementazione del sistema informativo regionale per il monitoraggio degli errori in sanità nelle strutture socio sanitarie del territorio	PNRR Assegnazioni statali Fondi regionali
4.1.3	La prevenzione degli errori di comunicazione attraverso la promozione di protocolli e procedure operative tra i professionisti durante la transizione dell'assistenza	
4.1.4	Formazione	
<b>5</b>	<b>La programmazione socio-sanitaria. Il percorso di presa in carico del paziente e la cronicità</b>	
5.1	La presa in carico	FESR FSE
<b>5.2</b>	<b>La cronicità</b>	
5.2.1	Stratificazione e targeting della popolazione	PNRR FSE PN Equità nella salute Assegnazioni statali Fondi regionali
5.2.2	Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce	
5.2.3	Presa in carico e gestione del paziente ed erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente	
5.2.4	Valutazione della qualità delle cure erogate	
<b>6</b>	<b>Il nuovo ruolo del Distretto socio-sanitario</b>	
6.3	Le Case della comunità	PNRR FESR FSE Fondi regionali
6.4	Centrali operative territoriali	PNRR FESR
6.5	Ospedali di comunità	PNRR FESR
6.6	Assistenza delle Cure primarie	PNRR FSE Fondi regionali
6.7	Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale e Centri diurni integrati	Fondi regionali
6.8	Assistenza riabilitativa	Fondi regionali



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Capitoli	Area tematica	Linee di finanziamento
6.8.1	Rete dei servizi di riabilitazione per i disturbi della disabilità in età evolutiva	FESR FSE Fondi regionali
6.9	Cure domiciliari integrate e Cure palliative domiciliari	PNRR Assegnazioni statali Fondi regionali
6.10	Centri residenziali per le cure palliative - Hospice	Fondi regionali
6.11	Assistenza protesica ed integrativa	Assegnazioni statali Fondi regionali
6.12	Consultori familiari	Si rimanda al punto 9
6.13	Assistenza farmaceutica	Fondi regionali
6.13.1	Farmacie convenzionate	PNRR
6.13.2	Razionalizzazione della logistica	Fondi regionali
<b>7</b>	<b>Strumenti a supporto della Rete socio-sanitaria territoriale</b>	
7.1	Telemedicina	PNRR FESR Fondi regionali
7.2	Fascicolo Sanitario Elettronico	PNRR FESR
<b>7.3</b>	<b>Sistema informativo delle cure primarie</b>	
7.3.1	Cartella Clinica territoriale informatizzata	PNRR FESR Fondi regionali
7.3.2	Numero unico europeo armonizzato (NE) 116117 di continuità territoriale	FESR Fondi regionali
<b>8</b>	<b>Governo della domanda e delle liste di attesa</b>	
8	Governo della domanda e delle liste di attesa	



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Capitoli	Area tematica	Linee di finanziamento
		Assegnazioni statali Fondi regionali
<b>9</b>	<b>La Salute della donna e del bambino</b>	
9.1	La Rete materno infantile	FESR FSE PN Equità nella salute Fondi regionali
9.2	Percorso nascita	
9.3	Percorso di interruzione volontaria di gravidanza	
9.4	Rete territoriale anti violenza	
<b>10</b>	<b>La Salute Mentale e l'integrazione socio-sanitaria</b>	
10.2.3	Piano strategico per lo sviluppo della ReRS-SM	FSE Assegnazioni statali Fondi regionali PN Equità
<b>11</b>	<b>Le Reti clinico assistenziali</b>	
11	Le Reti clinico assistenziali	FSE