



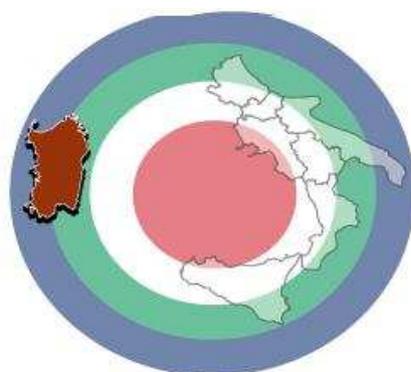
UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



**OBIETTIVI di SERVIZIO**  
**Regione SARDEGNA**

**PREMIALITA' 2007 – 2013**

RAOS 2011

RAPPORTO ANNUALE DEGLI OBIETTIVI DI SERVIZIO 2007-2013

OBIETTIVO DI SERVIZIO II – SERVIZI DI CURA AGLI ANZIANI

## INDICE

<b>1</b>	<b>L'EVOLUZIONE DEGLI INDICATORI.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>LE AZIONI REALIZZATE E AVVIATE E L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO .....</b>	<b>5</b>
	<b>Obiettivo Operativo 2.5: Facilitare l'accesso dell'utente ai servizi sociosanitari</b>	<b>5</b>
	2.5.1 Sviluppo di strategie di informazione sul PUA e sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione, delle ASL e degli Enti Locali.....	5
	<b>Obiettivo Operativo 2.6: Migliorare l'organizzazione del servizio</b>	<b>5</b>
	2.6.1 Definizione di un modello unitario di Punto Unico d'Accesso (PUA) e di Unità di Valutazione Territoriale (UVT) per il territorio regionale.....	5
	2.6.2 Potenziamento dei Punti Unici di Accesso, delle UVT e delle Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate .....	5
	2.6.4 Realizzazione di un piano di formazione sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione in collaborazione con le ASL e gli Enti Locali.....	9
	2.6.5 Realizzazione dell'integrazione professionale nelle cure domiciliari attraverso il modello della Casa della salute .....	10
	2.6.6 Definizione di un modello unitario regionale di Valutazione Multidimensionale e di inquadramento nei profili assistenziali.....	10
	2.6.7 Snellimento delle procedure per l'erogazione diretta a domicilio dell'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica.....	11
	2.6.8 Sviluppo di sistemi di pianificazione e controllo delle attività .....	12
	2.6.9 Implementazione di un adeguato sistema informativo.....	13
	<b>Obiettivo Operativo 2.7: Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno</b>	<b>14</b>
	2.7.1 Potenziamento del ruolo e delle responsabilità del Medico di Medicina Generale.....	14
	2.7.2 Garanzia della continuità dell'assistenza a domicilio nei giorni festivi e prefestivi.....	15
	2.7.3 Garanzia della continuità della attività di coordinamento del servizio .....	15
	2.7.4 Coordinamento delle risorse umane non professionali (volontariato e assistenti familiari) coinvolte nei processi di cura e assistenza .....	16
	2.7.5 Rafforzamento dell'offerta di servizi a domicilio mediante interventi di sostegno alle famiglie .....	16
	<b>Obiettivo Operativo 2.8: Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra le cure domiciliari e l'assistenza ospedaliera</b>	<b>17</b>
	2.8.1 Intensificazione dell'attività di monitoraggio sui ricoveri ospedalieri .....	17
	2.8.2 Definizione e applicazione di protocolli operativi tra il Distretto e i Presidi Ospedalieri per le dimissioni protette e per l'attivazione di corsie preferenziali per l'accesso alle strutture ospedaliere dei pazienti in Cure Domiciliari Integrate .....	17
	2.8.3 Attivazione degli ospedali di comunità di Ittiri e Thiesi.....	17
	<b>Obiettivo Operativo 2.9: Migliorare l'approccio culturale dei professionisti e degli operatori del settore</b>	<b>18</b>
	2.9.1 Definizione di un'intesa tra la Regione e gli Atenei sardi per favorire l'inserimento nei programmi didattici dei corsi di diploma universitario e dei corsi di laurea <i>di moduli specifici sulla rete dei servizi sociosanitari territoriali</i> .....	18
	2.9.2 Consolidamento e arricchimento dei percorsi formativi per operatori sociosanitari.....	18
<b>3</b>	<b>CRITICITÀ E SOLUZIONI .....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>L'AGGIORNAMENTO DELLA STRATEGIA.....</b>	<b>25</b>

## 1 L'EVOLUZIONE DEGLI INDICATORI

Nella Regione Autonoma della Sardegna (RAS) l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) viene comunemente identificata con il termine di Cure Domiciliari Integrate (CDI).

Il Piano d'Azione Tematico - Servizi di cura per gli Anziani – individua come obiettivi specifici sia l'innalzamento al 3,5% entro l'anno 2012, del tasso di anziani assistiti in Cure Domiciliari Integrate (Indicatore S06), che il mantenimento di un livello di spesa per l'Assistenza Domiciliare Integrata (Indicatore S06 bis) pari o superiore allo 0,7% della spesa sanitaria complessivamente sostenuta dalla RAS, dato rilevato nel 2005.

Per l'indicatore S06 la RAS aveva deciso di stabilire un target intermedio (1,7%), quale ulteriore strumento di incentivazione: tale valore è stato raggiunto e superato nel 2008 grazie sia ad un miglioramento della qualità del flusso informativo regionale, sia ad un processo di riorganizzazione del servizio avviato nei Distretti sociosanitari territoriali attraverso le azioni previste dal Piano d'Azione.

Nella tabella n. 1 si riportano i valori degli indicatori S.06 e S.06 bis per le annualità 2005 - 2010.

Tabella n.1 - Indicatori di risultato

Indicatore Premialità	Valore Base 2005	2006	2007	2008	2009	2010	Target finale	Fabbisogno da soddisfare
S.06 percentuale di anziani che riceve assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre)	1,1	1,3	1,2	2,1	2,37	2,52	3,5	1,0
S.06 bis Incidenza del costo dell'ADI sul totale della spesa sanitaria (%)	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,8	≥ 0,7	-

Relativamente all'indicatore S.06, l'analisi dei dati rilevati attraverso il Sistema Informativo Sanitario Nazionale FLS21 evidenzia per l'anno 2010 un lieve incremento (2,52) rispetto all'anno precedente.

Per quanto attiene l'indicatore S06 bis, la tabella riporta i valori relativi agli anni 2005-2009 rilevati dal Ministero della Salute, ed il valore al 2010, pari a 0,8%, rilevato attraverso la somministrazione alle ASL di una scheda di rilevazione regionale<sup>1</sup>. Valutando i dati raccolti, riepilogati nella Tabella 6 dell'Allegato, emerge che nel corso del 2010 è stato sostenuto per le CDI, a livello regionale, un costo complessivo pari a € 27.541.164: il 70 % del totale è stato speso per acquisti di servizi e, di questi, il 86% circa per prestazioni sanitarie; i costi per il personale rappresentano circa il 18% del totale. I dati rilevati fanno ritenere che vi siano ancora lievi difformità nei criteri seguiti nell'imputazione dei costi all'interno delle macrovoci in cui il Modello di rilevazione compilato dalle ASL è stato articolato.

<sup>1</sup> Il modello per la rilevazione è stato articolato sulla base del Modello LA di cui al DM del 18.06.2004

Nella Tabella n. 2 vengono riportati i valori di S.06 disaggregati per ASL, i target intermedi e finali ed il valore effettivamente raggiunto nell'anno 2010, calcolato sulla base dei dati trasmessi dalle Aziende Sanitarie attraverso il Modello di rilevazione FLS21 ai fini dell'implementazione del Sistema Informativo Sanitario Nazionale.

Tabella n. 2 - Indicatore S06 per territorio (ASL)

ASL	Valore base 2005	Target intermedio	2008	2009	2010	Target finale	Fabbisogno
ASL1 Sassari	0,77	1,26	1,04	2,15	<b>2,09</b>	3,5	1,4
ASL2 Olbia	0,46	1,01	1,08	1,42	<b>1,62</b>		1,9
ASL3 Nuoro	1,07	1,51	2,91	2,68	<b>2,8</b>		0,7
ASL4 Lanusei	2,91	3,01	4,25	2,21	<b>2,95</b>		0,6
ASL5 Oristano	1,72	2,04	1,99	2,8	<b>2,61</b>		0,9
ASL6 Sanluri	0,71	1,21	1,89	2,13	<b>2,14</b>		1,4
ASL7 Carbonia	2,46	2,65	2,76	2,46	<b>4,42</b>		-
ASL8 Cagliari	1,42	1,79	2,33	2,54	<b>2,47</b>		1,0
Regione	1,3	1,7	2,06	2,37	<b>2,52</b>		1,0

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Nazionale FLS21

Dai dati disponibili si evince un trend positivo dell'indicatore per 5 ASL su 8. Nell'Allegato è possibile visionare la Tabella 7, relativa al numero di casi trattati per ASL, dalla quale emerge per le stesse 5 ASL un incremento, tra il 2009 ed il 2010, dei casi trattati nella popolazione ultrasessantacinquenne.

I dati presenti nel corso della trattazione sono stati rilevati attraverso la somministrazione alle ASL di una scheda di rilevazione che ha consentito di raccogliere informazioni sull'assetto organizzativo, sul processo assistenziale, sui dati di attività, sui costi sostenuti e sulle principali criticità che ostacolano lo sviluppo delle CDI.

## **2. LE AZIONI REALIZZATE E AVVIATE E L'EVOLUZIONE DEL CONTESTO**

Di seguito si riportano le informazioni relative alle singole azioni strategiche, articolate per obiettivo operativo.

### **OBIETTIVO OPERATIVO 2.5: FACILITARE L'ACCESSO DELL'UTENTE AI SERVIZI SOCIOSANITARI**

#### **Azione 2.5.1 - Sviluppo di strategie di informazione sul PUA e sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione, delle ASL e degli Enti Locali.**

Benché la Regione non abbia ancora realizzato un piano di comunicazione istituzionale su vasta scala rivolto ai cittadini sulle CDI e sul suo sistema di accesso, sono state realizzate da parte delle ASL 5 campagne informative con l'obiettivo di far conoscere ai cittadini i Punti di Accesso e le modalità di attivazione dei servizi. Tali iniziative sono state realizzate con la predisposizione e divulgazione di materiale informativo presso i luoghi strategici per il raggiungimento del cittadino.

### **OBIETTIVO OPERATIVO 2.6: MIGLIORARE L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO**

Il PdA prevede una riprogettazione organizzativa del servizio di CDI, avviata nel territorio regionale nel 2008, attraverso interventi sia sulla struttura organizzativa che sui processi operativi.

#### **Azione 2.6.1 - Definizione di un modello unitario di Punto Unico d'Accesso (PUA) e di Unità di Valutazione Territoriale (UVT) per il territorio regionale**

L'obiettivo è stato raggiunto, infatti, con la DGR n. 15/24 del 13.04.2010 sono state approvate e trasmesse a tutte le ASL le *'Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari'*, in cui si definisce un modello unitario di PUA, si forniscono criteri organizzativo-gestionali e si individuano procedure standardizzate per l'attivazione della rete socio-sanitaria territoriale. Inoltre, con Circolare n. 19700 del 23.09.2010, sono state trasmesse alle ASL le *'Linee guida sul funzionamento della Unità di Valutazione Territoriale (UVT)'*, in cui si delinea la struttura organizzativa e si definiscono gli strumenti operativi dell'UVT.

#### **Azione 2.6.2 - Potenziamento dei Punti Unici di Accesso, delle UVT e delle Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate**

Il PUA, punto di avvio del percorso delle CDI, è stato implementato in tutti i distretti sociosanitari della Regione già dall'anno 2009. Come già rilevato nel 2010, permane la condivisione di un unico PUA da parte di 2 distretti della ASL 8. Si registra un miglioramento, rispetto a quanto fotografato nel RAOS 2010, riguardo al numero di Distretti che prevedono il coinvolgimento del PUA nel processo di attivazione delle CDI (come previsto dalle relative Linee guida regionali): 17 Distretti nel 2010, 20 Distretti nel 2011. Al momento attuale,

ancora 2 Distretti (appartenenti alle ASL 5 e ASL 7 ) prevedono l'accesso alle CDI direttamente attraverso l'Unità Operativa Cure Domiciliari Integrate (UOCDI).

Non in tutte le ASL l'equipe operativa del PUA rispecchia la composizione standard prevista dalle relative Linee Guida regionali (Infermiere, Assistente Sociale, Medico Distrettuale, Personale amministrativo). In particolare si registra un incremento, rispetto al RAOS 2010, del numero di Distretti che si avvalgono di personale amministrativo, benché ancora in 4 Distretti i PUA non siano dotati di tale tipologia di personale. Risulta aumentato il numero di Distretti che prevede presso il PUA la figura dell'infermiere (ancora assente in 10 Distretti), il numero di Distretti che prevede la figura del medico distrettuale (ancora assente in 2 Distretti) e il numero di Distretti che ricorre alla figura dell'Assistente sociale (ancora assente in 4 Distretti). La prima valutazione del bisogno sociale, l'ascolto e l'orientamento nella rete dei servizi sono generalmente garantiti, all'interno del PUA dall'operatore sociale dei Servizi sociali comunali, integrato, laddove è necessario, da altre figure professionali sociali designate dalla Conferenza dei servizi dei Comuni dell'ambito Plus. Nel caso in cui i Comuni non assicurino la presenza di tali figure, le relative funzioni sono svolte da operatori sociali dell'Asl.

Per ciò che concerne la UVT, organizzazione funzionale del Distretto sociosanitario che consente la presa in carico globale della persona portatrice di bisogni sociosanitari complessi, attraverso una preventiva valutazione multiprofessionale/multidimensionale, la stessa è stata attivata in tutti i Distretti ai fini dell'inserimento in un percorso di CDI.

La composizione delle UVT, al momento attuale, rispecchia solo in parte i requisiti previsti dalle recenti Linee Guida regionali (nucleo base composto da Medico distrettuale, infermiere, Assistente sociale comunale). In particolare ancora un Distretto non presenta la figura del Medico distrettuale presso il nucleo base della UVT e 4 Distretti non si avvalgono dell'infermiere. Anche la presenza in UVT dell'assistente sociale del Comune di residenza del cittadino, elemento garante dell'integrazione sociosanitaria, non è regolarmente assicurata in tutte le ASL.

Per l'attivazione della rete dei PUA e delle UVT la Regione Sardegna ha destinato con la D.G.R. n. 44/11 del 31/10/2007 euro 2.561.286 euro, finalizzate ai seguenti obiettivi:

- a) quanto a 1.200.000 euro, da suddividere tra i Comuni associati degli ambiti territoriali di PLUS<sup>2</sup>, per la individuazione di uno o più operatori per le attività dei PUA e per il rafforzamento della partecipazione dei Comuni alle attività delle UVT;
- b) quanto a 1.200.000 euro, alle Aziende sanitarie locali per il rafforzamento dei PUA e delle UVT;
- c) quanto alla quota rimanente, da utilizzarsi per la predisposizione e realizzazione di un programma regionale di promozione e di assistenza tecnica degli operatori coinvolti nelle attività dei PUA e delle UVT, per la omogeneizzazione degli strumenti di valutazione multidimensionale e per la predisposizione e l'attivazione di un modello regionale di organizzazione e funzionamento dei PUA e delle UVT.

L'erogazione delle somme spettanti ai Comuni era subordinata all'adozione di un'intesa tra i Comuni interessati che, in particolare, prevedeva:

---

<sup>2</sup> Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona (L.R. n. 23/2005)

- le modalità collaborative fra Asl e Comuni alla realizzazione delle attività previste;
- la designazione dell'operatore dei Comuni, effettuata dalla Conferenza dei servizi, per le attività dei PUA;
- gli impegni dei Comuni singoli al rispetto dell'art. 3 del Protocollo d'intesa Regione-ANCI (Deliberazione 15.12.2004, n. 52/12), relativamente alla partecipazione dei Comuni di residenza alle attività delle UVT.

A fronte di questi obiettivi negli anni 2008 e 2009 sono state pienamente attivate le azioni previste nelle 8 ASL e in 8 ambiti Plus dei 25 istituiti nella Regione Sardegna relativamente ai punti a) e b). Agli stessi sono state trasferite complessivamente le risorse di competenza ammontanti a euro 1.639.938.

Nel corso del 2010 si è provveduto a sollecitare gli Ambiti Plus inadempienti ai quali è stata chiesta una specifica relazione sulle azioni attivate e in modo particolare sull'attivazione delle modalità collaborative tra Asl e Comuni, sulla designazione dell'operatore del Comune all'interno dei PUA e sul rispetto dell'art.3 del Protocollo d'intesa Regione-Anci.

Nel corso del 2010 tutti gli Ambiti Plus inadempienti hanno proceduto ad attivare le azioni previste ai punti a) e b) per cui si è proceduto al trasferimento del finanziamento di competenza stanziato con la D.G.R. 44/11 del 31/10/2007. Le risorse previste per l'attivazione degli obiettivi di cui ai punti a) e b), ammontanti a euro 2.400.000, risultano interamente liquidate.

Per ciò che concerne le UOCDI, cui compete la gestione tecnica e organizzativa delle attività assistenziali, risultano operative in tutti i Distretti già dall'anno 2009, benché in 6 Distretti su 22 non risultino ancora istituite formalmente. Al momento attuale le funzioni di organizzazione delle Cure Domiciliari fanno capo esclusivamente a personale dipendente in 4 ASL su 8. In particolare, per quanto riguarda la Dirigenza Medica con funzione organizzativa, solamente la ASL 8 si avvale anche di personale medico non dipendente, ma convenzionato; tutte le ASL si avvalgono esclusivamente di Assistenti sociali dipendenti. Viene pertanto confermata per tali due figure professionali la tendenza alla gestione organizzativa diretta della maggior parte delle ASL rilevata nell'anno precedente. Per quanto riguarda la figura professionale infermieristica con funzione organizzativa, risulta identico rispetto al RAOS precedente il numero di ASL che si avvale di personale non dipendente (esclusivamente la ASL 6 ); sono invece due le ASL che utilizzano personale amministrativo non dipendente.

Risulta invece più diffuso il ricorso all'esternalizzazione per ciò che concerne l'erogazione delle prestazioni assistenziali a domicilio, che impegna complessivamente, a livello regionale, 1.715 operatori.

Nella Tabella 8 in Allegato è possibile visionare le diverse risorse professionali impegnate nell'assistenza a domicilio negli anni 2009, 2010 e 2011. Poiché il dato rilevato nell'anno 2010 risulta impreciso a causa di difficoltà nella rilevazione da parte delle ASL, si è calcolata la variazione complessiva del personale nell'arco del triennio 2009-2011. Da tale analisi è emerso che il personale complessivamente impegnato nell'assistenza a domicilio nella regione risulta diminuito di 84 unità: in realtà tale dato sembra essere dovuto ad un decremento non reale registrato per i Medici di Medicina Generale imputabile alla mancata rilevazione da parte di alcune ASL. Il numero di Medici specialisti risulta cresciuto nel triennio (+17), come pure il numero di Infermieri (+111) e quello dei terapisti della riabilitazione (+34); risulta invece decresciuto di 26 unità il numero di altri operatori (quali Operatori socio sanitari, psicologi, ecc.).

### **2.6.3 Attivazione e potenziamento degli Uffici di Piano in tutti i Distretti sociosanitari**

Tutti i 25 Ambiti territoriali di riferimento per i PLUS hanno provveduto alla formale istituzione degli Uffici per la Programmazione e Gestione dei Servizi Associati (di seguito denominati Uffici di Piano), in attuazione di quanto previsto dalla DGR n. 27/44 del 17.07.2007 che li istituisce.

Sebbene si stia tentando di perseguire un rafforzamento dell'integrazione tra sociale e sanitario, con la sottoscrizione di protocolli operativi con gli Enti Locali in 7 Distretti su 22, al momento attuale solo nelle ASL 2 e 4 e in 1 Distretto della ASL 6, l'Ufficio di Piano riveste il ruolo cardine per cui era stato istituito partecipando alla programmazione e in alcuni casi alla gestione delle CDI.

L'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ha recentemente emanato, con Deliberazione n. 40/32 del 6.10.2011, le *Linee guida per la programmazione e gestione dei Plus triennio 2012-2014*. Il documento, che interviene anche sul ruolo dell'Ufficio di Piano e più in generale sul tema dell'integrazione socio-sanitaria, è frutto delle consultazioni a largo respiro che hanno visto coinvolti, a partire dal mese di gennaio 2010, i soggetti istituzionali che concorrono alla realizzazione del sistema integrato dei servizi alla persona.

Le linee guida sono poi state sottoposte alla condivisione dell'ANCI Sardegna, dei Sindaci, degli Uffici di Piano e delle Province al fine di predisporre un atto di indirizzo condiviso contenente le indicazioni presentate da tali soggetti sulla base della eterogeneità dei territori, delle esigenze dei vari ambiti e delle esperienze fino ad oggi maturate. In particolare è stato valorizzato il ruolo della Provincia che, in qualità di Ente intermedio, avrà il compito di promuovere il confronto fra tutti gli attori istituzionali e non, nonché il compito propedeutico alla programmazione integrata, attraverso l'organizzazione e lo sviluppo degli Osservatori provinciali per la predisposizione del profilo d'ambito. Per il funzionamento di ciascun Osservatorio provinciale è stato previsto un contributo annuale ammontante a euro 45.000.

Inoltre tra gli obiettivi assegnati al PLUS per il prossimo triennio, è stato previsto il potenziamento dell'integrazione sociosanitaria mediante il potenziamento della programmazione integrata in ogni territorio distrettuale, in cui dovranno essere definiti con chiarezza i ruoli delle parti e le risorse che esse investono per garantire risposte integrate.

Anche l'Ufficio di Piano, organo attraverso il quale sono programmate, gestite, monitorate e valutate le azioni e gli interventi associati previsti nel Plus, è stato oggetto di particolare attenzione. Rispetto al passato sono state definite in modo preciso e puntuale le sue competenze e le sue finalità, e soprattutto sono state individuate, al fine di garantirne la piena funzionalità, due tipologie standard di organico definite sulla base della popolazione residente in ciascun ambito Plus. In particolare, per gli Uffici di Piano ricadenti in Distretti con popolazione al di sopra dei 35.000 abitanti il finanziamento minimo previsto è di euro 76.000, mentre per gli Uffici di Piano ricadenti nei Distretti con popolazione al di sotto dei 35.000 abitanti il finanziamento previsto è di euro 61.000.

Infine è stato meglio delineato il ruolo della Regione, che oltre alle funzioni di indirizzo e programmazione, assumerà una funzione di coordinamento, al fine di facilitare il rapporto con i soggetti operanti nel territorio. Essa avrà il compito di vigilare sulla conformità delle attività realizzate nel rispetto degli indirizzi impartiti in materia di programmazione territoriale, definire le priorità degli interventi da realizzare ed effettuare i controlli necessari per la valutazione della loro efficacia. A tal proposito è stato previsto un Coordinamento regionale di cui faranno parte gli operatori degli Uffici di Piano, le Province e la Regione stessa.

#### **Azione 2.6.4 - Realizzazione di un piano di formazione sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione in collaborazione con le ASL e gli Enti Locali**

Obiettivo del PdA è la formazione specifica e l'aggiornamento degli operatori addetti alle cure domiciliari integrate e la predisposizione e realizzazione da parte della Regione di un piano di formazione per tutto il personale coinvolto. All'interno del Progetto di Informatizzazione del Sistema Sanitario Regionale SISAR<sup>3</sup>, la Regione ha realizzato negli anni 2009-2011 un piano di formazione sui moduli ADI e PUA del sistema informativo. Tutta la formazione inerente al Progetto SISaR è stata accreditata ECM. Il Piano di Formazione è stato sviluppato attraverso tre tipologie di formazione: lezioni frontali; training on the job; supporto operativo a chiamata su temi specifici. Il personale ASL formato risultava inquadrabile nei seguenti profili:

1. **KEY User**, sono gli attori dei principali processi aziendali che:

- Rappresentano il punto di riferimento per gli utenti operativi
- Partecipano e provvedono ad attività operative

2. **END User**, utilizzatori finali del sistema.

La lezione frontale in aula informatizzata, assieme al training on the job erano propedeutici all'avvio del Sistema SISAR nella ASL. Il training on the job è stato di 40 giornate per il modulo dell'ADI e di 30 per il modulo del PUA. Sono stati formati tutti i referenti Aziendali che a vario titolo lavorano in ADI e PUA e anche il personale esterno alla ASL che nei diversi contesti opera per le Cure Domiciliari, tranne la ASL6 che non ha mai aderito al progetto SISaR per ADI e PUA e la ASL8 che ha aderito solo in parte alla formazione del modulo ADI. Nel complesso sono state erogate 38 giornate di formazione per 207 operatori per il modulo ADI e 30 giornate per 130 formandi per il modulo software del PUA. Inoltre l'Assessorato Sanità ha stilato un accordo con SardegnaIT, società in-house della Regione Sardegna per erogare ulteriori giornate di formazione, affiancamento (TOJ). Dal mese di Agosto 2010 al mese di Novembre 2011 le 6 ASL che hanno aderito al Progetto SISaR sono state affiancate da una risorsa dedicata.

Con l'obiettivo di definire un ulteriore piano di formazione per gli operatori impegnati nelle CDI, la Regione, nell'anno 2011, ha inviato a tutte le ASL una scheda di rilevazione mirata a raccogliere informazioni sul fabbisogno formativo delle ASL, sul numero di operatori impegnati nelle CDI appartenenti ad ogni categoria professionale e di provenienza sia territoriale che ospedaliera. E' stato inoltre rilevato il numero e la tipologia di corsi di formazione e aggiornamento professionale sul tema delle CDI organizzati da ogni ASL nell'ultimo anno. In particolare, è emerso che la formazione professionale degli operatori impegnati nelle CDI è stata perseguita da numerose Aziende Sanitarie Locali, che nel periodo 2010/2011 hanno realizzato complessivamente 20 eventi formativi.

---

<sup>3</sup> Il Progetto SISaR viene descritto in dettaglio al paragrafo "2.6.9 Implementazione di un adeguato sistema informativo"

### **Azione 2.6.5 - Realizzazione dell'integrazione professionale nelle cure domiciliari attraverso il modello della Casa della salute**

Il modello regionale della casa della salute è stato definito in via sperimentale con la DGR n. 48/20 del 29.11.2007, riproposto dalle DGR 53/7 del 27.12.2007 e DGR 32/10 del 04.06.2008<sup>4</sup>. Tale azione rientra nella linea di attività 2.2.2 d) del POR FESR 2007/2013, la quale prevede lo sviluppo di infrastrutture volte a favorire l'equità d'accesso ai servizi sociali e sanitari in particolare nelle aree più disagiate del territorio regionale.

Il Processo di riforma del Sistema Sanitario Regionale ha posto lo sviluppo delle attività territoriali quale obiettivo strategico per accelerare il processo di deospedalizzazione attraverso il potenziamento delle cure primarie nel territorio di appartenenza, promuovendo l'integrazione ed il coordinamento tra medici di medicina generale, altri professionisti sanitari e dell'attività di medicina territoriale. Tale processo di integrazione è stato avviato con il modello della Casa della salute, struttura polivalente e funzionale, ad alta integrazione interprofessionale e multidisciplinare, in grado di essere riconosciuta dalla popolazione come centro di risposta ai bisogni di salute, accessibile e fruibile dai cittadini nell'arco delle 24 ore.

Poichè recenti rilevazioni effettuate hanno evidenziato diversi ambiti territoriali dove risultano assenti strutture di carattere socio sanitario, l'Amministrazione regionale ha stanziato complessivamente euro 25.605.000, a valere sulle risorse del POR FESR, per la realizzazione di strutture socio sanitarie, tra cui le case della salute per un importo di circa 11.315.000<sup>5</sup> (tabella 9 in allegato).

Al momento l'unica attiva è la Casa della Salute di Villacidro, presso la ASL 6 di Sanluri, prima esperienza di questo genere in Sardegna, realizzata sulla base degli indirizzi emanati dal Ministero della Salute e dalla Regione Sardegna a valere su altre risorse finanziarie.

### **Azione 2.6.6 - Definizione di un modello unitario regionale di Valutazione Multidimensionale e di inquadramento nei profili assistenziali**

Come indicato nel RAOS 2010, l'Amministrazione regionale ha individuato, quale strumento di Valutazione Multidimensionale da utilizzare su tutto il territorio regionale, la Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane (S.Va.M.A.)<sup>6</sup>.

Sono inoltre state definite e trasmesse alle ASL le relative *Linee guida sul funzionamento della Unita di Valutazione Territoriale (UVT)*<sup>7</sup>.

Continuano a permanere delle difficoltà nell'integrazione tra sistema dei servizi sociali e sistema dei servizi sanitari. In particolare l'assistente sociale comunale, individuata dalle Linee guida regionali come parte integrante del nucleo base della UVT, partecipa alla valutazione multidimensionale con modalità diverse nei

---

<sup>4</sup> Con DGR N. 42/3 Del 20.10.2011 è stata trasferita la competenza e la responsabilità di attuazione di tale azione, nell'ambito dell'Assessorato regionale della Sanità, dalla Direzione generale delle Politiche Sociali alla Direzione generale della Sanità.

<sup>5</sup> Nell'importo è compresa la struttura da realizzarsi nel Comune di Sorso, che prevede una RSA con nucleo Hospice/Casa della salute.

<sup>6</sup> Notificata alle ASL con circolare n. 13583 del 25.06.2010.

<sup>7</sup> Trasmesse alle ASL con circolare n. 19700 del 23.09.2010.

diversi distretti sociosanitari: vi partecipa prevalentemente nei casi di maggior complessità socio-assistenziale, soltanto in 2 distretti non partecipa.

La partecipazione del MMG alla valutazione multidimensionale avviene prevalentemente con le seguenti modalità: di persona in quasi tutti i distretti, più raramente attraverso il solo invio di documentazione; mentre 2 distretti dichiarano che tale partecipazione non sempre è garantita.

Per quanto attiene i tempi di presa in carico e di attivazione del percorso, risultano sostanzialmente rispettati i termini temporali previsti dall'Amministrazione regionale con DGR 51/49 del 20.12.2007. In particolare il progetto personalizzato viene definito dalla UVT in un tempo medio di 3,9 giorni nei casi non urgenti, tempo notevolmente al di sotto dal tempo massimo previsto dalla suddetta DGR (15 giorni); nei casi urgenti il progetto personalizzato viene definito in un tempo medio di 1,4 giorni, sempre inferiore al tempo previsto dalla regione (5 giorni). Successivamente alla definizione del progetto personalizzato, l'Unità Operativa Distrettuale di Cure Domiciliari Integrate attiva il Piano di attuazione degli interventi (PAI) in un tempo medio di 2,3 giorni, coerente con quanto previsto dal modello regionale (2 giorni).

Per quanto attiene il Piano attuativo degli interventi, mentre vi risultano indicati tutti gli interventi di tipo sanitario, gli interventi erogati dai Servizi sociali comunali risultano indicati solo in 6 distretti su 22, segnale della difficoltà di integrazione che ancora sussiste tra gli interventi sanitari e quelli sociali.

#### **Azione 2.6.7 - Snellimento delle procedure per l'erogazione diretta a domicilio dell'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica**

Obiettivo del piano è la razionalizzazione delle modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica attraverso la ridefinizione e lo snellimento delle procedure autorizzative per la consegna diretta al domicilio del paziente di farmaci, ausili e presidi.

L'Unità Operativa Cure Domiciliari Integrate deve avviare in tempi rapidi la procedura per la consegna diretta al domicilio dei farmaci, presidi e ausili, al fine di porre in essere il Piano Attuativo degli Interventi (PAI) e fare l'immediata presa in carico. In riferimento alla consegna a domicilio dei farmaci, si è rilevato che questa viene garantita presso tutti i Distretti delle ASL. Tale consegna avviene ad opera di personale dipendente ASL in 8 Distretti, nei restanti viene garantito dal personale delle ditte appaltatrici o personale convenzionato.

Riguardo all'approvvigionamento dei farmaci, questo avviene presso la farmacia territoriale in 20 Distretti su 22, 4 Distretti in più rispetto a quelli rilevati nel 2010 (16 Distretti). I restanti 2 Distretti approvvigionano i farmaci presso farmacie convenzionate e ospedaliere.

La fornitura di presidi presenta minori criticità rispetto all'anno precedente, infatti essa viene assicurata al domicilio in 18 Distretti, mentre viene garantita solo in alcuni casi in altri 2 Distretti. Maggiori criticità si rilevano per la fornitura di ausili, che viene garantita a domicilio in soli 12 Distretti. Per un maggior dettaglio sulle modalità di approvvigionamento di farmaci, presidi e ausili si rimanda alla Tabella 10 in Allegato.

In riferimento ai tempi di consegna, 16 Distretti dichiarano di riuscire a rispondere tempestivamente alla richiesta di farmaci, presidi e ausili, 1 distretto dichiara che non sempre ci riesce, mentre i restanti 4 distretti dichiarano di non riuscire a intervenire in tempi rapidi. In particolare nella regione, il tempo medio di

consegna di farmaci all'assistito dal momento di formulazione della richiesta è di 2,2 giorni; mentre quello di consegna di protesi e ausili è di 3,7 giorni.

La Regione ha istituito nel mese di aprile 2011 un gruppo tecnico di lavoro costituito da referenti farmacisti e medici di ciascuna delle 8 ASL della Regione, che a livello aziendale seguono l'assistenza domiciliare integrata e che, pertanto, sono a conoscenza delle problematiche che attengono a tale assistenza, con l'obiettivo di uniformare le modalità prescrittive ed erogative di farmaci, dispositivi e prodotti dietetici per i pazienti inseriti in CDI. Il gruppo tecnico, a seguito di un lavoro preliminare di analisi delle prescrizioni dei farmaci, dei prodotti dietetici e dei dispositivi delle diverse realtà aziendali, ha operato per la definizione di un prontuario regionale per le CDI al fine di uniformare le risposte assistenziali a livello regionale e superare le disomogeneità e le criticità operative riscontrate. Sulla scorta delle informazioni rilevate è stato avviato un lavoro di predisposizione di un prontuario regionale per l'assistenza in CDI, la cui redazione è ancora in corso, strutturato in tre segmenti: farmaci prescrittibili, prodotti dietetici prescrittibili e dispositivi prescrittibili in modo da costituire il riferimento tecnico, da aggiornare con sistematicità, per i medici prescrittori ed uno strumento specifico di programmazione e di governo della spesa per l'erogazione uniforme dei farmaci, di prodotti dietetici e di dispositivi ai pazienti in CDI.

#### **Azione 2.6.8 - Sviluppo di sistemi di pianificazione e controllo delle attività**

Al fine di migliorare il servizio di cure domiciliari integrate è necessario adottare un approccio metodologico fondato sulla pianificazione operativa e sullo sviluppo di un correlato sistema di controllo volto a valutare i progressi raggiunti nella direzione degli obiettivi prefissati, attraverso lo sviluppo di specifici indicatori, che preveda in particolare:

- l'inserimento in tutti i PLUS della pianificazione delle Cure Domiciliari Integrate;
- la definizione, da parte delle ASL e degli Enti Locali, di standard quantitativi/qualitativi per Operatore che tenga conto di:
  - a) personale numericamente adeguato e di accertata competenza professionale;
  - b) definizione di uno standard di carico assistenziale giornaliero attribuito rispettivamente all'infermiere professionale e all'operatore socio-sanitario, verificandone il rispetto;
  - c) l'implementazione di un sistema di verifica e monitoraggio sulla qualità dei servizi esternalizzati

In linea con quanto sopra descritto, 6 Distretti su 22 si sono dotati di sistemi per il monitoraggio e la valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate; in altri 16 Distretti, invece, questi sistemi risultano essere in fase di predisposizione.

Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali con il DM del 17.12.2008 ha istituito il sistema informativo per il monitoraggio della Assistenza Domiciliare. La Regione, per rispondere al debito informativo ministeriale, ha predisposto ed emanato precise regole per le ASL attraverso la Circolare n. 686 del 18.01.2010 che prevede l'istituzione dei nuovi flussi ministeriali per ADI ed Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (Flussi ADI e ARS, rispettivamente).

In allegato alla circolare è presente il tracciato che definisce in maniera puntuale i dati da raccogliere nelle diverse fasi del processo assistenziale.

Il flusso ARS comprende tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), nei Centri Diurni Integrati (CDI) e negli Hospice pubblici e privati. Il flusso ADI comprende tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate in modalità programmata da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

### **Azione 2.6.9 - Implementazione di un adeguato sistema informativo**

La informatizzazione delle attività legate alla Assistenza Domiciliare è inserita all'interno di un progetto regionale di informatizzazione di tutto il Sistema Sanitario Regionale, che si pone l'obiettivo di fornire il necessario supporto al complesso processo di innovazione organizzativa del Servizio Sanitario Regionale, riducendo l'elevato grado di disomogeneità delle soluzioni informatiche in uso presso le Aziende e prevedendone eventualmente la sostituzione, completando il sistema con le componenti ancora non informatizzate e garantendo una visione unitaria, per processi e strumenti, del "sistema salute" della Regione Sardegna.

Il 10 agosto 2006 l'Amministrazione regionale ha indetto una Gara d'appalto pubblica<sup>8</sup> per la progettazione e realizzazione del Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale (SISaR); tale gara nasce dal Piano per l'informatizzazione del Sistema Sanitario Regionale della Sardegna, approvato il 13.07.2005 e dalla DGR 34/28 del 2.08.2006.

Il progetto vuole consentire il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, supportare il controllo della spesa sanitaria, migliorare l'efficienza delle cure primarie attraverso l'integrazione in rete dei professionisti al fine di agevolare i processi di continuità assistenziale, supportare gli interventi di prevenzione attiva sul territorio, facilitare l'accesso ai servizi potenziando e facilitando la scelta dei cittadini attraverso l'interoperabilità tra i sistemi di prenotazione. Inoltre vuole consentire il miglioramento dei processi integrati di assistenza sociale e quelli di assistenza sociosanitaria, mediante l'organizzazione di un unico punto di accesso - PUA alle prestazioni, alimentare il Nuovo Sistema Informativo Sanitario con i dati necessari per il Ministero della Salute (debito informativo) e migliorare la qualità dei documenti elettronici all'interno del sistema sanitario regionale.

Il SISaR è un sistema di sistemi composto da servizi, in parte centralizzati (livello regionale) ed in parte distribuiti (livello territoriale). I sistemi centrali, consentono agli utenti finali di operare attraverso la modalità WEB nella Rete Telematica della Regione Sardegna (RTR).

Il SISaR è composto dai seguenti moduli di livello regionale: sistema informativo sanitario direzionale, il sistema informativo sanitario amministrativo (contabilità, personale, acquisti, etc.), il CUP (Centro Unico di Prenotazione) ed il sistema informativo epidemiologico. Il sistema informativo ospedaliero ed il sistema informativo delle attività assistenziali e di prevenzione opereranno invece su base distribuita territoriale.

La realizzazione dei lavori ha avuto inizio con la data di stipula del contratto il 28/02/2008 e terminerà nel 2011.

Il Progetto prevedeva un finanziamento originario pari a € 25.200.000, attraverso i seguenti strumenti di programmazione:

---

<sup>8</sup> Determina n. 836 del 01.08.2006

<b>POR Sardegna Misura 6.3 k</b>	€14.200.000
<b>Accordo di Programma Quadro (APQ) Società dell'informazione Il Atto integrativo</b>	€11.000.000

Nel dicembre del 2009 la quota APQ del progetto è stata dichiarata ammissibile alla programmazione del POR FESR 2007-2013, a valere sulla Linea di Attività 1.2.1.c. Nel 2011 sono state inoltre approvate estensioni del progetto dedicate a finanziare la proroga dello stesso fino al definitivo completamento delle attività, per un importo pari a € 2.730.115, ed a finanziare le attività della Direzione Lavori per un importo pari a € 342.000. Nel corso del 2010 è stato avviato il Sistema Informativo del PUA che integra il software dell'ADI e gestisce il paziente nel percorso delle Cure Domiciliari Integrate, gestendo informaticamente il paziente in dimissioni concordate dall'Ospedale e la delega tra PUA delle diverse Aziende Sanitarie.

Attualmente il Sistema SISaR del PUA e della Assistenza Domiciliare è utilizzato presso tutte le ASL con la sola eccezione della ASL6 di Sanluri e della ASL8 di Cagliari, che utilizzano un altro applicativo non integrato con il SISaR. Il completamento dell'informatizzazione delle attività territoriali delle ASL, iniziata nei primi mesi dell'anno 2009, è previsto per il 31.12.2011.

Il sistema informativo della ADI SISaR è stato adeguato alle nuove normative regionali come richiesto dalla Determinazione n. 686 dell'Assessorato Sanità del 18/01/2010 che recepisce le indicazioni del DM del 17 dicembre 2008 del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed è stata rilasciata la SVAMA come ulteriore strumento di Valutazione Multidimensionale.

Per superare il problema dell'adesione al progetto SISaR da parte di tutte le Aziende Sanitarie e per superare le difficoltà dovute alla scarsa diffusione di processi omogenei all'interno delle aziende sanitarie nell'ambito delle Cure Domiciliari, l'Assessorato Sanità ha costituito, con le determinazioni n. 6275 e n. 6268 del 21.20.2011, due Cabine di Regia rispettivamente per ADI e PUA con il compito di fornire assistenza tecnica e analizzare gli impatti delle proposte sui sistemi informativi.

## **OBIETTIVO OPERATIVO 2.7: POTENZIARE LA CAPACITÀ DI OFFERTA IN RAPPORTO AL BISOGNO**

### **Azione 2.7.1 - Potenziamento del ruolo e delle responsabilità del Medico di Medicina Generale**

Obiettivo del piano è l'incremento del numero degli accessi del MMG in rapporto al numero dei pazienti presi in carico in CDI. Il numero degli accessi registrati a livello regionale nel 2010 (108.165) risulta aumentato rispetto al dato rilevato nel 2009 (79.578) come si evince dalla tabella 11 in allegato.

Al fine di perseguire l'obiettivo generale del PdA e favorire la continuità dell'assistenza territoriale si ritiene strategico rafforzare il coinvolgimento dei MMG nella partecipazione al processo di valutazione e di presa in carico delle Cure Domiciliari, per la condivisione degli obiettivi di servizio e la migliore definizione del percorso assistenziale. E' altresì importante favorire l'applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale, che già prevede un incentivo economico per la partecipazione alla VMD e per i singoli accessi a domicilio, completando il coinvolgimento anche dei Medici di Continuità Assistenziale.

L'Accordo Integrativo Regionale dei Medici di Medicina Generale<sup>9</sup> ha ulteriormente potenziato l'incentivazione economica prevista per ogni attivazione o riattivazione di Cure Domiciliari Integrate per persona (85 €) e per ogni accesso domiciliare per paziente (22 €) e prevede la compilazione, da parte del MMG, del Piano Attuativo degli Interventi (PAI) ma *“nessuna altra scheda o valutazione è richiesta al MMG, se non la compilazione della cartella clinica e della modulistica necessaria per la gestione del caso”*.

Essendo riconosciuto il ruolo del MMG quale responsabile clinico dei singoli casi, è necessario potenziare la sua azione in tutte le fasi del processo ed in modo particolare nelle partecipazioni alla VMD e nell'erogazione dell'assistenza.

### **Azione 2.7.2 - Garanzia della continuità dell'assistenza a domicilio nei giorni festivi e prefestivi**

Obiettivo del piano è garantire la continuità assistenziale alle persone in CDI anche nei giorni festivi e prefestivi, al fine di evitare accessi impropri ai Pronto Soccorso e interventi del 118.

Le cure a maggior carico assistenziale, il terzo livello e le cure palliative a malati terminali, comportano interventi programmati 7 giorni su 7.

Relativamente all'assistenza infermieristica domiciliare, permane ancora la difficoltà a garantirla nei giorni festivi e prefestivi, benchè tale difficoltà interessi un numero minore di ASL rispetto all'anno 2010 e sia limitata a 3 Distretti nei giorni prefestivi e a 5 distretti nei giorni festivi. In particolare: nei giorni prefestivi l'assistenza infermieristica, non è prevista in 3 Distretti della ASL di Nuoro, mentre nei giorni festivi non risulta prevista in 3 distretti e risulta prevista “eccezionalmente” in altri 2.

Per quanto riguarda gli interventi medici nei giorni festivi e prefestivi, il PdA prevede il coinvolgimento del Medico di Continuità Assistenziale che può essere programmato nel PAI. L'Accordo regionale per la Medicina Generale approvato con la DGR n. 19/9 del 12 maggio 2010 prevede per le Cure Domiciliari Integrate ad elevata intensità assistenziale che necessitino di assistenza medica sette giorni su sette, un compenso per gli accessi effettuati dai medici di continuità assistenziale. Tale compenso è riconosciuto al MCA anche nei casi in cui l'accesso è effettuato in modo non programmato. Al momento attuale esclusivamente una ASL (ASL 6) programma gli interventi del MCA nel PAI per le Cure domiciliari Integrate ad elevata intensità assistenziale.

### **Azione 2.7.3 - Garanzia della continuità della attività di coordinamento del servizio**

Obiettivo del piano è garantire la continuità di coordinamento del servizio durante tutto il percorso di cura e assistenza attraverso l'Unità Operativa Distrettuale delle CDI. In particolare l'UO di CDI deve essere accessibile telefonicamente per almeno 6 ore al giorno nei giorni feriali ed almeno 4 ore nei giorni pre-festivi. Deve inoltre essere garantita la reperibilità telefonica e la pronta disponibilità al domicilio dell'infermiere professionale.

---

<sup>9</sup> DGR n. 19/9 del 12.05.2010

In riferimento alla accessibilità telefonica nei giorni feriali l'obiettivo risulta raggiunto per 17 Distretti su 22, risulta infatti aumentato rispetto al RAOS 2010 il numero di Distretti che la garantiscono per non meno di 6 ore al giorno (12 distretti nel 2010 e 17 distretti nel 2011). Nei giorni pre-festivi non risulta invece ancora prevista per 4 ASL su 8 (ASL 3, 4, 5 e 8).

#### **Azione 2.7.4 - Coordinamento delle risorse umane non professionali (volontariato e assistenti familiari) coinvolte nei processi di cura e assistenza**

Il PdA inserisce tra le opzioni strategiche dell'obiettivo operativo "Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno" la valorizzazione delle risorse informali della comunità e la responsabilizzazione e l'accrescimento delle competenze dei *care-giver* non professionali coinvolti nei processi di cura e assistenza, al fine di garantire sostegno e supporto all'assistito e alla sua famiglia ed alleviarne il carico assistenziale.

Già a partire dal 2006 sono state promosse iniziative volte alla qualificazione e alla crescita professionale delle assistenti familiari, oltre che alla regolarizzazione dei rapporti di lavoro. In particolare, con la DGR n. 45/24 del 7.11.2006<sup>10</sup> è stata finanziata l'istituzione, presso gli Ambiti PLUS, di Registri pubblici delle assistenti familiari (badanti).

Con deliberazioni successive<sup>11</sup> sono state stanziati ulteriori risorse a favore degli Ambiti territoriali per il potenziamento della Rete pubblica delle assistenti familiari attraverso azioni di formazione per l'acquisizione e il rafforzamento delle loro competenze tecnico-professionali e/o di accompagnamento nella gestione degli aspetti connessi alla corretta e regolare instaurazione dei rapporti contrattuali/lavorativi. Per ciò che concerne la collaborazione e il coinvolgimento del volontariato nel sistema delle CDI, risulta che 5 Distretti hanno sottoscritto degli specifici protocolli operativi con associazioni attive nei territori di riferimento: 1 nella ASL 2, 2 nella ASL 5 e 3 nella ASL 6.

#### **Azione 2.7.5 - Rafforzamento dell'offerta di servizi a domicilio mediante interventi di sostegno alle famiglie**

Nell'ambito della conciliazione tra tempi di vita e di lavoro, l'Amministrazione regionale ha pubblicato nel mese di luglio 2011 l'avviso "Conciliando". Con tale iniziativa si destinano risorse del POR FSE alle Province per la realizzazione, tramite i centri servizi per il lavoro (CSL), di progetti integrati che favoriscano la conciliazione della vita familiare con la vita professionale. Si tratta di un'azione funzionale all'Obiettivo di servizio II, in quanto prevede l'utilizzo del voucher di conciliazione per l'acquisizione di servizi di cura e assistenza alla persona, compresa l'acquisizione di servizi per anziani non autosufficienti. I destinatari sono uomini e donne, anche immigrati residenti in Sardegna da almeno 5 anni, che siano dipendenti con contratti atipici o a tempo determinato, oppure siano inoccupati o disoccupati iscritti ai CSL e che frequentino un

---

<sup>10</sup> La deliberazione stanziava inoltre 490.000€ per la realizzazione di due programmi pilota nei Comuni di Cagliari e Sassari, da avviarsi in raccordo con le ASL di riferimento, per sperimentare modalità e forme di sostegno a favore di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti che necessitavano di un assistente familiare

<sup>11</sup> DGR n. n. 44/13 del 31 ottobre 2007 (700.000€).

percorso formativo, un tirocinio formativo e di orientamento o un percorso di politica attiva del lavoro concordato con il competente CSL. Il modello proposto si configura quale strumento di supporto a coloro che si trovano in una condizione di difficoltà lavorativa, per ridurre il peso del servizio di cura e dedicarsi alla ricerca del lavoro.

## **OBIETTIVO OPERATIVO 2.8: RIDURRE IL NUMERO DEI RICOVERI OSPEDALIERI INAPPROPRIATI ATTRAVERSO L'INTEGRAZIONE TRA LE CURE DOMICILIARI E L'ASSISTENZA OSPEDALIERA**

### **Azione 2.8.1 - Intensificazione dell'attività di monitoraggio sui ricoveri ospedalieri**

L'Amministrazione regionale assicura un costante monitoraggio dei ricoveri attraverso il controllo delle schede di dimissione ospedaliera secondo le regole e la normativa vigenti.

### **Azione 2.8.2 - Definizione e applicazione di protocolli operativi tra il Distretto e i Presidi Ospedalieri per le dimissioni protette e per l'attivazione di corsie preferenziali per l'accesso alle strutture ospedaliere dei pazienti in Cure Domiciliari Integrate**

Per realizzare una efficace integrazione fra i servizi territoriali e ospedalieri, che assicuri la continuità assistenziale, il PdA prevede la definizione di procedure per le dimissioni protette, per l'attivazione delle consulenze specialistiche, per l'accesso ai servizi di diagnostica strumentale e per l'approvvigionamento tempestivo di sangue ed emocomponenti per i pazienti seguiti a domicilio. La dimissione protetta richiede l'adozione tra il Distretto sociosanitario e i Presidi Ospedalieri di protocolli clinico-organizzativi relativamente alla programmazione della dimissione ed alla elaborazione del piano di assistenza post-dimissione attuata attraverso la valutazione multidimensionale. Dai dati rilevati, emerge che soltanto alcune ASL hanno provveduto alla definizione di protocolli operativi tra presidi ospedalieri e Distretti sociosanitari a garanzia di un passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura all'altro; in alcuni casi trattasi di accordi o protocolli finalizzati non solo alle dimissioni accompagnate ma anche all'assistenza a domicilio dei pazienti in condizioni di criticità, soprattutto per patologie che necessitino di interventi con apparecchiature complesse, ad esempio la Ventilazione Meccanica Assistita nei pazienti con SLA. Permane pertanto ancora una insufficiente integrazione e conoscenza reciproca tra il sistema sanitario ospedaliero e territoriale e quindi una difficoltà a garantire la continuità assistenziale. A tal fine, si ritiene di fondamentale importanza un maggior impegno professionale dei singoli operatori, una migliore integrazione istituzionale tra gli enti coinvolti e l'emanazione di Linee guida regionali relative alla continuità assistenziale ospedale-territorio.

### **Azione 2.8.3 - Attivazione degli ospedali di comunità di Ittiri e Thiesi**

Tale linea di attività non è stata, al momento, portata avanti. Nel prossimo futuro sarà comunque oggetto di valutazione.

## **OBIETTIVO OPERATIVO 2.9: MIGLIORARE L'APPROCCIO CULTURALE DEI PROFESSIONISTI E DEGLI OPERATORI DEL SETTORE**

**Azione 2.9.1 - Definizione di un'intesa tra la Regione e gli Atenei sardi per favorire l'inserimento nei programmi didattici dei corsi di diploma universitario e dei corsi di laurea *di moduli specifici sulla rete dei servizi sociosanitari territoriali.***

Non è stata ancora definita alcuna intesa con gli Atenei sardi per favorire l'inserimento negli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario e dei corsi di laurea di pertinenza sociale e sanitaria, di moduli specifici sulla rete dei servizi sociosanitari territoriali.

**Azione 2.9.2 - Consolidamento e arricchimento dei percorsi formativi per operatori sociosanitari**

Tale linea di attività non è stata, al momento, portata avanti. Nel prossimo futuro sarà comunque oggetto di valutazione.

**Azione 2.9.3 - Consolidamento e arricchimento della formazione specifica dei Medici di Medicina Generale**

Tale linea di attività non è stata, al momento, portata avanti. Nel prossimo futuro sarà comunque oggetto di valutazione.

**Tabella 3.** Avanzamento finanziario al 31/10/2011

Obiettivo operativo	Azioni strategiche	Fonte di finanziamento	Stanziamento totale € (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
<b>2.5 Facilitare l'accesso dell'utente ai servizi socio-sanitario</b>	2.5.1 Sviluppo di strategie di informazione sul PUA e sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione, delle ASL e degli Enti Locali	L.R.n. 3 del 5.3.2008, art 8	<b>400.000</b>	Det. 1255 del 31.12.2008	400.000	100%	0	0
<b>2.6 Migliorare l'organizzazione del servizio</b>	2.6.1 Definizione di un modello unitario di Punto Unico d'Accesso (PUA) e di Unità di Valutazione Territoriale (UVT) per il territorio regionale			Decreto Assessore n. 31 del 22.10.2008 Costituzione Gruppo Tecnico				
<b>2.6 Migliorare l'organizzazione del servizio</b>	2.6.2 Potenziamento dei Posti Unici di Accesso e delle UVT e delle Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate	Fondo nazionale Non Autosufficienza - DGR 44/11 del 31.10.2007	2.400.000	Det. 784 Del 11.11.2008	2.400.000	100%	2.400.000	100%
		L:R: n. 3 del 5.3.2008, art 8	15.000.000	Det. 1126 del 3.12.2008 - Det. 1051 09/11/2010 Det. 1336 del 31/12/2010 - Det. 375 del 09/05/2011	10.000.000	67%	8.000.000	53%
		<b>Totale 2.6.2</b>	<b>17.400.000</b>		<b>12.400.000</b>	<b>71%</b>	<b>10.400.000</b>	<b>84%</b>
	2.6.3 Attivazione e potenziamento degli Uffici di Piano in tutti i Distretti socio-sanitari	Fondo regionale Sistema integrato servizi alla persona - DGR 27/5 del 3.5.2008	9.600.000	Det 355 del 23.6.2009; Det 345 del 26.05.2010	3.200.000	33%	2.745.530	29%
		AT Amm.ne Centrale						
	2.6.4 Realizzazione di un piano di formazione sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione in collaborazione con le ASL e gli Enti Locali	DGR 44/11 del 31.10.2007	161.285	Det 784 del 11.11.2008	161.285	100%	161.285	100%
		PO FESR Sardegna 2007/13- 1.2.1 a)	591.200		591.200	100%	453.000	77%
		PO FSE Sardegna 2007/13-Asse III - G 4.1	250.000		0	0%	0	0%
		<b>Totale 2.6.4</b>	<b>1.002.485</b>		<b>752.485</b>	<b>75%</b>	<b>614.285</b>	<b>82%</b>

Obiettivo operativo	Azioni strategiche	Fonte di finanziamento	Stanziamento totale € (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
<b>2.6 Migliorare l'organizzazione del servizio</b>	2.6.5 Realizzazione dell' integrazione professionale nelle cure domiciliari attraverso il modello della Casa della salute	PO FESR Sardegna 2007/13-2.2.2 b)	11.315.000	Det 1362 del 06/12/2011	11.315.000	100%	0	0%
	2.6.6 Definizione di un modello unitario regionale di Valutazione Multidimensionale e di inquadramento nei profili assistenziali	AT Amm.ne Centrale		Costituzione Gruppo Tecnico				
	2.6.7 Snellimento delle procedure per l'erogazione diretta a domicilio dell'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica							
	2.6.8 Sviluppo di sistemi di pianificazione e controllo delle attività	AT Amm.ne Centrale						
	2.6.9 Implementazione di un adeguato sistema informativo	POR Sardegna 2000-06 progetto SISAR	30.000	Det. 1089 del 28/12/2007	30.000	100%	30.000	100%
	<b>TOTALE Obiettivo Operativo 2.6</b>		<b>39.317.485</b>		<b>27.667.485</b>	<b>70%</b>	<b>8.449.201</b>	<b>21%</b>
<b>2.7 Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno</b>	2.7.1 Potenziamento del ruolo e delle responsabilità del medico di medicina generale	DGR n. 17/1 del 2008 (approva il Contratto Integrativo Regionale della medicina generale)	2.800.000	Stipulato accordo integrativo della medicina generale – det. di pagamento n. 853 del 21/10/2008 € 2.800.000 -di cui quota parte per cure domiciliari integrate	2.800.000	100%	2.800.000	100%
<b>2.7 Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno</b>	2.7.2 Garanzia della continuità dell'assistenza a domicilio nei giorni festivi e prefestivi	DGR n. 17/1 del 2008 (approva il Contratto Integrativo Regionale della medicina generale)	440.000		440.000	100%	440.000	100%
	2.7.3 Garanzia della continuità della attività di coordinamento del servizio							

Obiettivo operativo	Azioni strategiche	Fonte di finanziamento	Stanziamento totale € (A)	Attuazione				
				Provvedimento	Impegni (B)	B/A	Pagamenti (C)	C/A
	2.7.4 coordinamento delle risorse umane non professionali (volontariato e assistenti familiari) coinvolte nei processi di cura e assistenza	Fondo nazionale Non Autosufficienza - DGR 44/11 del 31.10.2007	700.000	Det 831 del 1.12.2007	700.000	100%	665.000	95%
	2.7.5 Rafforzamento dell'offerta di servizi e domicilio mediante interventi di sostegno alle famiglie							
	<b>TOTALE Obiettivo Operativo 2.7</b>		<b>3.940.000</b>		<b>3.940.000</b>	<b>100%</b>	<b>3.905.000</b>	<b>99%</b>
<b>2.8 Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra le cure domiciliari e l'assistenza ospedaliera</b>	2.8.1 Intensificazione dell'attività di monitoraggio sui ricoveri ospedalieri							
	2.8.2 Definizione e applicazione di protocolli operativi tra il Distretto e i Presidii Ospedalieri per le dimissioni protette e per l'attivazione di corsie preferenziali per l'accesso alle strutture ospedaliere dei pazienti in Cure Domiciliari Integrate.							
	2.8.3 Attivazione degli ospedali di comunità di Ittiri e Thiesi	DGR 40/25 del 9.10.2007	3.000.000		0	0%	0	0%
	<b>TOTALE Obiettivo Operativo 2.8</b>		<b>3.000.000</b>		<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>2.9 Migliorare l'approccio culturale dei professionisti e degli operatori del settore</b>	2.9.1 Definizione di un'intesa tra la Regione e gli Atenei sardi per favorire l'inserimento nei programmi didattici dei corsi di diploma universitario e dei corsi di laurea							
	2.9.2 Consolidamento e arricchimento dei percorsi formativi per operatori socio-sanitari	Risorse FAS 2007/13	da definire					
	2.9.3 Consolidamento e arricchimento della formazione specifica dei Medici di Medicina Generale							
<b>TOTALE</b>			<b>46.687.485</b>	<b>0</b>	<b>32.037.485</b>	<b>69%</b>	<b>17.664.815</b>	<b>38%</b>

Si riportano, nella Tabella seguente, gli Indicatori di realizzazione per il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi del PdA, con il valore previsto per l'anno 2013 e quello raggiunto nel 2011.

Tabella 4. Indicatori di realizzazione

Obiettivi Operativi	Indicatore di realizzazione	Unità di misura	2009	2010	2011	Target 2013
2.5 Facilitare l'accesso dell'utente ai servizi socio-sanitari	Campagne informative realizzate (su scala regionale)	Numero	0	0	0	2
2.6 Migliorare l'organizzazione del servizio	Modello Unitario di PUA e di UVT	Numero	0	1	1	1
	Distretti socio-sanitari che hanno inserito il PUA nel percorso di Cure Domiciliari Integrate	Numero	17	17	20	22
	Distretti socio-sanitari che hanno attivato l'Unità Operativa distrettuale di Cure Domiciliari	Numero	22	22	22	22
	Distretti socio-sanitari che hanno attivato l'Ufficio di Piano	Numero	19	22	22	22
	Protocolli operativi tra ASL ed Enti Locali operanti in forma associata attivati	Numero	18	18	7	22
	Corsi di formazione realizzati (su scala regionale)	Numero	0	0	1	8
	Case della Salute realizzate	Numero	1	1	1	18
	Modello Unitario di Valutazione Multidimensionale	Numero	0	1	1	1
	Distretti socio-sanitari che garantiscono l'erogazione diretta di farmaci	Numero	16	22	22	22
	Definizione di standard quantitativi in rapporto al carico assistenziale per l'infermiere professionale	Numero	7	7		8
2.7 Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno	Incrementi accessi del MMG rispetto al 2006	Numero	-	15.000		15.000
	Protocolli operativi di integrazione con il servizio di continuità assistenziale attivati	Numero	5	5		22
	Accordi con il volontariato da parte delle ASL e degli Enti Locali	Numero	6	5	5	5
2.8 Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra CDI e assistenza ospedaliera	Protocolli operativi attivati tra Distretti e presidi ospedalieri	Numero	20	18	19	22
2.9 Migliorare l'approccio culturale dei professionisti e degli operatori del settore	Inserimento nella formazione specifica del MMG di moduli sul lavoro di rete e sulla integrazione socio-sanitaria	Numero	0	0	0	2

### 3 CRITICITÀ E SOLUZIONI

Alcuni degli aspetti di criticità segnalati nel RAOS 2010 continuano a permanere. Si riportano di seguito i principali punti di debolezza che si ritiene possano aver rallentato maggiormente l'implementazione della strategia delineata nel PdA:

- **Insufficiente conoscenza dei cittadini circa il complesso dei servizi offerti con conseguente difficoltà di orientamento delle famiglie e degli utenti;**

Nell'anno 2010 le ASL hanno realizzato campagne di informazione indirizzate al cittadino sull'organizzazione e il funzionamento dei servizi sociosanitari territoriali ed in particolare sulle cure a domicilio. Le campagne informative miravano a far conoscere inoltre ai cittadini i Punti di Accesso e le modalità di attivazione dei servizi. Si ritiene che ulteriori iniziative dovranno essere refusione e consolidamento delle informazioni. Si dovrà prevedere, come previsto dal PdA, la predisposizione e divulgazione di materiale informativo presso i luoghi strategici per il raggiungimento del cittadino (farmacie, ambulatorio del Medico di Medicina Generale, Presidi Ospedalieri, domicilio degli ultra sessantacinquenni e altri luoghi).

- **Garanzia della continuità dell'assistenza a domicilio nei giorni festivi e prefestivi**

Permane ancor la difficoltà a garantire l'assistenza infermieristica domiciliare nei giorni festivi e prefestivi, benchè tale difficoltà interessi un numero minore di ASL rispetto all'anno 2010 e sia limitata a 3 Distretti per l'assistenza nei giorni prefestivi e a 5 distretti nei giorni festivi.

- **Difficoltà di integrazione tra servizi sanitari e sociali degli Enti Locali.**

Come si è già avuto modo di evidenziare all'interno del documento, continuano a permanere difficoltà nell'interazione tra sistema dei servizi sociali e sistema dei servizi sanitari, in particolare in un numero elevato di distretti l'assistente sociale comunale non partecipa personalmente alla UVT, contrariamente a quanto previsto dalle linee guida regionali.

La limitata presenza degli Uffici di Piano nel processo delle CDI continua a rappresentare un punto di debolezza, dato il ruolo di promotore dell'integrazione socio sanitaria attribuito a tale organismo dalla vigente normativa regionale.

Si sono probabilmente scontate da questo punto di vista le iniziali difficoltà da parte degli Ambiti a strutturare e rendere operativi gli Uffici di Piano e, più in generale, a implementare il sistema di *governance* delle politiche socio-sanitarie disegnato dalla normativa regionale. Questo infatti presupponeva un grado di maturità e consapevolezza tecnico-istituzionale e una piattaforma organizzativa che non in tutti i Distretti si è rivelata adeguata a sostenere le spinte di innovazione e cambiamento che le disposizioni normative imponevano e sollecitavano.

Si ritiene che le nuove *Linee guida per la programmazione e gestione dei Plus triennio 2012-2014* approvate con DGR n. 40/32 del 6.10.2011, possano contribuire a rafforzare il processo di sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, sia a livello istituzionale che operativo.

- **Difficoltà a garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio.**

Poiché soltanto alcune ASL hanno provveduto alla definizione di protocolli operativi tra presidi ospedalieri e Distretti sociosanitari, permane una scarsa integrazione e conoscenza reciproca tra il sistema sanitario ospedaliero e territoriale e quindi una difficoltà a garantire la continuità assistenziale. A tal fine, si ritiene di fondamentale importanza un maggior impegno professionale dei singoli operatori, una migliore integrazione istituzionale tra gli enti coinvolti e l'emanazione di Linee guida regionali relative alla continuità assistenziale ospedale-territorio.

- **Permangono difficoltà da parte del MMG ad integrarsi nel sistema organizzativo delle CDI.**
- **Permangono criticità nell'erogazione diretta e consegna a domicilio di ausili e presidi.**
- **Difficoltà nell' utilizzo del sistema informativo regionale (SISAR) quale strumento unico per la raccolta ed elaborazione dei dati atti a descrivere l'effettivo panorama di cure domiciliari.**
- **Disomogeneità nella rilevazione e trasmissione dei dati con conseguente difficoltà a ricostruire l'effettivo stato dell'arte delle CDI presso le singole Aziende, a livello regionale ed a monitorarne l'andamento.**

Mancano criteri univoci a livello regionale per la raccolta dei dati. Tale carenza comporta una sostanziale disomogeneità dei dati rilevati (relativamente a casi trattati, ore di assistenza erogata, numero di accessi, costi sostenuti) e costituisce quindi una grossa debolezza del sistema. Permangono le difformità nei criteri di compilazione del modello FLS21. Si ritiene pertanto necessario, anche ai fini di un costante ed efficace monitoraggio dell'andamento delle CDI, prevedere degli interventi migliorativi nel sistema di raccolta, sistematizzazione e trasmissione dei dati. A tal fine l'amministrazione regionale, attraverso la collaborazione con un gruppo tecnico di esperti delle ASL, sta provvedendo alla definizione di indicazioni da destinare alle ASL sulle procedure di raccolta e corretta comunicazione del dato relativo ai casi trattati in Cure Domiciliari Integrate ai fini dell'alimentazione del flusso previsto dal Sistema Informativo Sanitario Nazionale FLS21.

- **Difficoltà nella rilevazione dei costi sostenuti per CDI (indicatore S06 bis).** Tale difficoltà è da ricondurre sostanzialmente a due aspetti:
  - Mancanza nelle ASL di centri di costo distinti per CDI;
  - Mancanza di criteri a livello regionale per una omogenea rilevazione del dato e compilazione del Quadro LA del Conto Economico aziendale.

## 4 L'AGGIORNAMENTO DELLA STRATEGIA

Considerate le azioni previste nel PdA ed alla luce delle criticità emerse, ad oggi non si intende effettuare una revisione della strategia, bensì un rafforzamento della stessa.

Tabella 5. Cronoprogramma

Obiettivo operativo	Opzioni strategiche	2011	2012	2013
<b>1.1. Facilitare l'accesso dell'utente ai servizi socio-sanitari</b>	1.1.1 Sviluppo di strategie di informazione sul PUA e sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione, delle ASL e degli Enti Locali			
	1.2.1 Definizione di un modello unitario di Punto Unico d'Accesso (PUA) e di Unità di Valutazione Territoriale (UVT) per il territorio regionale			
<b>1.2. Migliorare l'organizzazione del servizio</b>	1.2.2 Potenziamento dei Punti Unici di Accesso, delle UVT e delle Unità Operative Distrettuali di Cure Domiciliari Integrate			
	1.2.3 Attivazione e potenziamento degli Uffici di Piano in tutti i Distretti socio-sanitari			
	1.2.4 Realizzazione di un piano di formazione sulle Cure Domiciliari Integrate, da parte della Regione in collaborazione con le ASL e gli Enti Locali			
	1.2.5 Realizzazione dell'integrazione professionale nelle cure domiciliari attraverso il modello della Casa della salute			
	1.2.6 Definizione di un modello unitario regionale di Valutazione Multidimensionale e di inquadramento nei profili assistenziali			
	1.2.7 Snellimento delle procedure per l'erogazione diretta a domicilio dell'assistenza farmaceutica, integrativa e protesica			
	1.2.8 Sviluppo di sistemi di pianificazione e controllo delle attività			
	1.2.9 Implementazione di un adeguato sistema informativo			
	<b>1.3 Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno</b>	1.3.1 Potenziamento del ruolo e delle responsabilità del medico di medicina generale		
1.3.2 Garanzia della continuità dell'assistenza a domicilio nei giorni festivi e prefestivi				
1.3.3 Garanzia della continuità della attività di coordinamento del servizio				
1.3.4 coordinamento delle risorse umane non professionali (volontariato e assistenti familiari) coinvolte nei processi di cura e assistenza				
1.3.5 Rafforzamento dell'offerta di servizi a domicilio mediante interventi di sostegno alle famiglie				
<b>1.4 Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri inappropriati attraverso l'integrazione tra le cure domiciliari e l'assistenza ospedaliera</b>	1.4.1 Intensificazione dell'attività di monitoraggio sui ricoveri ospedalieri			
	1.4.2 Definizione e applicazione di protocolli operativi tra il Distretto e i Presidii Ospedalieri per le dimissioni protette e per l'attivazione di corsie preferenziali per l'accesso alle strutture ospedaliere dei pazienti in Cure Domiciliari Integrate.			

	1.4.3 Attivazione degli ospedali di comunità di Ittiri e Thiesi			
<b>1.5 Migliorare l'approccio culturale dei professionisti e degli operatori del settore</b>	1.5.1 Definizione di un'intesa tra la Regione e gli Atenei sardi per favorire l'inserimento nei programmi didattici dei corsi di diploma universitario e dei corsi di laurea			
	1.5.2 Consolidamento e arricchimento dei percorsi formativi per operatori socio-sanitari			
	1.5.3 Consolidamento e arricchimento della formazione specifica dei Medici di Medicina Generale			

**ALLEGATO**

**Tabella 6:** Costi delle Cure Domiciliari Integrate – Anni 2009 e 2010

ASL	Anno	Consumi e manutenzioni di servizio		Costi per acquisti di servizio			Personale				Ammortamenti	Sopravvenienze	Altri	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari	ruolo sanitario	ruolo prof.	ruolo tecnico	ruolo amm.				
ASL1	2009	644.844	0	3.099.573	0	0	1.557.405	0	17.645	0	0	0	0	5.319.467
	2010	1.412.580	4.881	4.090.758	195.162	6.442	2.032.011	0	54.734	82.489	0	0	0	7.879.056
ASL2	2009	178.175	31.658	163.513	0	27.570	892.201	0	16.534	26.851	3.912	0	0	1.340.414
	2010	353.000	14.000	0	75.000	412.000	889.000	0	0	71.750	54.000	27.000	23.000	1.918.750
ASL3	2009	126.000	20.000	490.000	46.000	216.000	1.145.000	4.000	62.000	103.000	2.000	18.000	29.000	2.261.000
	2010	145.000	22.000	369.000	49.000	657.000	1.223.000	4.000	31.000	100.000	2.000	3.000	25.000	2.630.000
ASL4	2009	0	0	1.656.108	6.495	0	300.900	0	0	10.603	0	0	52.142	2.026.248
	2010	88.940	0	1.833.397	0	0	80.000	120.000	0	0	0	0	0	2.122.337
ASL5	2009	355.324	327	0	0	7.833	559.963	0	0	0	0	0	916.466	1.839.913
	2010	36.999	28.000	836.000	239.000	83.000	374.000	1.000	8.000	25.000	8.000	24.000	12.000	1.674.999
ASL6	2009	80.000	0	840.000	99.000	61.000	150.000	0	18.000	24.000	0	0	8.000	1.280.000
	2010	80.000	0	800.000	120.000	74.000	225.000	18.000	18.000	50.000	0	0	10.000	1.395.000
ASL7	2009	534.000	1.000	1.994.000	0	72.000	670.000	1.000	2.000	10.000	2.000	1.000	11.000	3.298.000
	2010	603.000	3.000	1.878.000	2.000	66.000	683.000	2.000	15.000	28.000	8.000	13.000	17.000	3.318.000
ASL8	2009	101.000	3.000	6.712.000	297.000	315.000	1.015.000	0	0	65.000	0	0	0	8.508.000
	2010	106.752	2.162	6.872.284	362.775	306.019	941.460	0	0	43.581	0	0	0	8.635.033
Regione	2009	2.019.343	55.985	14.955.194	448.495	699.403	6.290.469	5.000	98.534	239.454	7.912	19.000	1.016.608	25.855.397
	2010	2.826.271	74.043	16.679.438	1.042.937	1.604.461	4.415.460	145.000	126.734	400.819	72.000	67.000	87.000	27.541.164

Fonte: scheda di rilevazione RAS

**Tabella 7:** Numero di casi trattati per ASL.

ASL	ANNO 2008			ANNO 2009			ANNO 2010			Variazione casi anziani anni 2010- 2009
	N casi trattati in ADI	N casi trattati anziani	% casi anziani sul totale casi trattati in ADI	N casi trattati in ADI	N casi trattati anziani	% casi anziani sul totale casi trattati in ADI	N casi trattati in ADI	N casi trattati anziani	% casi anziani sul totale casi trattati in ADI	
ASL1 Sassari	856	644	75	1.723	1.371	80	2020	1357	67	-14
ASL2 Olbia	314	271	86	433	367	85	533	430	81	63
ASL3 Nuoro	1.592	910	57	1.470	852	58	1510	908	60	56
ASL4 Lanusei	527	481	91	458	254	55	679	346	51	92
ASL5 Oristano	1.179	703	60	1.391	1.006	72	1406	956	68	-50
ASL6 Sanluri	469	384	82	554	436	79	558	448	80	12
ASL7 Carbonia	855	682	80	736	620	84	1248	1126	90	506
ASL8 Cagliari	2.657	2.227	84	2.948	2.495	85	2919	2480	85	-15
<b>Regione</b>	<b>8449</b>	<b>6302</b>	<b>75</b>	<b>9852</b>	<b>7550</b>	<b>77</b>	<b>10873</b>	<b>8051</b>	<b>74</b>	<b>501</b>

Fonte: Sistema Informativo Sanitario Nazionale FLS21

**Tabella 8:** numero di operatori che svolgono attività di assistenza a domicilio a tempo pieno per figura professionale – confronto anni 2009-2010-2011.

ASL	MMG				Medici specialisti				Infermieri				Terapisti della riabilitazione				Altri operatori 2010*	Altri operatori 2011*	Totale operatori				
	2009	2010	2011	Variab. 2009/11	2009	2010	2011	Variab. 2009/11	2009	2010	2011	Variab. 2009/11	2009	2010	2011	Variab. 2009/11			2009	2010	2011	Variab. 2010/11	Variab. 2009/11
ASL1	341		279	-62	17	11	25	8	46	32	33	-13	17	17	20	3	9	3	421	69	360	291	-61
ASL2	78		27	-51		0	6	6	9	18	13	4		0	1	1	4	0	9	22	47	25	38
ASL3	110		0	-110	3	8	0	-3	16	16	8	-8		0	0	0	11	0	129	35	8	-27	-121
ASL4	50		52	2	26	2	15	-11	15	15	15	0	14	15	18	4	5	0	105	37	100	63	-5
ASL5	115		77	-38	14	3	21	7	47	95	78	31	1	0	1	0	0	0	177	98	177	79	0
ASL6	91	95	90	-1	45	31	30	-15	43	30	55	12	18	15	30	12	18	20	197	189	225	36	28
ASL7	113		115	2	14	12	25	11	41	39	49	8	13	14	12	-1	2	2	181	67	88	21	-93
ASL8	448		468	20	12	84	26	14	70	142	147	77	50	56	66	16	4	3	580	286	710	424	130
<b>RAS</b>	<b>1346</b>	<b>95</b>	<b>1108</b>	<b>-238</b>	<b>131</b>	<b>151</b>	<b>148</b>	<b>17</b>	<b>287</b>	<b>387</b>	<b>398</b>	<b>111</b>	<b>113</b>	<b>117</b>	<b>148</b>	<b>34</b>	<b>53</b>	<b>28</b>	<b>1799</b>	<b>803</b>	<b>1715</b>	<b>912</b>	<b>-84</b>

Fonte: scheda di rilevazione RAS

**Tabella 9:** strutture socio sanitarie previste dalla DGR N. 42/3 Del 20.10.2011 e relativo finanziamento.

<b>Beneficiario</b>	<b>Tipologia della struttura</b>	<b>Localizzazione</b>	<b>Finanziamento</b>
ASL 2 Olbia	RSA con nucleo Hospice	Tempio	1.600.000,00
Comune di Sorso	RSA con nucleo Hospice/Casa della salute	Sorso	5.900.000,00
ASL 3 - Nuoro	RSA con nucleo Hospice	Desulo	4.400.000,00
ASL 4 - Lanusei	Casa della Salute	Tortoli	300.000,00
ASL 4 - Lanusei	Casa della Salute	Lanusei	700.000,00
ASL 5 - Oristano	Casa della Salute	Bosa	935.000,00
ASL 5 - Oristano	Casa della Salute	Terralba	1.835.000,00
ASL 6 - Sanluri	Casa della Salute	Arbus	405.000,00
ASL 7 - Carbonia	Casa della Salute	Giba	500.000,00
ASL 7 - Carbonia	Casa della Salute	Carloforte	500.000,00
ASL 7 - Carbonia	Casa della Salute	Fluminimaggiore	500.000,00
ASL 7 - Carbonia	Casa della Salute	Sant'Antioco	400.000,00
ASL 8 - Cagliari	Casa della Salute	Pula	935.000,00
ASL 8 - Cagliari	Casa della Salute	San N. Gerrei	935.000,00
ASL 8 - Cagliari	Casa della Salute	Mandas	935.000,00
ASL 8 - Cagliari	Casa della Salute	Quartu S.Elena	935.000,00
ASL 8 - Cagliari	Centro Socio-riabilitativo con nucleo Hospice	Quartu S.Elena	2.390.000,00
Comune di Oristano	Hospice	Oristano	900.000,00
ASL 8 - Cagliari	Casa della Salute	Senorbì	600.000,00
<b>Totale</b>			<b>25.605.000,00</b>

**Tabella 10:** Distribuzione farmaci e ausili/presidi per ASL (il simbolo X indica la presenza della specifica attività).

ASL	Farmaci				Presidi/Ausili		
	Consegna a domicilio		Approvvigionamento da Farmacia Territoriale		Consegna a domicilio		
	anno 2010	anno 2011	anno 2010	anno 2011	anno 2010	anno 2011 presidi	anno 2011 ausili
ASL1	X	X	X (2 Distretti Farm. Osp.)	X (2 Distretti Farm. Osp.)	X	X	
ASL2	X (solo 1 Distretto)	X	X	X	X	X	X
ASL3	X	X		X	X	X	X
ASL4	X	X	X	X	X	X	
ASL5	X	X	X	X	X (tranne 1 Distretto)		X (tranne 1 Distretto)
ASL6	X	X	X	X	X	talvolta	
ASL7	X	X		X	X	X	
ASL8	X	X	X	X	X	X	

Fonte: scheda di rilevazione RAS

**Tabella 11:** numero di accessi dei MMG e dei Medici specialisti - anni 2009 e 2010.

ASL	MMG		Medici Specialisti Territoriali	
	2009	2010	2009	2010
ASL1	13.450	16.640	862	361
ASL2	3.705	7.912	163	119
ASL3	2.512	5.514	50	248
ASL4	4.700	4.700	209	450
ASL5	14.302	15.923	248	487
ASL6	5.985	6.630	349	417
ASL7	8.980	9.081	200	335
ASL8	25.944	41.765	2.757	2.948
Regione	79.578	108.165	4.838	5.365

Fonte: scheda di rilevazione RAS