



POR FESR 2014-2020 – Asse VII – Azione 9.3.8

## Scheda Progetto

# Sistema informativo Cure Primarie

<b>Progetto:</b>	Realizzazione sistema informativo per le Cure Primarie		
<b>Redatto da:</b>	Regione Autonoma della Sardegna Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale Direzione Generale della Sanità Servizio Sistema Informativo, Affari Legali e Istituzionali		
<b>Versione:</b>	1.1	<b>Data</b>	05/05/2020 Revisionato per riorientamento intervento ai fini di supporto alla gestione dell'emergenza Covid-19



---

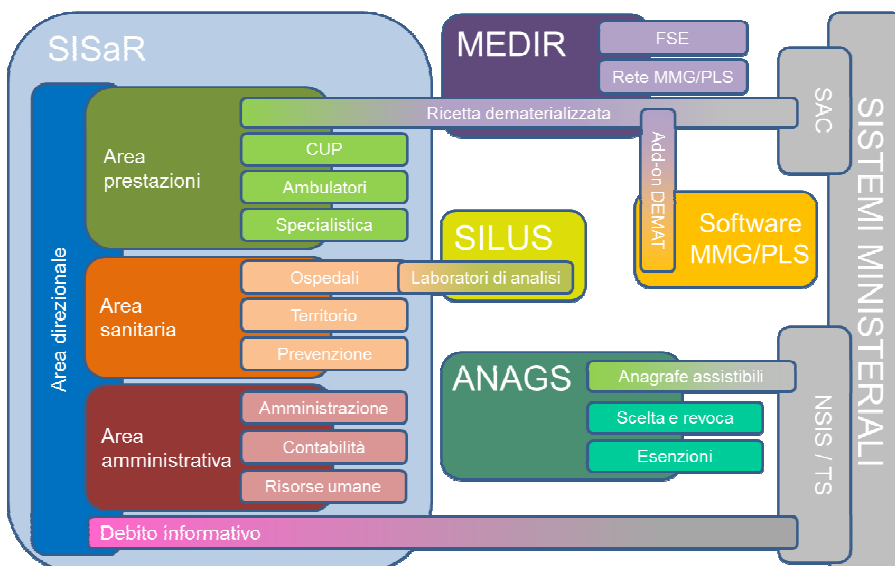
## Indice

1	Introduzione .....	3
1.1	Glossario .....	5
2	Il progetto .....	6
2.1	Denominazione del progetto .....	6
2.2	Sintesi del Progetto .....	6
2.3	Oggetto dell'intervento .....	10
2.3.1	Sperimentazione in aree territoriali pilota .....	11
2.4	Modalità di attuazione .....	11
2.5	Articolazione delle fasi progettuali .....	11
2.6	Piano Temporale .....	13
2.7	Quadro finanziario .....	13
2.8	Prospetto di spesa per annualità .....	14
2.9	Focus su spesa per riorientamento iniziativa .....	14



## 1 Introduzione

Il sistema informativo sanitario regionale è costituito da un insieme di sistemi informativi integrati acquisiti dalla Regione a beneficio delle Aziende Sanitarie e dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, tra cui si citano i sistemi SISaR, MEDIR, RTP, ANAGS, SILUS, etc., e rappresenta uno strumento essenziale per il governo clinico ed economico del sistema sanitario regionale nel suo complesso.



L'estensione del grado di copertura delle funzionalità del sistema informativo sanitario integrato regionale rispetto alla totalità dei processi gestiti dalle Aziende Sanitarie è in costante evoluzione, essendo necessariamente, in virtù dell'estrema complessità del Servizio Sanitario Regionale, un percorso da condurre progressivamente in ragione dell'avanzamento delle tecnologie e in funzione delle esigenze di budget, sostenibilità e change management, nell'arco di programmazioni pluriennali. Il grado di maturità di tale percorso, considerate anche le priorità strategiche determinate dagli orientamenti regionali e nazionali in materia sanitaria, consente e impone oggi di focalizzare l'attenzione sulla gestione dei percorsi clinico assistenziali, sia intra-ospedalieri sia di continuità ospedale-territorio e di cure primarie.

Allo stato attuale, accanto ai sottosistemi appartenenti al perimetro del sistema informativo sanitario integrato regionale, convivono un gran numero di altri sistemi informativi di natura prevalentemente clinica, aventi generalmente funzioni di carattere "verticale", parzialmente integrati con i sistemi regionali, che non permettono flussi di lavoro interamente digitali e vincolano per importanti funzioni alla gestione cartacea.

Nell'ambito del POR FESR 2014-2020, con riferimento alle azioni di informatizzazione del Servizio Sanitario Regionale, l'articolazione delle strategie individuate si incardina sulle seguenti due direttrici:

- l'Azione 9.3.8 dell'Asse VII, la quale mira a supportare l'esigenza di riorganizzazione delle Cure Primarie con spostamento dei luoghi di cura dall'ospedale alla comunità locale e la transizione dalla medicina d'attesa alla medicina d'iniziativa;
- l'Azione 2.2.2 dell'Asse II, che mira a sviluppare i servizi relativi all'e-health orientati al miglioramento dei processi sanitari, facendo leva sull'accentuazione del grado di interoperabilità tra i sistemi.

Il disegno delle strategie suddette si basa sulla necessità di supportare e accompagnare, mediante il volano tecnologico assicurato dai sistemi informativi e dalle relative infrastrutture, il Servizio Sanitario Regionale nelle macro-azioni di riforma intraprese dalla Regione nell'ambito di un percorso normativo pluriennale mirato alla modernizzazione ed all'efficientamento dell'organizzazione, condotto anche attraverso interventi radicali tra i quali si citano la creazione di un'unica Azienda sanitaria regionale (ATS – Azienda per la Tutela della Salute) e l'accorpamento dei presidi ospedalieri secondo criteri di razionalizzazione e valorizzazione delle competenze specifiche. Tra le strategie in atto, riveste fondamentale importanza il riordino delle Cure Primarie, ovvero l'adeguamento del ruolo dell'assistenza di base e di quella territoriale alle nuove sfide della sanità moderna, al fine di contribuire, da un lato, a ridurre le disuguaglianze, attraverso un'azione mirata sulle determinanti di salute e sulla territorializzazione dell'organizzazione e dei processi, e, dall'altro, a limitare la necessità di intervento in livelli di assistenza più complessi, come quella ospedaliera.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITÀ E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

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

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

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

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

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

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

Il sistema informativo delle cure primarie sarà introdotto nel sistema informativo sanitario regionale in maniera strettamente integrata con il fascicolo sanitario elettronico, la rete dei medici di medicina generale, la ricetta dematerializzata (componenti realizzate nell'ambito del progetto MEDIR), con i sistemi ospedalieri, territoriali, sociosanitari e con il CUP (componenti realizzate nell'ambito del progetto SISaR), nonché con l'anagrafica degli assistibili (componente realizzata nell'ambito del progetto ANAGS).



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Con riferimento all'ambito delle Cure Primarie si rileva come nello scenario attuale non esista un sistema informativo che consenta una piena e totale condivisione di tutti i dati, documenti e informazioni tra ospedale e territorio e tra differenti operatori del sistema territoriale, come invece sarebbe richiesto per un'organizzazione come quella prevista dalla legge N. 189 del 08.11.2012.

In piena sintonia con gli obiettivi di informatizzazione del sistema a supporto del riordino delle Cure Primarie per far fronte alle nuove sfide della sanità moderna (es. ridurre le disuguaglianze, limitare la necessità di ospedalizzazione), le azioni previste per la realizzazione dell'intervento descritto sono state parzialmente riorientate per il periodo di tempo necessario a fornire un utile supporto all'emergenza Covid-19. In coerenza con i bisogni di supporto a livello regionale, il riorientamento ha previsto, per le attività strettamente legate al supporto all'emergenza sanitaria, l'eliminazione del vincolo di territorialità inizialmente previsto per l'intervento e una revisione del cronoprogramma generale.

Alla luce di quanto sopra, l'obiettivo generale della presente scheda progetto è quello di descrivere come la realizzazione di un sistema informativo delle cure primarie possa fornire uno strumento valido ed un possibile percorso di assistenza sanitaria innovativa incardinata sugli obiettivi di inclusione sociale, ponendo in essere tutte le azioni necessarie per avviare la sperimentazione prevista dalla normativa vigente, a partire dalla cartella delle cure primarie quale strumento indispensabile per le AFT e la loro integrazione con le strutture territoriali ed ospedaliere, oltre che per consentire l'accesso ai servizi 365 giorni l'anno 24 ore al giorno.

### 1.1 Glossario

AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
CA	Continuità Assistenziale
CC	Cartella Clinica
CCA	Cartella Clinica Ambulatoriale
CCE	Cartella Clinica Elettronica <i>Strumento di gestione informatizzata sostitutivo della Cartella Clinica cartacea</i>
CCM	Chronic Care Model
CCP	Cartella clinica delle Cure Primarie <i>Strumento di gestione informatizzata per le Aggregazioni Funzionali territoriali</i>
CDR	Clinical Documents Repository
ESB	Enterprise Service Bus <i>Infrastruttura software che fornisce servizi di supporto per architetture complesse, basate su sistemi eterogenei, interconnessi con tecnologie eterogenee; fornisce servizi di coordinamento, sicurezza, messaggistica, instradamento intelligente e trasformazioni.</i>
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
GDPR	General Data Protection Regulation (nuovo regolamento europeo sulla privacy)
HW	Hardware
IoT	Internet of Things
MCA	Medici di Continuità Assistenziale
MdI	Medicina di Iniziativa
MMG	Medici di Medicina Generale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PUA	Punto Unico d'accesso
SISaR	Sistema Informativo Sanitario Regionale
SW	Software
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie



## 2 Il progetto

### 2.1 Denominazione del progetto

Sistema Informativo per le Cure Primarie	
Atti di programmazione regionali	<ul style="list-style-type: none"><li>• Legge Regionale 17 novembre 2014 n. 23 <i>Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012</i></li><li>• Delibera della Giunta Regionale n. 44/13 del 07.11.2014</li><li>• Delibera della Giunta Regionale n. 60/2 del 02.12.2015 <i>Sistema Regionale delle Cure Territoriali. Linee di indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie</i></li><li>• Delibera della Giunta Regionale n. 17/14 del 04.04.2017 <i>POR FESR 2014-2020 – Programmazione integrata interventi in ambito sanitario.</i></li><li>• <b>Delibera della Giunta Regionale n. 17/10 del 01.04.2020 – <i>Emergenza Covid-19. Riorganizzazione delle attività assistenziali ospedaliere e territoriali.</i></b></li></ul>
Quadro Normativo di Riferimento	<ul style="list-style-type: none"><li>• Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158 <i>"Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"</i></li><li>• Legge del 08.11.2012, n. 189 <i>"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"</i></li><li>• Patto della Salute 2014-2016</li><li>• <b>Circolare del Ministero della Salute n. 7865 del 25.03.2020 – <i>Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza Covid-19.</i></b></li></ul>
Finalità	<ul style="list-style-type: none"><li>• Supportare il <i>"decollo e l'implementazione su tutto il territorio regione del nuovo modello di Cure Primarie"</i></li></ul>
Risorse Richieste	<ul style="list-style-type: none"><li>• Il progetto richiede un finanziamento complessivo di € 6.161.000 su POR FESR Sardegna 2014-2020 Asse VII, rivolto alla predisposizione dei prerequisiti tecnologici e di contesto, alla realizzazione delle soluzioni software e alla loro sperimentazione nelle aree territoriali pilota, all'attuazione delle azioni di supporto e accompagnamento.</li></ul>

### 2.2 Sintesi del Progetto

Situazione attuale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Il contesto organizzativo vede una profonda riforma del Servizio Sanitario Regionale in corso di attuazione. La Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale della Sardegna, istituendo l'Azienda per la Tutela della Salute. L'ATS nasce dalla fusione per incorporazione delle 8 ex ASL. L'organizzazione risultante consiste in un'Azienda sanitaria unica e otto aree socio-sanitarie, corrispondenti ai territori delle vecchie ASL.</li><li>• L'ATS, sulla base degli atti di indirizzo deliberati dalla Giunta regionale e delle direttive dell'Assessorato competente in materia di sanità, svolge le funzioni di:<ul style="list-style-type: none"><li>a) programmazione aziendale e gestione complessiva dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;</li><li>b) omogeneizzazione e armonizzazione dei processi gestionali nel territorio regionale in coordinamento con l'attività delle altre aziende sanitarie;</li><li>c) accentramento, per quanto di competenza di tutte le aziende sanitarie della Sardegna, dei processi di aggregazione della domanda di beni e servizi e di approvvigionamento</li></ul></li></ul>
--------------------	--



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

	<p>degli stessi;</p> <p>d) gestione accentrata, secondo gli indirizzi della Giunta regionale e nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 18, comma 1, della legge regionale n. 10 del 2006 per quanto attiene le aziende ospedaliero-universitarie, per tutte le aziende sanitarie della Sardegna, delle procedure concorsuali e selettive, del trattamento economico del personale, dei magazzini e della relativa logistica, delle reti informatiche e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, delle tecnologie sanitarie e della valutazione dell'impatto delle stesse;</p> <p>e) gestione accentrata, secondo gli indirizzi della Giunta regionale, per tutte le aziende sanitarie della Sardegna, delle procedure di gara per la progettazione, realizzazione, manutenzione, alienazione, concessione e locazione degli immobili costituenti patrimonio delle stesse;</p> <p>f) definizione degli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipula dei contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, ai sensi dell'articolo 8 della legge regionale n. 10 del 2006, in coerenza con la programmazione territoriale di cui all'articolo 4, comma 5, lettera a);</p> <p>g) accentramento delle procedure di organizzazione dei percorsi di formazione ECM.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Il contesto tecnologico attuale del servizio sanitario regionale vede una moltitudine di sistemi informativi, alcuni dei quali già integrati tra loro benché solo settorialmente e in modo non pervasivo. Con particolare riferimento all'area territoriale, si riscontra la mancanza di un sistema informativo, inteso come insieme di più moduli interoperanti, che consenta di supportare in maniera omogenea e organica le nuove modalità di gestione delle cure primarie come definito dalla normativa regionale e nazionale. Si pensi a tale proposito alle profonde innovazioni introdotte in ambito AFT e UCCP, alle nuove modalità di erogazione dei servizi di medicina della continuità assistenziale, all'introduzione di nuovi modelli di gestione dell'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari (116117), all'attivazione dei PDTA – Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, all'avvio di iniziative di telemedicina a supporto della riforma delle cure primarie, etc..</li><li>• Le aree tematiche oggetto dell'intervento insistono quasi esclusivamente su ambiti sanitari e territoriali prettamente di competenza dell'ATS – Azienda per la tutela della salute, sia da un punto di vista amministrativo/organizzativo che di responsabilità istituzionale. Inoltre il sistema delle cure primarie dovrà assicurare l'interoperabilità con i principali sistemi informativi aziendali (si pensi per esempi ai referti di radiologia e di laboratorio), oltre che regionali (già citati in premessa). Risulta pertanto imprescindibile adottare strategie di attuazione dell'intervento che prevedano un coinvolgimento diretto dell'Azienda, sotto l'indirizzo e il monitoraggio strategico della Regione.</li></ul>
Obiettivi del progetto	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'obiettivo strategico dell'intervento è l'introduzione di azioni e sistemi in ambito ICT a supporto del miglioramento dell'appropriatezza e continuità delle cure ai cittadini attraverso la riqualificazione dell'assistenza territoriale al servizio della persona, l'integrazione dei processi di cura e la garanzia della continuità assistenziale.</li><li>• L'intervento dovrà supportare efficacemente il cambiamento e l'implementazione della riorganizzazione delle Cure Primarie attraverso il potenziamento dei servizi territoriali sociosanitari, di assistenza primaria e sanitari non ospedalieri e lo sviluppo di reti tra servizi e risorse del territorio per limitare la necessità di interventi in livelli assistenziali più complessi come quelli ospedalieri.</li><li>• L'intervento si propone perciò di sperimentare la riorganizzazione delle cure primarie del SSR mediante l'integrazione e interoperabilità funzionale tra strutture territoriali e le strutture ospedaliere che consentirà di spostare i setting di cura dal paziente acuto a quello della cronicità e di riportare nei percorsi delle cure primarie buona parte delle prestazioni e dei volumi di attività dei processi di cura erogati attualmente in contesto ospedaliero.</li><li>• Considerata la trasversalità e vastità degli ambiti interessati e l'innovatività delle azioni da attuare, l'intervento dovrà prevedere significative attività di preparazione di un adeguato contesto tecnologico, in maniera tale da condurre il sistema informativo sanitario, sia in ambito regionale che in quello aziendale, per quanto concerne le aree interessate, ad uno stato dell'arte tecnologico in grado di accogliere i nuovi sistemi e processi che in esso</li></ul>





## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

	<p>dovranno essere impiantati, in un contesto di alta efficienza e affidabilità. D'altro canto, per le medesime ragioni e per la molteplicità degli utenti e degli stakeholder coinvolti, l'intervento dovrà altresì includere importanti azioni di affiancamento e supporto al change management.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Considerando le specificità geomorfologiche e sociodemografiche della Sardegna, il sistema sarà sperimentato in diversi cluster di territori per verificare sul campo se il sistema informativo possa essere unitario a livello regionale oppure se debba essere differenziato a seconda della tipologia socio ambientale del territorio.</li><li>• L'intervento dovrà supportare l'esigenza di migliorare l'approccio generale alla cronicità attraverso l'adozione del Chronic Care Model tramite azioni coordinate di medicina di iniziativa, da sperimentare su aree territoriali definite, volte a prevenire il ricorso alle cure ospedaliere. Dovrà inoltre facilitare la sperimentazione, nelle aree interne, della medicina di prossimità, volta al raggiungimento di fasce svantaggiate della popolazione per superare le iniquità di accesso ai servizi sanitari, in piena coerenza con gli obiettivi dell'azione 9.3.8 (inclusione sociale).</li><li>• Il passaggio dalla medicina d'attesa alla medicina d'iniziativa implica anche che i servizi erogabili dovranno essere proattivamente indirizzati verso persone con bisogni complessi. Occorre quindi individuare i gruppi di malattie croniche, classificate secondo livelli di gravità di rischio e sfruttare al massimo le potenzialità offerte dalle tecnologie digitali (Health Population Management), anche nell'ottica della piena valorizzazione dei dati clinici, sociali e demografici già disponibili, nonché di quelli acquisibili da fonti certificate. Tali strumenti informatici di analisi dovranno consentire una più efficiente stratificazione della popolazione in funzione dei bisogni attuali e futuri, consentendo lo sviluppo anticipato di modelli di risposta adeguati a tali bisogni.</li></ul>
Opportunità	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dovranno essere verificate e attentamente valutate analoghe esperienze fatte da altre Regioni in questo ambito come p.e. Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Veneto, anche ai fini del riuso di eventuali componenti.</li><li>• Dovrà essere valutato il ricorso alle opportunità offerte dagli strumenti CONSIP, con particolare riferimento agli accordi e alle convenzioni quadro.</li></ul>
Le criticità presenti	<ul style="list-style-type: none"><li>• Il grande cambiamento richiesto all'operatività del personale Medico e Infermieristico rappresenta uno dei principali fattori di criticità in quanto l'applicazione di nuove modalità procedurali implica l'adozione di un rinnovato approccio culturale. L'intero progetto dovrà quindi essere costantemente supportato da un'attenta progettazione del cambiamento e da un forte commitment strategico da parte della Regione e delle Direzioni aziendali.</li><li>• La concomitanza con le azioni di avvio a regime dell'ATS e di riorganizzazione potrebbe introdurre elementi di stress sulle organizzazioni coinvolte nell'intervento.</li><li>• Sussistono prerequisiti tecnologici non di competenza dell'intervento, quali per esempio quelli relativi alla disponibilità di infrastrutture tecnologiche locali e soprattutto di adeguata connettività di rete nelle sedi territoriali interessate (con particolare riferimento alle aree svantaggiate).</li><li>• L'ambito privacy dovrà essere valutato con particolare attenzione in quanto il sistema non è stato ancora precisamente normato dal Garante per la privacy, fatte salve le indicazioni presenti nelle Linea Guida sui Dossier Sanitari e tenuto conto comunque dell'entrata in vigore del GDPR.</li></ul>
I risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizzazione di un contesto tecnologico infrastrutturale e architetture adeguato all'innesto dei nuovi sistemi e servizi per le cure primarie.</li><li>• Realizzazione di un sistema per l'attivazione del nuovo modello di gestione della non emergenza 116117.</li><li>• Realizzazione di PDTA integrati tra territorio e ospedale.</li><li>• Fornire ai medici delle cure primarie un unico strumento che consenta una più semplice condivisione delle informazioni sanitarie del paziente e che consenta un'adeguata implementazione dei nuovi processi in ambito AFT e UCCP.</li><li>• Uniformità nell'utilizzo di strumenti informatici come già avviene a livello ospedaliero.</li></ul>





## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sperimentazione di iniziative di telemedicina a supporto delle cure primarie.</li><li>• Informatizzazione dei Medici di Continuità Assistenziale.</li><li>• Disponibilità, a supporto dell'analisi, di strumenti informatizzati tesi alla miglior gestione della domanda di salute (Health Population Management).</li><li>• <b>Disponibilità a livello regionale, per il solo periodo necessario a fronteggiare l'emergenza sanitaria, di sistemi, anche in modalità SaaS, per il supporto al monitoraggio e al coordinamento delle attività di sorveglianza dei pazienti Covid-19 e ad alto rischio.</b></li></ul>
I Benefici attesi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Miglioramento della possibilità di pianificazione, programmazione e controllo delle attività delle Cure Primarie.</li><li>• Facilitazione della condivisione delle informazioni clinico-sanitarie a maggior beneficio per la cura e assistenza del paziente.</li><li>• Facilitazione nella integrazione fra gli ambiti ospedaliero e territoriale.</li><li>• Miglioramento dei processi di cura dei pazienti cronici.</li><li>• Efficientamento nell'accesso al Servizio Sanitario Regionale da parte del cittadino.</li><li>• Empowerment del cittadino e degli operatori sanitari.</li><li>• Supporto alla riduzione a lungo termine della spesa ospedaliera.</li><li>• Decremento dell'accesso improprio al Pronto Soccorso grazie alla nuova organizzazione del 116117.</li><li>• <b>Supportare le attività di monitoraggio e sorveglianza al domicilio dei pazienti sospetti, probabili e confermati Covid-19 e dei pazienti fragili ritenuti ad alto rischio.</b></li></ul>
Strategia di attuazione	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gli obiettivi del progetto sono ambiziosi e complessi, considerati gli interventi che la Regione dovrà attuare per riformare il sistema complessivo delle cure primarie a beneficio primario dei cittadini e degli operatori del sistema sanitario complessivo.</li><li>• Il raggiungimento degli obiettivi richiede una totale riorganizzazione delle cure primarie e la fornitura di strumenti tecnologici adeguati allo scopo, ivi inclusa la costruzione di un opportuno contesto tecnologico abilitante.</li><li>• Al fine di fronteggiare l'alta frammentarietà e complessità del contesto e rispondere all'esigenza di flessibilità richiesta in virtù dell'innovatività degli interventi, nonché per mitigare i rischi derivanti dalle interconnessioni tra le attività e dalle interferenze e deviazioni conseguenti ad un percorso normativo ancora in evoluzione, l'intervento dovrà essere strutturato in maniera composita, configurandosi come un'aggregazione incrementale e progressiva di più sottointerventi che concorrano al raggiungimento degli obiettivi generali, ciascuno finalizzato alla realizzazione di un set di obiettivi autoconsistenti e risultati autonomamente funzionanti. L'intervento nel suo complesso si configura pertanto come un "contenitore" di più moduli progettuali autoconsistenti e coerenti con la strategia d'insieme.</li><li>• Le modalità di attuazione dovranno rispondere a criteri di sussidiarietà, finalizzati ad assicurare la maggiore efficacia possibile per i singoli sottoprogetti attribuendo le responsabilità realizzative al soggetto in grado di garantire l'efficace ed efficiente conseguimento degli obiettivi. In particolare, la titolarità degli interventi di predisposizione del contesto tecnologico aziendale e territoriale e di realizzazione dei sistemi informativi "distrettuali" per ragioni di capacità organizzativa, leve contrattuali sull'utenza, prossimità al territorio e responsabilità sulle strutture interessate, è posta in capo all'ATS; rimangono invece di competenza della Direzione Generale della Sanità le azioni di coordinamento, affiancamento e supporto al change management, nonché gli interventi tecnologici sui sistemi regionali per i quali risulti più efficace una titolarità diretta da parte della Regione, da attuare anche tramite la società in house SardegnaIT.</li><li>• <b>Le modalità di attuazione degli interventi necessari a rendere disponibili sistemi a supporto della gestione dell'emergenza sanitaria dovranno avvenire attraverso un parziale riorientamento di alcuni dei singoli sottoprogetti e valorizzando le sinergie con i sistemi già previsti nelle singole progettualità. Il riorientamento perdurerà per il solo periodo necessario a fornire un utile supporto all'emergenza Covid-19 e dovrà prevedere, in coerenza con la diffusione dell'emergenza, l'eliminazione del vincolo di territorialità</b></li></ul>



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

	<p><b>inizialmente previsto per le sperimentazioni del presente intervento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'intervento opererà su tre fronti principali: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione di un contesto tecnologico che consenta l'impianto dei nuovi servizi e processi.</li> <li>- Realizzazione di sistemi informativi per l'implementazione dei nuovi processi funzionali delle cure primarie e loro sperimentazioni su aree territoriali svantaggiate (da definire in funzione delle peculiarità sociali del singolo territorio).</li> <li>- Dispiegamento di azioni di affiancamento e supporto al change management con una forte presenza sul territorio.</li> </ul> </li> </ul>
--	--

### 2.3 Oggetto dell'intervento

Oggetto generale dell'intervento è la realizzazione di azioni di informatizzazione a supporto del processo regionale di riordino delle Cure primarie.

Questa si esplica nella implementazione di una serie di sottointerventi che intervengono sia sul contesto tecnologico trasversale, al fine di predisporlo all'accoglimento dei nuovi sistemi, sia con l'informatizzazione di diversi ambiti afferenti ai diversi contesti operativi territoriali:

- *Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT):* Una *Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)* è un'aggregazione mono professionale, evoluzione della precedente medicina di gruppo o di rete dei MMG, in cui un gruppo di pazienti è condiviso tra più professionisti.
- *Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP):* Un'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) è costituita da aggregazioni multi professionali, tra cui gli specialisti ambulatoriali, infermieri, operatori sociali, medici di continuità assistenziale (MCA) e i medici delle cure primarie (MCP) delle AFT. L'UCCP rappresenta la sede in cui avvengono le attività di contatto, accoglienza, e gestione dei pazienti afferenti alla UCCP.
- *Case della Salute e Ospedali di Comunità.*

Inoltre, dovranno essere effettuati sottointerventi:

- nell'ambito dell'accesso ai servizi di cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari, quali quelli inerenti il progressivo riordino della medicina di continuità assistenziale e l'attivazione del sistema 116117, anche quale step intermedio a supporto di una transizione graduale verso il modello a regime delle cure primarie;
- per la predisposizione di architetture di integrazione standard per la condivisione delle informazioni clinico-sanitarie tra ospedale e territorio, quali la realizzazione di un Clinical Document Repository – CDR;
- per l'informatizzazione dei Percorsi Diagnostici, Terapeutici e Assistenziali (PDTA);
- per l'avvio di sperimentazioni di telemedicina a supporto delle cure primarie;
- **per il riorientamento parziale e temporaneo dei servizi e sistemi previsti al fine di rendere disponibili sistemi a supporto delle attività di monitoraggio e sorveglianza legate all'emergenza sanitaria Covid-19.**

**La proposta di riorientamento di alcune delle attività previste dal progetto SICP sopra menzionata – discussa ed approvata, il 23/04/2019, nella Cabina di Regia del Progetto istituita formalmente a seguito della sottoscrizione della Convenzione tra Assessorato Igiene e Sanità e ATS Sardegna per la realizzazione degli interventi previsti - è sinteticamente illustrata nella presentazione che si allega alla presente documentazione (ALLEGATO A).**

Il dimensionamento in termini di utenti che utilizzeranno i sistemi realizzati nell'ambito del progetto è il seguente:

MMG	~ 1.300
PLS	~ 200
MCA	~ 800



Assistenti MMG e PLS	~ 1.500
Specialisti ambulatoriali	~ 13.000

### 2.3.1 Sperimentazione in aree territoriali pilota

I sottointerventi dedicati all'implementazione dei processi di cure primarie presso le AFT, le UCCP e le Case della Salute dovranno essere territorializzati su aree svantaggiate e prevedere una sperimentazione presso aree pilota prescelte al fine di attuare più agevolmente il cambiamento dei processi organizzativi e assistenziali e l'affinamento delle soluzioni software adottate. Alla fase di sperimentazione seguirà l'estensione su scala regionale.

Per la selezione delle aree territoriali svantaggiate sede della sperimentazione potranno essere adottati i seguenti criteri:

- presenza di un adeguato numero di medici di medicina generale disponibili ad aderire alla sperimentazione;
- presenza negli studi dei medici aderenti alla sperimentazione di postazioni di lavoro e connettività di rete adeguati e di almeno un software di cartella clinica integrato con il sistema regionale MEDIR / FSE;
- coerenza, sinergia e non duplicazione degli interventi rispetto ad eventuali altre azioni / strategie programmate sulla medesima area territoriale;
- grado di fattibilità tecnica ed organizzativa dell'intervento rispetto a tutta la filiera dei processi individuati per la sperimentazione sulla specifica area;
- grado di rappresentatività dell'area rispetto alle diverse tipologie di casistiche presenti sul territorio regionale.

In coerenza con la diffusione dell'emergenza sanitaria, si specifica che non sono soggette al vincolo territoriale le attività di riorientamento legate alla gestione dell'emergenza legata al diffondersi del virus Covid-19.

### 2.4 Modalità di attuazione

Considerato il contesto in rapida evoluzione e l'esigenza di adottare strategie di attuazione flessibili, la presente scheda intende definire l'oggetto di massima dell'intervento ed i principi strategici per la sua realizzazione operativa. L'intervento nel suo complesso, infatti, sarà sviluppato in maniera modulare, per singoli sottoprogetti autoconsistenti che concorreranno ciascuno per la propria parte al raggiungimento degli obiettivi strategici descritti in premessa.

Il dettaglio dei singoli sottointerventi sarà progressivamente definito da specifiche schede dedicate, che saranno approvate singolarmente in momenti successivi.

I sottointerventi riguardanti le azioni a regia da affidare all'ATS saranno regolati da apposita convenzione quadro e approvati previa presentazione di singole schede progetto sul modello della presente.

I sottointerventi relativi alle azioni a titolarità saranno anch'essi dettagliati con una o più schede.

Al fine di assicurare la coerenza con il POR FESR anche al massimo livello di dettaglio della programmazione, ogni sottointervento sarà corredato da apposita relazione sul rispetto dei criteri di selezione, sottoposto ad una valutazione di coerenza e congruità da parte del Responsabile di Azione e inviato all'Autorità di Gestione per ricevere opportuno parere di coerenza.

### 2.5 Articolazione delle fasi progettuali

Il perseguimento dei predetti obiettivi viene ottenuto attraverso l'articolazione in due fasi progettuali:

Fase	Oggetto	Descrizione
<b>Fase 1</b>	Azioni di predisposizione del contesto tecnologico e supporto al riordino dei servizi di cure mediche non urgenti	Questa fase, indipendente dallo specifico modello organizzativo che sarà adottato per l'implementazione del riordino delle cure primarie in Regione Sardegna, include i sottointerventi di infrastrutturazione e adeguamento del contesto tecnologico necessari per supportare l'impianto dei nuovi sistemi informativi e servizi ICT per le cure primarie. In questa fase ricadono quindi sottointerventi quali: <ul style="list-style-type: none"><li>• la realizzazione di sistemi e servizi per la standardizzazione delle integrazioni, l'acquisizione di un CDR, etc.;</li></ul>



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Fase	Oggetto	Descrizione
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'adeguamento del sistema delle cure non urgenti (informatizzazione dei medici di continuità assistenziale, attivazione del sistema 116117, etc.);</li> <li>• la realizzazione di iniziative di Health Population Management, necessarie all'individuazione di opportune strategie di presa in carico dei pazienti cronici, basate su stratificazione della popolazione in funzione dei bisogni attuali e futuri ricavati da analisi di dati disponibili o acquisibili da fonti certificate.</li> <li>• Il riorientamento parziale e temporaneo di parte dei sistemi previsti per l'adeguamento delle cure non urgenti al fine di supportare le attività legate all'emergenza sanitaria Covid-19.</li> </ul>
<b>Fase 2</b>	Realizzazione delle soluzioni software di cure primarie, PDTA e telemedicina, con sperimentazione nelle aree pilota	<p>Questa fase include gli interventi necessari all'implementazione dei nuovi moduli software per le cure primarie in attuazione dei nuovi processi disegnati dal modello organizzativo regionale, compresa la realizzazione delle integrazioni coi sistemi esistenti.</p> <p>Nello specifico saranno acquisiti/realizzati i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Componente software di Cartella Clinica delle Cure Primarie per l'AFT</li> <li>- Componenti software per l'UCCP</li> <li>- Interoperabilità tra sistemi AFT e UCCP</li> <li>- Componente CDR aziendale</li> <li>- Componente gestore dei PDTA (PDTA Framework)</li> <li>- Interoperabilità sistemi AFT e UCCP con CDR e PDTA Framework</li> <li>- Componente gestore per l'accesso ai documenti conformemente alla privacy</li> <li>- Componente punto di accesso applicativo unificato per le UCCP</li> <li>- Integrazione dei sistemi informativi che compongono l'UCCP</li> <li>- Integrazione dei componenti del sistema informativo ospedaliero con il CDR</li> <li>- Interoperabilità dei componenti del sistema informativo ospedaliero con il PDTA Framework</li> <li>- Interoperabilità del sistema informativo del distretto con AFT e UCCP</li> <li>- Interoperabilità dei componenti del sistema SILUS/Galileo con il PDTA Framework</li> </ul> <p>Questa fase prevede la sperimentazione delle soluzioni software realizzate nelle aree pilota prescelte.</p> <p>Inoltre, sarà attuato un parziale e temporaneo riorientamento di parte dei sistemi previsti per la realizzazione di nuovi software per le cure primarie al fine di supportare le attività legate all'emergenza sanitaria Covid-19.</p>

Tutte le fasi includono le necessarie azioni di affiancamento, e supporto al change management.

Dal punto di vista della suddivisione delle competenze, si rappresenta il seguente quadro che potrà essere rivisto nelle schede di dettaglio di ogni singolo sottointervento in funzione delle peculiarità dello stesso e delle specifiche esigenze e opportunità contingenti:

Tipologia	Beneficiario	Ambiti di azione
<b>Titolarità</b>	<b>Regione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azioni di affiancamento e supporto al change management.</li> <li>• Sottointerventi tecnologici su sistemi di esclusiva competenza regionale.</li> </ul>
<b>Regia</b>	<b>ATS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sottointerventi per i servizi di cura non urgenti (continuità assistenziale, 116117, etc.) urgenti e di Health Population Management.</li> <li>• Sottointerventi di acquisizione/realizzazione delle soluzioni software di cure primarie, PDTA e telemedicina, con sperimentazione nelle aree pilota.</li> </ul>



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Tipologia	Beneficiario	Ambiti di azione
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Riorientamento parziale e temporaneo dei servizi e sistemi, compresi nell'ambito di azione di ATS, per il supporto alle attività di gestione dell'emergenza sanitaria Covid-19.</li> </ul>

## 2.6 Piano Temporale

Il progetto si sviluppa dal 01/09/2018 al 31/12/2021.

Fase	Attività	2018				2019				2020				2021			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
FASE 1	Azioni infrastrutturali																
	Azioni per i servizi di cura non urgenti e di Health Population Management																
	Riorientamento parziale sistemi e servizi per supporto alla gestione dell'emergenza Sanitaria Covid-19																
FASE 2	Acquisizione/realizzazione e sperimentazione delle soluzioni software																
	AFT																
	UCCP																
	PDPA																
	Telemedicina																
	Riorientamento parziale sistemi e servizi per il supporto alla gestione dell'emergenza Sanitaria Covid-19																

Le attività di riorientamento di cui sopra sono rappresentate in dettaglio nel crono programma sottostante e si sviluppano dal 01/03/2020 al 31/05/2020 (15 mesi).

Fase	Attività	2020												2021				
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V
FASE 1	Definizione requisiti e modalità di approvvigionamento																	
	Riorientamento sistemi e servizi																	
	Attivazione ed erogazione servizio																	
FASE 2	Definizione requisiti e modalità di approvvigionamento																	
	Riorientamento sistemi e servizi																	
	Attivazione ed erogazione servizio																	

## 2.7 Quadro finanziario

Il quadro finanziario è indicativamente così suddiviso.

Totale intervento 6.161.000,00 €

di cui:

Quota massima a regia (ATS) 5.475.299,40 €

Quota minima a titolarità (Regione) 685.700,60 €



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Sulla base di apposita convenzione quadro da sottoscrivere con l'ATS, le quote saranno impegnate a seguito dell'approvazione di ciascun sottointervento e trasferite in tranches di anticipazioni progressive secondo quanto stabilito dalla convenzione stessa. La quota a titolarità potrà essere attuata tramite affidamento alla società in house SardegnaIT.

## 2.8 Prospetto di spesa per annualità

La tabella seguente mostra la previsione di massima della spesa nei singoli anni solari.

Totale intervento					6.161.000,00 €
	Totale	2018	2019	2020	2021
Quota a regia (ATS)	5.475.299,40 €	800.215,50 €	946.902,60 €	2.588.451,70 €	1.139.729,60 €
Quota a titolarità (Regione)	685.700,60 €	242.915,55 €	213.375,83 €	229.409,22 €	0,00 €
TOTALE		1.043.131,05 €	1.160.278,43 €	2.817.860,92 €	1.139.729,60 €

## 2.9 Focus su spesa per riorientamento iniziativa

La copertura finanziaria delle immediate esigenze dovute al riorientamento parziale delle attività derivanti dal riorientamento illustrato nel presente documento potrà essere garantita mediante la redistribuzione delle spese previste all'interno del sottoprogetto N. 1 e del sottoprogetto N. 3 già attivati e di cui consta il progetto SICP.

Si intendono quindi invariate - al momento - le quantificazioni di risorse necessarie e già definite per il raggiungimento degli obiettivi originali del progetto SICP, anche per l'implementazione del presente intervento emergenziale.

Si precisa quindi che dovrà essere necessario valutare l'ulteriore fabbisogno di allocazione di nuove risorse finanziarie in considerazione dell'importo che sarà devoluto per il riorientamento del progetto SICP a supporto della gestione dell'emergenza sanitaria Covid-19 allo scopo di completare il percorso progettuale originario come da progetto iniziale.