

Sanitario del Paese 2011, una diminuzione della dotazione di posti letto per acuti, che passano da 202.736 unità (3,3 posti letto per 1.000 abitanti) a 189.359 (3,2 posti letto per 1.000 abitanti); anche per la post-acuzie si riscontra un lieve decremento dei posti letto, che passano da 37.252 posti letto nel 2011 a 35.217 posti letto nel 2013, che lascia invariato l'indicatore medio nazionale dei posti letto non acuti (0,6 posti letto per 1.000 abitanti). La generale diminuzione del numero dei posti letto si concentra maggiormente nelle strutture di ricovero pubbliche

e, nonostante le razionalizzazioni e riorganizzazioni attuate da molte Regioni, la dotazione a livello nazionale dei posti letto per acuti resta al di sopra degli standard stabiliti dalla legge n. 135/2012, mentre quella dei posti letto post-acuti non raggiunge ancora l'obiettivo di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti (*Tabelle 4.1 e 4.2*).

Per l'assistenza ospedaliera il Servizio sanitario nazionale (SSN) si avvale, nel 2013, di 632 istituti di cura pubblici. Nel confronto con la Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2011, occorre tenere presente che il con-

Tabella 4.2. Posti letto dei reparti ospedalieri attivi a inizio anno – Strutture di ricovero pubbliche ed equiparate e case di cura private accreditate – Distribuzione per acuti/non acuti – Indicatori per 1.000 abitanti (Anno 2013)

Regione	Posti letto per acuti			Posti letto per non acuti		
	Pubblici	Accreditati	Totale	Pubblici	Accreditati	Totale
Piemonte	2,8	0,3	3,1	0,5	0,6	1,1
Valle d'Aosta	3,6	0,1	3,7	0,0	0,5	0,5
Lombardia	2,7	0,5	3,2	0,4	0,4	0,8
PA di Bolzano	3,4	0,1	3,4	0,2	0,5	0,7
PA di Trento	2,8	0,2	3,1	0,3	0,8	1,2
Veneto	3,1	0,2	3,2	0,5	0,1	0,6
Friuli Venezia Giulia	3,4	0,3	3,8	0,3	0,1	0,3
Liguria	3,2	0,1	3,3	0,5	0,1	0,6
Emilia Romagna	2,9	0,7	3,6	0,5	0,4	0,9
Toscana	2,9	0,3	3,2	0,2	0,2	0,3
Umbria	2,9	0,3	3,2	0,4	0,0	0,4
Marche	3,0	0,3	3,3	0,4	0,3	0,6
Lazio	2,8	0,5	3,3	0,2	0,5	0,7
Abruzzo	2,7	0,5	3,1	0,2	0,3	0,5
Molise	3,3	0,3	3,6	0,8	0,2	1,0
Campania	2,1	0,8	2,9	0,1	0,2	0,3
Puglia	2,5	0,4	2,9	0,2	0,2	0,4
Basilicata	2,9	0,1	3,0	0,4	0,2	0,6
Calabria	2,0	0,6	2,6	0,1	0,4	0,4
Sicilia	2,3	0,7	3,0	0,2	0,2	0,4
Sardegna	3,0	0,5	3,5	0,1	0,1	0,2
Italia	2,7	0,5	3,2	0,3	0,3	0,6

Acuti: sono escluse le discipline 28 – Unità spinale, 56 – Recupero e riabilitazione funzionale, 60 – Lungodegenti, 75 – Neuro-riabilitazione.

Non acuti: sono considerate le discipline 28 – Unità spinale, 56 – Recupero e riabilitazione funzionale, 60 – Lungodegenti, 75 – Neuroriabilitazione

Fonte: Ministero della salute – Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario – Ufficio di Direzione Statistica.

Tabella 4.3. Distribuzione regionale delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate per classi di posti letto e dimensione media delle strutture (Anno 2013)

Regione	N. istituti pubblici ed equiparati per classi di posti letto			Totale istituti pubblici ed equiparati	Dimensione media (posti letto)
	≤ 120	121-400	> 400		
Piemonte	7	16	14	37	396
Valle d'Aosta	0	0	1	1	457
Lombardia	47	58	20	125	245
PA di Bolzano	3	3	1	7	262
PA di Trento	5	2	1	8	210
Veneto	6	13	19	38	455
Friuli Venezia Giulia	2	8	3	13	346
Liguria	1	2	8	11	532
Emilia Romagna	3	11	14	28	526
Toscana	17	15	9	41	275
Umbria	1	7	2	10	292
Marche	2	11	3	16	320
Lazio	17	30	13	60	284
Abruzzo	7	8	3	18	208
Molise	0	5	0	5	254
Campania	17	21	11	49	259
Puglia	8	23	7	38	286
Basilicata	3	5	1	9	211
Calabria	11	9	3	23	175
Sicilia	36	23	8	67	186
Sardegna	12	12	4	28	182
Italia	205	282	145	632	285

Nota: Sono state considerate tutte le tipologie di posti letto (day-hospital, day-surgery, degenza ordinaria e degenza ordinaria a pagamento), rilevate attraverso il modello HSP.12, dei reparti ospedalieri attivi a inizio anno.

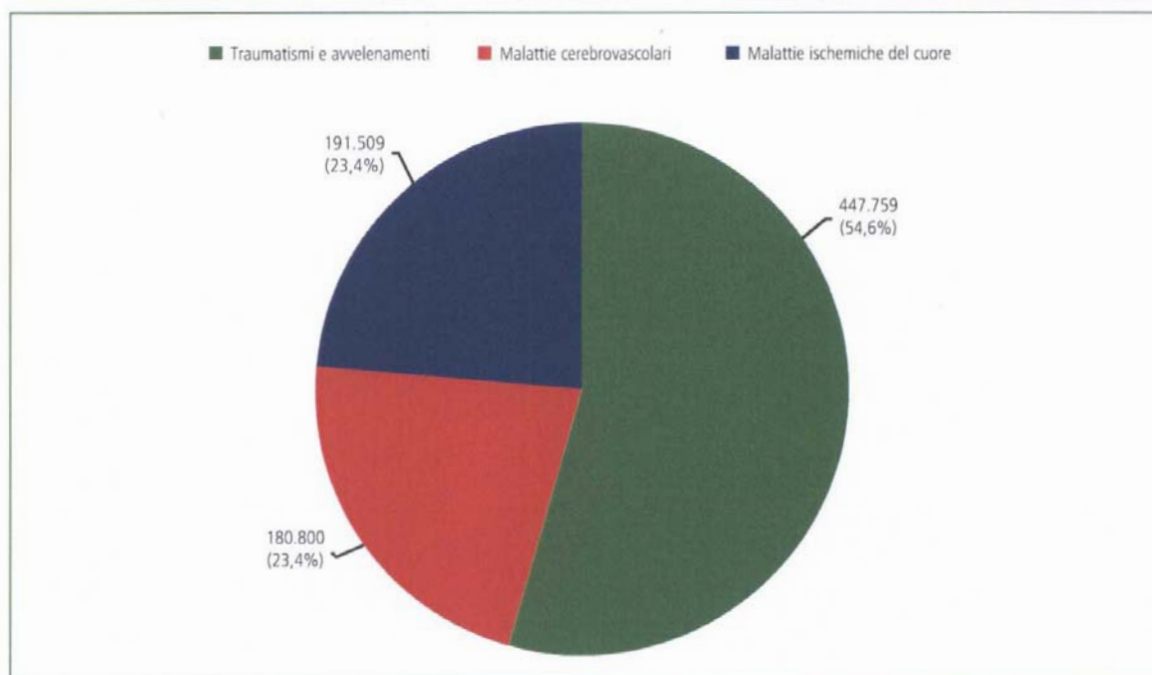
Fonte: Ministero della salute – Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario – Ufficio di Direzione Statistica.

teggio delle strutture di ricovero pubbliche della Regione Lombardia è stato effettuato per la Relazione 2012-2013 considerando il dettaglio relativo agli ospedali gestiti dalle Aziende ospedaliere (AO), mentre per la Relazione 2011 i posti letto degli ospedali a gestione diretta delle AO sono stati ricondotti a ciascuna AO. Escludendo dal confronto la Regione Lombardia, le strutture di ricovero pubbliche ed equiparate diminuiscono nel 2013 rispetto al 2011 di 28 unità, a seguito di accorpamenti, riconversione o chiusure. La rimodulazione dell'offerta è principalmente concentrata sulle strutture ospedaliere

con dotazione fino a 120 posti letto (–16 istituti nel 2013 rispetto al 2011, pari al 57,0% della riduzione totale e al 9,0% circa sul valore 2011). Il numero degli ospedali di medie dimensioni (tra 121 e 400 posti letto) diminuisce del 2,0% circa (–4 istituti nel 2013 rispetto al 2011) e il numero degli ospedali di grandi dimensioni (oltre i 400 posti letto) diminuisce del 6,0% circa (–8 istituti nel 2013 rispetto al 2011) [Tabella 4.3].

Per quanto attiene l'attività di ricovero ospedaliero, rilevata con il flusso informativo "Scheda di Dimissione Ospedaliera" (SDO), sono stati analizzati i ricoveri acuti

Figura 4.1. Dimissioni ospedaliere per patologie tempo-dipendenti (Anno 2012).



Fonte: Scheda di Dimissione Ospedaliera – SDO 2012.

in urgenza, che nel 2012 corrispondono a un totale di 3.770.533 dimissioni, di cui circa il 22,0% è costituito da ricoveri per patologie che necessitano di una diagnosi tempestiva e di cure ospedaliere immediate e appropriate. Tra queste patologie si annoverano: malattie ischemiche del cuore (4,8%), malattie cerebrovascolari (5,1%) e traumatismi e avvelenamenti (11,9%). La *Figura 4.1* riporta la numerosità complessiva dei ricoveri e la relativa proporzione percentuale.

In particolare, le malattie ischemiche del cuore (codici diagnosi principale 410.xx-414.xx della classificazione ICD-9-CM) comprendono patologie come infarto miocardico acuto, cardiopatie ischemiche e aterosclerosi coronarica. La *Tabella 4.4* riporta la distribuzione delle dimissioni ospedaliere per malattie ischemiche del cuore, distinte per Regione di dimissione, classe di età e genere del paziente. Dalla *Tabella 4.4* si rileva che le malattie ischemiche del cuore aumentano con l'età e colpiscono prevalentemente il genere maschile (66,1%).

Le malattie cerebrovascolari (codici diagnosi principale 430.xx-438.xx) comprendono patologie come emorragia intracranica di

natura non traumatica, occlusione e stenosi delle arterie precerebrali e cerebrali, oltre all'ischemia cerebrale transitoria. La *Tabella 4.5* riporta la distribuzione delle malattie cerebrovascolari, distinte per Regione di dimissione, classe di età e genere del paziente. Dalla *Tabella 4.5* si osserva che l'incidenza della patologia non presenta sostanziali differenze per genere se si prescinde dall'età del paziente; se invece si tiene conto dell'età, si rilevano una prevalenza del genere maschile (59,4%) fino a 60 anni e una prevalenza del genere femminile (53,5%) oltre 60 anni.

Infine, le diagnosi di traumatismi e avvelenamenti (codici diagnosi principale 800.xx-999.xx della classificazione ICD-9-CM) comprendono un ampio spettro di condizioni patologiche, determinate da traumi accidentali che causano fratture e lussazioni nelle varie parti del corpo, traumatismi agli organi interni e intracranici, ustioni, traumatismi dei nervi e del midollo spinale, oltre agli avvelenamenti da farmaci, medicinali e prodotti biologici. La maggiore incidenza dei traumatismi si osserva nelle classi di età maggiore di 60 anni e inferiore a 30 anni che, rispettivamente, costituiscono circa il

Tabella 4.4. Dimissioni ospedaliere con diagnosi principale di malattie ischemiche del cuore. Distribuzione

Regione	Classi di età					
	Fino a 30 anni			Da 31 a 45 anni		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	14	4	18	370	63	433
Valle d'Aosta	—	—	—	9	—	9
Lombardia	27	5	32	809	146	955
PA di Bolzano	—	—	—	31	6	37
PA di Trento	—	—	—	45	10	55
Veneto	9	2	11	350	66	416
Friuli Venezia Giulia	3	1	4	92	16	108
Liguria	2	—	2	120	30	150
Emilia Romagna	10	2	12	366	88	454
Toscana	17	4	21	291	78	369
Umbria	2	5	7	72	17	89
Marche	2	1	3	121	27	148
Lazio	27	8	35	512	98	610
Abruzzo	2	—	2	114	15	129
Molise	4	—	4	47	12	59
Campania	42	5	47	708	154	862
Puglia	18	4	22	353	71	424
Basilicata	2	—	2	39	16	55
Calabria	4	1	5	247	39	286
Sicilia	21	9	30	540	93	633
Sardegna	8	2	10	125	38	163
Italia	214	53	267	5.361	1.083	6.444

Fonte: Scheda di Dimissione Ospedaliera – SDO 2012.

54,0% e il 20,0% dei ricoveri (Tabella 4.6). Complessivamente, non c'è prevalenza di genere nei ricoveri per traumatismi.

Analizzando le SDO si riscontra che, per le tre patologie in esame, il maggior numero di ricoveri è stato registrato nella Regione Lombardia (27.272 per la SCA, 26.840 per l'ictus e 67.388 per i traumatismi). Nella valutazione di tali dati bisogna tuttavia considerare che la Regione Lombardia, avendo definito i percorsi delle tre reti (Delibere degli anni 2008, 2009 e 2012), ha potuto monitorare in maniera più puntuale il trend dei ricoveri per le tre specifiche patologie.

In riferimento ai dati riportati, si ritiene opportuno rivolgere l'attenzione futura alla

rete delle patologie acute ad alta complessità assistenziale che, insieme alla rete delle patologie tempo-dipendenti, permetteranno di migliorare l'assistenza ai vari livelli rispondendo sempre più appropriatamente ai bisogni della popolazione.

Bibliografia essenziale

Ministero della salute. Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale

Ministero della salute. Dati SDO anno 2012

Ministero della salute. I dati in formato aperto del Ministero della salute - Open data. www.dati.salute.gov.it. Ultima consultazione: agosto 2014

Ministero della salute. Verifica adempimenti LEA 2012

per Regione di ricovero, classi di età e genere (Anno 2012)

	Da 46 a 60 anni			Da 61 anni e oltre			Totale complessivo		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	2.258	513	2.771	6.239	3.903	10.142	8.881	4.483	13.364
	64	12	76	188	121	309	261	133	394
	4.552	996	5.548	12.468	8.269	20.737	17.856	9.416	27.272
	187	37	224	542	329	871	760	372	1.132
	189	54	243	684	470	1.154	918	534	1.452
	1.690	323	2.013	5.242	3.441	8.683	7.291	3.832	11.123
	526	109	635	1.896	1.431	3.327	2.517	1.557	4.074
	840	191	1.031	2.579	1.773	4.352	3.541	1.994	5.535
	1.873	442	2.315	6.729	4.401	11.130	8.978	4.933	13.911
	1.584	361	1.945	6.025	4.219	10.244	7.917	4.662	12.579
	464	121	585	1.370	906	2.276	1.908	1.049	2.957
	677	155	832	2.333	1.721	4.054	3.133	1.904	5.037
	3.017	647	3.664	8.155	5.011	13.166	11.711	5.764	17.475
	627	124	751	1.577	954	2.531	2.320	1.093	3.413
	208	56	264	600	317	917	859	385	1.244
	3.963	1.041	5.004	7.671	4.508	12.179	12.384	5.708	18.092
	2.101	453	2.554	5.786	3.370	9.156	8.258	3.898	12.156
	200	95	295	496	543	1.039	737	654	1.391
	1.218	282	1.500	2.762	1.637	4.399	4.231	1.959	6.190
	3.402	820	4.222	8.064	4.466	12.530	12.027	5.388	17.415
	787	252	1.039	2.101	1.281	3.382	3.021	1.573	4.594
	30.427	7.084	37.511	83.507	53.071	136.578	119.509	61.291	180.800

4.2. Rete dell'emergenza-urgenza

4.2.1. Quadro programmatico

Il SSN ha come principale compito istituzionale quello di garantire, in situazioni di emergenza e urgenza, interventi tempestivi e adeguati attraverso un'organizzazione capillare in grado di stabilizzare il paziente e trasportarlo in condizioni di sicurezza al presidio più appropriato. Tale organizzazione è rappresentata dalla rete di emergenza-urgenza, che a tal fine è articolata in:

- un sistema di allarme sanitario, costituito dalle Centrali Operative che rispondono

alle chiamate al 118 e attivano il soccorso più tempestivo e appropriato alle condizioni del paziente;

- un sistema territoriale di soccorso, di base e avanzato, che assicura l'intervento, con mezzi di soccorso e personale formato, in tempi brevi (circa 8 minuti in area urbana e circa 20 minuti in area extraurbana);
- un sistema ospedaliero gerarchicamente differenziato su diversi livelli di operatività: punti di primo intervento, ospedali sede di pronto soccorso, ospedali sede di DEA, di I e II livello.

Tabella 4.5. Dimissioni ospedaliere con diagnosi principale di malattie cerebrovascolari. Distribuzione per

Regione	Classi di età					
	Fino a 30 anni			Da 31 a 45 anni		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	44	46	90	174	161	335
Valle d'Aosta	3	3	6	7	5	12
Lombardia	155	116	271	486	423	909
PA di Bolzano	15	7	22	32	24	56
PA di Trento	13	8	21	11	20	31
Veneto	54	57	111	268	153	421
Friuli Venezia Giulia	9	7	16	41	34	75
Liguria	37	25	62	92	84	176
Emilia Romagna	50	46	96	234	189	423
Toscana	57	63	120	154	132	286
Umbria	11	17	28	54	39	93
Marche	24	28	52	76	57	133
Lazio	94	70	164	276	234	510
Abruzzo	15	14	29	74	54	128
Molise	7	5	12	22	8	30
Campania	86	55	141	321	230	551
Puglia	44	41	85	179	139	318
Basilicata	9	9	18	23	25	48
Calabria	18	18	36	81	70	151
Sicilia	99	63	162	246	228	474
Sardegna	35	24	59	90	90	180
Italia	879	722	1.601	2.941	2.399	5.340

Fonte: Scheda di Dimissione Ospedaliera – SDO 2012.

Il sistema di emergenza-urgenza, anche se cresciuto negli ultimi anni a livello nazionale in modo non omogeneo, è oggi un punto di riferimento per la popolazione per fiducia e soddisfazione, a volte anche per la difficoltà di accedere ai servizi di assistenza primaria. Ciò ha comportato il verificarsi del fenomeno del sovraffollamento del pronto soccorso e, in alcuni casi, il ritardo di risposta dell'emergenza territoriale alle richieste di soccorso. Il sovraffollamento del pronto soccorso dipende da fattori sia interni all'ospedale, come la difficoltà di ricoverare, sia esterni, quali per esempio gli accessi di pazienti che non necessitano di cure ospedaliere (accessi "impropri" e accessi di pazienti cronici con condizioni acute "prevenibili" perché non correttamente controllate). Il ritardo

di risposta sul territorio è la conseguenza di numerose chiamate al sistema di emergenza territoriale (118) che, spesso, riguardano problematiche non urgenti, se non addirittura non sanitarie.

La rete di emergenza-urgenza è attualmente in una fase di profonda riorganizzazione sia nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro sia in altre Regioni. Ciò è conseguenza della più ampia riorganizzazione delle reti sanitarie assistenziali, in atto in molte Regioni, finalizzata a ridurre gli squilibri presenti tra la risposta ospedaliera e quella territoriale per rispondere ai nuovi bisogni della popolazione. Le tre reti assistenziali, emergenza-urgenza, ospedaliera e territoriale sono, infatti, strettamente collegate tra loro e svolgono funzioni sempre più appropriate

Regione di ricovero, classi di età e genere (Anno 2012)

	Da 46 a 60 anni			Da 61 anni e oltre			Totale complessivo		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	784	445	1.229	5.504	6.022	11.526	6.506	6.674	13.180
	37	13	50	207	261	468	254	282	536
	1.699	1.072	2.771	10.628	12.261	22.889	12.968	13.872	26.840
	114	70	184	810	827	1.637	971	928	1.899
	83	40	123	542	753	1.295	649	821	1.470
	782	428	1.210	5.085	6.353	11.438	6.189	6.991	13.180
	188	107	295	1.397	1.852	3.249	1.635	2.000	3.635
	336	271	607	2.987	3.784	6.771	3.452	4.164	7.616
	711	489	1.200	5.209	6.117	11.326	6.204	6.841	13.045
	629	446	1.075	5.999	7.038	13.037	6.839	7.679	14.518
	208	131	339	1.765	1.873	3.638	2.038	2.060	4.098
	269	192	461	2.503	2.724	5.227	2.872	3.001	5.873
	1.103	672	1.775	6.982	8.083	15.065	8.455	9.059	17.514
	291	165	456	2.131	2.465	4.596	2.511	2.698	5.209
	74	30	104	512	537	1.049	615	580	1.195
	1.337	799	2.136	7.023	7.745	14.768	8.767	8.829	17.596
	674	438	1.112	4.575	5.117	9.692	5.472	5.735	11.207
	91	89	180	689	1.094	1.783	812	1.217	2.029
	348	218	566	2.668	2.813	5.481	3.115	3.119	6.234
	1.176	798	1.974	7.907	8.722	16.629	9.428	9.811	19.239
	334	270	604	2.176	2.377	4.553	2.635	2.761	5.396
	11.268	7.183	18.451	77.299	88.818	166.117	92.387	99.122	191.509

nell'ambito di un percorso condiviso anche se, allo stesso tempo, ogni rete persegue una serie di obiettivi specifici. In questo quadro, la rete dell'emergenza-urgenza può essere considerata come l'interfaccia tra l'ambito territoriale e ospedaliero, nonché la garanzia per i livelli salvavita e i servizi irrinunciabili per la popolazione.

L'attenzione della programmazione nazionale, in questo periodo, si è rivolta prevalentemente al monitoraggio degli interventi di riorganizzazione delle reti di emergenza regionali, dell'attivazione delle reti assistenziali tempo-dipendenti, dello stato di avanzamento dei progetti sulla defibrillazione precoce, ai sensi del decreto del 18 marzo 2011, all'aggiornamento del metodo Triage e alla promozione della diffusione dell'Os-

servazione Breve Intensiva nei pronto soccorso. Particolare attenzione è stata posta al monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza (Sistema 118 e presidi ospedalieri), in attuazione al decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 e s.m.i. che, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ha istituito il sistema informativo sulle prestazioni erogate in EMergenza-URgenza (Sistema EMUR). Tale decreto è a regime dal 1° gennaio 2012.

Con l'obiettivo, inoltre, di individuare soluzioni assistenziali per la gestione dei codici bianchi e verdi, in alternativa al pronto soccorso, nel febbraio 2013 è stato emanato l'Accordo Stato-Regioni che prevede un modello organizzativo che assicura un'efficace

Tabella 4.6. Dimissioni ospedaliere con diagnosi principale di traumatismi e avvelenamenti. Distribuzione

Regione	Classi di età						
	Fino a 30 anni			Da 31 a 45 anni			
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
Piemonte	2.575	1.111	3.686	1.843	734	2.577	
Valle d'Aosta	143	70	213	122	34	156	
Lombardia	9.477	4.056	13.533	5.731	2.203	7.934	
PA di Bolzano	1.202	471	1.673	744	314	1.058	
PA di Trento	589	248	837	364	144	508	
Veneto	3.682	1.578	5.260	2.544	942	3.486	
Friuli Venezia Giulia	892	369	1.261	663	252	915	
Liguria	1.431	738	2.169	1.046	435	1.481	
Emilia Romagna	3.615	1.682	5.297	2.803	1.151	3.954	
Toscana	3.016	1.264	4.280	1.926	743	2.669	
Umbria	1.146	541	1.687	582	261	843	
Marche	1.188	550	1.738	753	274	1.027	
Lazio	6.350	2.816	9.166	3.972	1.449	5.421	
Abruzzo	1.614	748	2.362	810	312	1.122	
Molise	411	166	577	234	90	324	
Campania	9.001	3.425	12.426	4.815	1.837	6.652	
Puglia	6.028	2.554	8.582	3.135	1.168	4.303	
Basilicata	443	257	700	296	140	436	
Calabria	2.224	856	3.080	1.166	443	1.609	
Sicilia	6.416	2.422	8.838	3.102	1.052	4.154	
Sardegna	2.081	942	3.023	1.432	516	1.948	
Italia	63.524	26.864	90.388	38.083	14.494	52.577	

Fonte: Scheda di Dimissione Ospedaliera – SDO 2012.

risposta a tutte le richieste di assistenza sanitaria e sociosanitaria dei cittadini, garantendo un'adeguata progettazione di spazi, percorsi e team sanitari differenziati tra l'attività di emergenza e urgenza e l'attività di continuità assistenziale, nonché adeguati sistemi di ricezione delle richieste sia per le prestazioni di emergenza e urgenza sia per le richieste di cure primarie, continuative nelle 24 ore, ma rigorosamente separati nei rispettivi percorsi.

La comunità scientifica internazionale e nazionale riconosce, infatti, nella medicina del territorio (medicina di base, distretto, continuità assistenziale) la funzione di “grimaldello” per risolvere una buona parte delle problematiche che riguardano il sistema di emergenza-urgenza.

Le iniziative più rilevanti all'attenzione della programmazione per i prossimi anni riguarderanno, principalmente, l'individuazione di ulteriori soluzioni per contrastare il fenomeno del sovraffollamento del pronto soccorso, inteso quale stazionamento dei pazienti in attesa di essere ricoverati, dopo le prestazioni di pronto soccorso.

4.2.2. Stato di attuazione nei contesti regionali

Tutte le Regioni in Piano di rientro hanno programmato interventi di ristrutturazione dei sistemi di emergenza-urgenza, in connessione alle attività di riordino della rete ospedaliera o come azioni specifiche, in ogni caso

per Regione di ricovero, classi di età e genere (Anno 2012)

	Da 46 a 60 anni			Da 61 anni e oltre			Totale complessivo		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	2.044	1.334	3.378	6.196	11.132	17.328	12.658	14.311	26.969
	135	95	230	243	394	637	643	593	1.236
	5.553	3.478	9.031	12.684	24.206	36.890	33.445	33.943	67.388
	928	577	1.505	1.519	2.299	3.818	4.393	3.661	8.054
	446	286	732	877	1.641	2.518	2.276	2.319	4.595
	2.847	1.794	4.641	6.961	12.333	19.294	16.034	16.647	32.681
	728	465	1.193	2.105	3.888	5.993	4.388	4.974	9.362
	1.121	758	1.879	3.274	6.323	9.597	6.872	8.254	15.126
	2.822	1.917	4.739	6.675	10.970	17.645	15.915	15.720	31.635
	2.006	1.385	3.391	6.035	12.059	18.094	12.983	15.451	28.434
	566	411	977	1.858	3.266	5.124	4.152	4.479	8.631
	809	528	1.337	2.322	4.117	6.439	5.072	5.469	10.541
	3.634	2.346	5.980	7.460	14.461	21.921	21.416	21.072	42.488
	900	511	1.411	1.963	3.653	5.616	5.287	5.224	10.511
	282	172	454	553	992	1.545	1.480	1.420	2.900
	4.092	3.001	7.093	6.487	12.327	18.814	24.395	20.590	44.985
	2.902	2.004	4.906	6.439	11.027	17.466	18.504	16.753	35.257
	282	240	522	682	1.800	2.482	1.703	2.437	4.140
	1.115	693	1.808	2.179	3.691	5.870	6.684	5.683	12.367
	2.994	1.965	4.959	6.197	11.623	17.820	18.709	17.062	35.771
	1.440	835	2.275	2.753	4.689	7.442	7.706	6.982	14.688
	37.646	24.795	62.441	85.462	156.891	242.353	224.715	223.044	447.759

mirando a una configurazione delle reti secondo il modello Hub & Spoke. In generale, le azioni programmate delle Regioni avevano l'obiettivo di:

- razionalizzare il numero di nodi della rete ospedaliera (pronto soccorso, DEA1 e DEA2), attivando al contempo Punti di Primo Intervento, in particolare nelle strutture ospedaliere riconvertite;
- ridurre il numero delle Centrali Operative;
- ridurre l'inappropriatezza dei servizi.

Allo stato attuale, tuttavia, il grado di attuazione delle azioni relative alla revisione dei nodi della rete è diversificato e, nella maggior parte dei casi, la situazione è ancora in divenire. Relativamente alla riduzione delle Centrali Operative occorre segnalare che il numero è stato ridotto non solo in alcune Regioni in

Piano di rientro come il Piemonte, ma anche in Lombardia, Umbria, Emilia Romagna. A fine 2013 risultano attive a livello nazionale 91 Centrali Operative 118.

Molta attenzione è stata data anche alla riorganizzazione dei servizi di elisoccorso, che ha previsto, in molti casi, la riduzione del numero di elicotteri attivi e l'implementazione del servizio notturno.

In molte realtà si stanno avviando azioni finalizzate all'integrazione tra i servizi di emergenza e i servizi di continuità assistenziale, come la centralizzazione delle chiamate di continuità assistenziale e la collocazione di postazioni presso le Centrali Operative 118. Tra le soluzioni organizzative previste in quasi tutte le Regioni si evidenziano l'istituzione e, in molti casi, la realizzazione delle reti

assistenziali specialistiche per la gestione di patologie ad alta complessità assistenziale tempo-dipendenti (trauma, ictus, SCA) che si avvalgono anche della trasmissione in tempo reale di immagini e dati.

In relazione ai programmi sui defibrillatori, ai sensi del decreto del 18 marzo 2011, finalizzati all'assegnazione di risorse pari a 8 milioni di euro per un triennio, si è proceduto a monitorare lo stato di avanzamento dei progetti regionali e all'erogazione della penultima tranche dei finanziamenti alle Regioni che hanno realizzato gli interventi così come previsti. Restano ancora da ammettere a finanziamento alcune Regioni che dovranno fornire ulteriori elementi informativi.

Con l'obiettivo di promuovere l'informazione riguardo ai diversi servizi disponibili in caso di emergenza-urgenza, in collaborazione con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanita-

ri Regionali (AgeNaS), nel corso del 2012-2013, è stata realizzata la "Prima Campagna Informativa sul corretto utilizzo dei Servizi di Emergenza" nella convinzione che una corretta informazione sulle diverse possibilità di assistenza permetta ai cittadini di scegliere i servizi più adeguati ai propri bisogni e possa contribuire a migliorare l'efficacia dei servizi stessi. La campagna, rivolta a tutta la popolazione, con particolare attenzione ai giovani e ai cittadini stranieri, ha visto il coinvolgimento delle Società scientifiche, delle associazioni di volontariato e dei cittadini, nonché delle comunità straniere, e ha avuto risonanza a livello nazionale con la diffusione del video spot attraverso le principali reti televisive. Rilevanti sono state la partecipazione delle Regioni e le iniziative di diffusione della campagna informativa promosse a livello locale, in particolare nelle scuole.

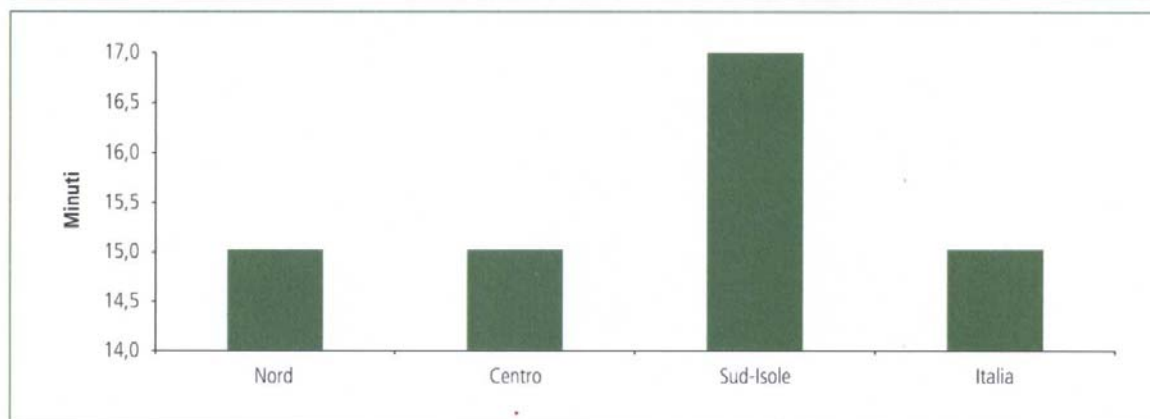
Tabella 4.7. Anno 2012 – N. chiamate e n. interventi da EMUR 118 (Anno 2012)

Area*	Popolazione	Chiamate	Chiamate per 1.000 abitanti	Interventi	Interventi per 1.000 abitanti
Nord	26.690.057	3.651.091	137	2.011.104	75
Centro	11.591.705	1.358.310	117	991.928	86
Sud e Isole	18.969.891	988.689	52	756.832	40
Italia	57.251.653	5.998.090	105	3.759.864	66

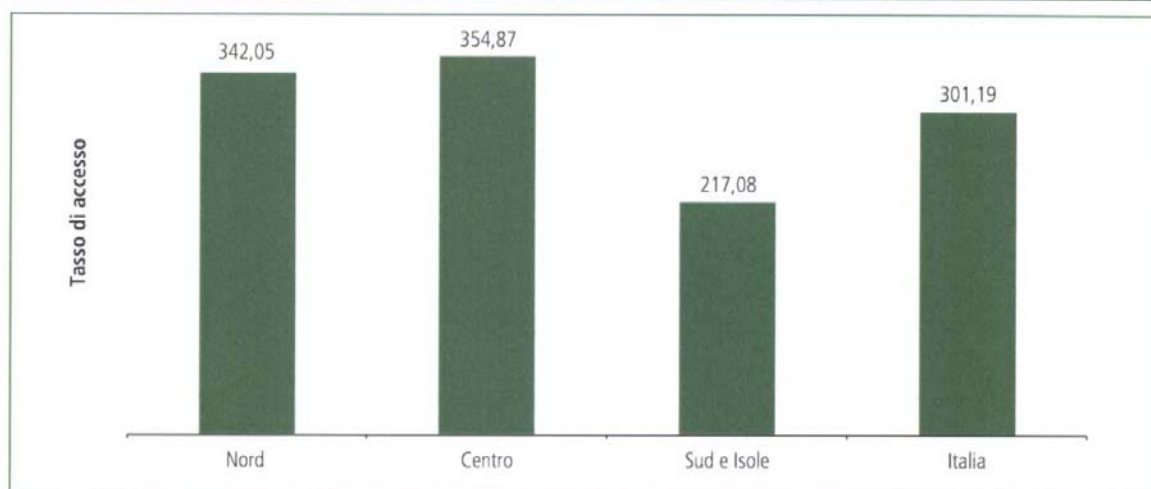
*Nel calcolo non sono inclusi i contributi relativi alla Provincia Autonoma di Bolzano e alla Regione Sardegna in quanto non inviano dati EMUR 118.

Fonte: NSIS – Decreto 17 dicembre 2008 – Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Anno 2012).

Figura 4.2. Intervallo Allarme Target (Anno 2012).



Fonte: NSIS – Decreto 17 dicembre 2008 – Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Anno 2012).

Figura 4.3. Tasso di accessi in pronto soccorso per 1.000 abitanti (Anno 2012).

Fonte: NSIS – Decreto 17 dicembre 2008 – Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Anno 2012).

4.2.3. Esposizione e valutazione critica dei dati

Il flusso di dati EMUR, nell'anno 2012, ha registrato le informazioni pervenute dalle Regioni e Province Autonome. Le Regioni che hanno inviato i dati di attività del 118 sono complessivamente 19 su 21, con un buon grado di copertura rispetto alle Centrali Operative. Relativamente al pronto soccorso, le Regioni e le Province Autonome che hanno inviato i dati del pronto soccorso sono complessivamente 20 su 21, con un buon grado di copertura rispetto alle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate dotate di pronto soccorso/DEA.

Dall'analisi dei dati attualmente disponibili nel sistema, anno 2012, si rileva che le chiamate pervenute al numero unico di emergenza 118 sono state circa 6 milioni, distribuite nelle 3 macroaree come rappresentato nella *Tabella 4.7*, con un numero di chiamate pari a 105 per 1.000 abitanti, in media a livello nazionale. I dati evidenziano un maggiore ricorso al numero di emergenza nella macroarea del Nord, con 137 chiamate per 1.000 abitanti (vedi *Tabella 4.7*)

Gli interventi effettuati con mezzi di soccorso dal sistema territoriale 118 sono stati pari a circa 3,8 milioni, con una media nazionale di 66 interventi per 1.000 abitanti. In questo caso i dati evidenziano un numero più alto

rispetto alla media nell'area del Nord e del Centro, mentre si registra un numero molto più basso di interventi nel Sud e Isole (40) [vedi *Tabella 4.7*].

I tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento sono rappresentati, per macroarea, nella *Figura 4.2*. L'indicatore utilizzato è l'intervallo allarme-target, definito come il 75° percentile della distribuzione dei tempi. Si rappresenta che vengono considerati solo i tempi compresi tra 1 e 180 minuti e solo i record con Codice Criticità Presunta Rosso (R) o Giallo (G).

Riguardo all'attività di pronto soccorso, dall'analisi dei dati attualmente disponibili nel sistema, anno 2012, si rileva che sono stati registrati in totale circa 18 milioni di accessi al pronto soccorso, distribuiti percentualmente nelle tre macroaree, 50% nel Nord, 25% nel Centro e 25% nel Sud e Isole, con un tasso di accesso di 300 per 1.000 residenti in media (*Figura 4.3*).

In relazione all'esito del trattamento dopo l'accesso al pronto soccorso dai dati emerge che, in media, il 73,0% dei pazienti viene dimesso a domicilio, il 13,6% dei pazienti viene ricoverato in reparto di degenza e il 5,2% viene rinvio a strutture ambulatoriali. Per quanto riguarda la dimissione a domicilio si

Tabella 4.8. Numero accessi in pronto soccorso per esito trattamento con percentuale (Anno 2012)

	6 - Il paziente abbandona il pronto soccorso prima della visita medica		7 - Il paziente abbandona il pronto soccorso in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica		1 - Dimissione a domicilio		8 - Dimissione a strutture ambulatoriali		
Nord	154.316	1,7%	81.354	0,9%	7.447.485	80,1%	277.064	3,0%	
Centro	115.891	2,8%	87.949	2,1%	2.852.326	69,3%	265.382	6,5%	
Sud e Isole	78.726	1,8%	195.690	4,4%	2.811.165	62,8%	387.609	8,7%	
Italia	348.933	2,0%	364.993	2,0%	13.110.976	73,3%	930.055	5,2%	

Fonte: NSIS – Decreto 17 dicembre 2008 – Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate

Tabella 4.9. Strutture di ricovero pubbliche ed equiparate – Dipartimento di Emergenza (DEA), pronto soccorso e pronto soccorso pediatrico (Anno 2012)

Regione	Dipartimento di Emergenza		Pronto soccorso		Pronto soccorso pediatrico	
	N. sedi con DEA	% sul totale delle sedi	N. sedi con pronto soccorso	% sul totale delle sedi	N. sedi con pronto soccorso pediatrico	% sul totale delle sedi
Piemonte	34	46,6	52	71,2	14	19,2
Valle d'Aosta	1	100,0	1	100,0	1	100,0
Lombardia	50	38,2	88	67,2	33	25,2
PA di Bolzano	3	42,9	7	100,0	1	14,3
PA di Trento			7	70,0	1	10,0
Veneto	39	53,4	54	74,0	4	5,5
Friuli Venezia Giulia	12	63,2	16	84,2	3	15,8
Liguria	10	41,7	17	70,8	5	20,8
Emilia Romagna	39	61,9	46	73,0	4	6,3
Toscana	39	72,2	39	72,2	4	7,4
Umbria	7	35,0	15	75,0		
Marche	16	47,1	29	85,3	2	5,9
Lazio	22	27,5	44	55,0	7	8,8
Abruzzo	7	38,9	18	100,0	1	5,6
Molise	4	50,0	6	75,0		
Campania	34	48,6	52	74,3	19	27,1
Puglia	21	40,4	44	84,6	4	7,7
Basilicata	2	13,3	11	73,3		
Calabria	16	47,1	25	73,5	2	5,9
Sicilia	20	26,7	63	84,0	6	8,0
Sardegna	9	27,3	24	72,7	5	15,2
Italia	385	43,1	658	73,6	116	13,0

Fonte: Ministero della salute – Sistema Informativo Sanitario Nazionale (modelli di rilevazione HSP11 e HSP11bis decreto del Ministro della salute 5 dicembre 2006).

osserva una notevole differenza tra la macro-area del Nord, che presenta un numero massimo di dimissioni (80,0%), e quella del Sud e Isole (63,0%) [Tabella 4.8].

Relativamente alle strutture dell'area dell'emergenza ospedaliera, dai dati dei modelli di rilevazione HSP.11 e HSP.11bis, previsti dal decreto del Ministro della salute 5 dicembre

	5 - Rifiuta il ricovero		2 - Ricovero in reparto di degenza		3 - Trasferimento ad altro istituto		4 - Deceduto in pronto soccorso		9 - Giunto cadavere		Totale
	83.975	0,9%	1.167.130	12,5%	78.894	0,8%	9.265	0,1%	2.411	0,0%	9.301.895
	150.845	3,7%	574.179	14,0%	59.965	1,5%	5.704	0,1%	1.363	0,0%	4.113.605
	260.048	5,8%	690.628	15,4%	46.017	1,0%	2.655	0,1%	1.037	0,0%	4.473.576
	494.868	2,8%	2.431.937	13,6%	184.876	1,0%	17.624	0,1%	4.811	0,0%	17.889.074

nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (Anno 2012).

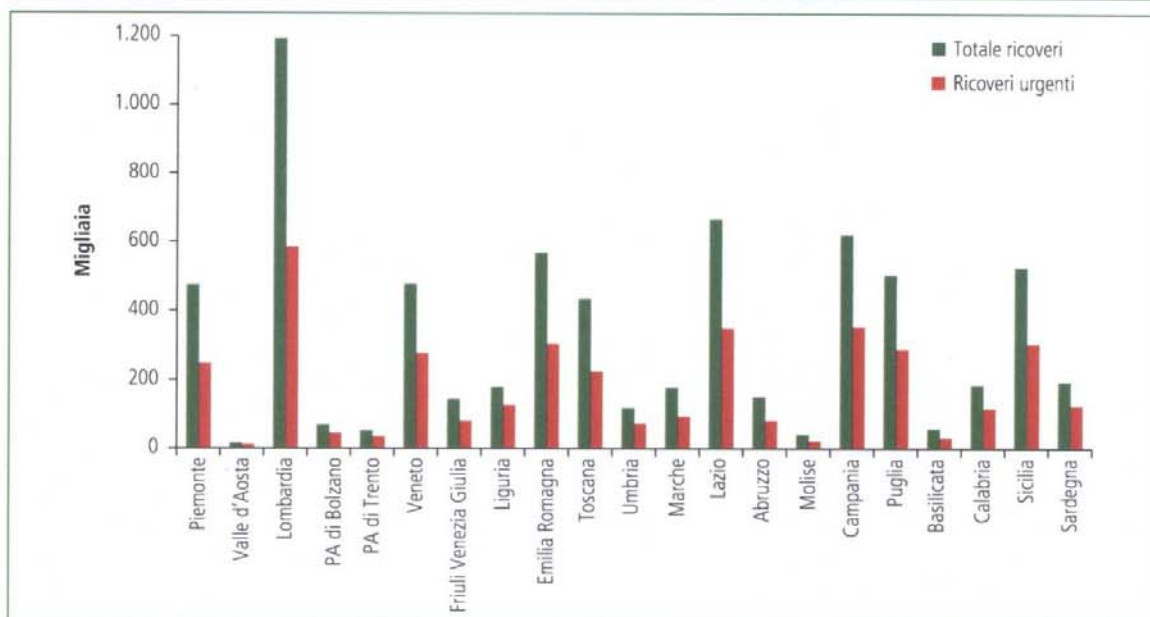
Tabella 4.10. Case di cura private accreditate – Dipartimento di Emergenza (DEA), pronto soccorso e pronto soccorso pediatrico (Anno 2012)

Regione	Dipartimento di Emergenza		Pronto soccorso		Pronto soccorso pediatrico	
	N. sedi con DEA	% sul totale delle sedi	N. sedi con pronto soccorso	% sul totale delle sedi	N. sedi con pronto soccorso pediatrico	% sul totale delle sedi
Piemonte						
Valle d'Aosta						
Lombardia	6	8,3	16	22,2	2	2,8
PA di Bolzano						
PA di Trento						
Veneto	1	6,7	1	6,7		
Friuli Venezia Giulia						
Liguria						
Emilia Romagna						
Toscana						
Umbria						
Marche						
Lazio			4	6,7		
Abruzzo						
Molise						
Campania	5	7,8	10	15,6		
Puglia						
Basilicata						
Calabria	2	6,7	1	3,3		
Sicilia						
Sardegna	14	2,7	32	6,2	2	0,4

Fonte: Ministero della salute – Sistema Informativo Sanitario Nazionale (modelli di rilevazione HSP11 e HSP11bis decreto del Ministro della salute 5 dicembre 2006).

2006, risultano presenti per l'anno 2012, sul territorio nazionale, 690 servizi di pronto soccorso, di cui 658 presso strutture di ricovero pubbliche ed equiparate e 32 presso strutture private accreditate. I DEA attivati sono com-

pletivamente 399, di cui 385 collocati presso strutture di ricovero pubbliche ed equiparate e 14 presso strutture private accreditate (Tabelle 4.9 e 4.10). Analizzando l'attività di ricovero ospedaliero 2012 (fonte: SDO 2012)

Figura 4.4. Attività ospedaliera – Ricoveri ordinari per acuti (Anno 2012).**Tabella 4.11. Primi 15 DRG (versione 24) di ricoveri urgenti per numerosità – Attività per Acuti in Regime ordinario (Anno 2012)**

Rango	DRG			Dimissioni		
				N.	%	% cumulativa
1	373	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	277.127	7,3	7,3
2	127	M	Insufficienza cardiaca e shock	166.648	4,4	11,8
3	087	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	109.790	2,9	14,7
4	371	C	Parto cesareo senza CC	106.222	2,8	17,5
5	014	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	88.839	2,4	19,9
6	089	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	64.151	1,7	21,6
7	430	M	Psicosi	60.322	1,6	23,2
8	316	M	Insufficienza renale	56.013	1,5	24,6
9	183	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	53.701	1,4	26,1
10	576	M	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	43.953	1,2	27,2
11	524	M	Ischemia cerebrale transitoria	43.897	1,2	28,4
12	088	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	42.268	1,1	29,5
13	219	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	38.322	1,0	30,5
14	184	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	37.182	1,0	31,5
15	379	M	Minaccia di aborto	35.857	1,0	32,5
16	381	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	34.472	0,9	33,4
17	139	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	34.319	0,9	34,3
18	395	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	33.314	0,9	35,2
19	211	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	33.048	0,9	36,1
20	544	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	32.933	0,9	36,9
Totale primi 15 DRG dei ricoveri urgenti				1.392.378	36,9	
Totale ricoveri urgenti				3.770.533	100,0	

Tabella 4.12. Accessi annui nei pronto soccorso pediatrici ospedali sentinella della SIMEUP

Anno	Gaslini – GE	Burio – TS	OIRM – TO	Dipartimento di PD	Ospedale del bambino – BS	Meyer – FI	Salesi – AN	OPBG – RM	Santobono – NA	Di Cristina – PA
2000		18.945		17.100	28.445	25.835	19.040	36.713		56.165
2001	32.504	19.373		18.775	32.800	28.428	21.525	54.622		55.974
2002	33.667	18.842	48.882	19.782	32.525	29.088	22.376	55.994	98.715	40.005
2003	36.600	19.092	49.529	20.184	30.665	29.440	23.655	57.387	105.249	50.287
2004	35.634	19.072	49.197	22.354	32.271	31.278	22.831	54.849	96.888	45.507
2005	36.133	19.518	51.957	24.015	37.363	34.409	23.705	53.507	106.323	46.740
2006	39.276	20.838	53.153	26.263	38.699	36.467	26.477	55.746	96.124	48.208
2007	38.903	21.129	51.241	25.223	38.220	34.420	27.701	52.901	100.161	45.880
2008	39.052	21.193	47.930	25.604	39.144	35.079	29.912	53.038	100.711	44.209
2009	39.125	21.070	48.097	25.438	39.826	41.603	30.017	48.959	90.296	45.833
2010	38.817	21.049	47.085	24.699	38.866	44.352	29.512	45.926	96.888	46.772
2011	38.750	21.100	47.895	24.891	39.215	45.989	28.244	47.638	107.088	47.532
2012	38.100	21.560	46.868	23.937	37.299	42.995	25.878	53.019	111.571	48.318
2013	39.100	21.968	45.840	23.129	36.519	42.953	23.547	53.015	103.587	43.080

si rileva che sono state registrate 6.841.014 dimissioni da reparti per acuti in regime di ricovero ordinario, di cui 3.770.533 (pari al 55,1%) sono rappresentati da ricoveri urgenti, mentre la restante parte è per lo più costituita da ricoveri programmati, con o senza preospedalizzazione.

Dall'analisi dei dati si evidenzia che le Regioni con il numero assoluto più elevato di ricoveri urgenti in reparti per acuti sono Lombardia, Campania, Lazio, Sicilia ed Emilia Romagna (Figura 4.4). Tuttavia, l'incidenza percentuale dei ricoveri urgenti in queste Regioni non si discosta significativamente dall'incidenza percentuale rilevata a livello nazionale. Esaminando la diagnosi principale dei ricoveri urgenti in reparti per acuti, si rileva che circa il 32,0% è rappresentato da patologie tempo-dipendente, come le malattie del sistema circolatorio (tra le quali infarto miocardico acuto, stenosi delle coronarie e ischemie cerebrali), i traumatismi e avvelenamenti.

Dall'esame dei DRG associati ai ricoveri urgenti si rileva che i primi 15 DRG per numerosità di dimissioni (1.392.378) rappresentano circa il 37,0% della totalità delle

urgenze (vedi la percentuale cumulata). La distribuzione assoluta e percentuale riportata nella Tabella 4.11 mostra che i primi 15 DRG sono prevalentemente di tipo medico. Al primo posto della distribuzione si evidenzia il numero di ricoveri d'urgenza per parto e, a seguire, quelli per insufficienza cardiaca e shock, edema polmonare e insufficienza respiratoria, emorragia intracranica o infarto cerebrale (vedi Tabella 4.11).

Ponendo l'attenzione sulla fascia di età pediatrica, i servizi di pronto soccorso pediatrici, presenti a livello nazionale, risultano in totale 118, di cui soltanto due sono collocati in strutture private accreditate (Lombardia). Le Regioni dove tali servizi sono presenti in maggior numero sono la Lombardia con 35 e la Campania con 19. In tre Regioni – Umbria, Molise e Basilicata – non risultano presenti servizi di pronto soccorso pediatrici (vedi Tabelle 4.9 e 4.10).

In relazione agli accessi pediatrici ai servizi di pronto soccorso, risulta interessante l'elaborazione dei dati della Società scientifica Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza Pediatrica (SIMEUP). La Tabella 4.12 ripor-

ta, infatti, i dati relativi agli anni 2012-2013, riferiti ai 10 principali ospedali pediatrici presenti sul territorio nazionali e definiti quali “ospedali sentinella”. Il totale degli accessi per l'anno 2012 risulta pari a 899.090, distribuiti per ciascun ospedale.

Bibliografia essenziale

Dati SDO 2012

Dati SIMEUP 2012-2013

Dati SIS 2012

Dati Sistema EMUR – DM 17 dicembre 2008, e s.m.

“Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza”. GU n. 197 del 24 agosto 2012

Dati Verifica LEA 2012

Monitor 27 AgeNaS

4.3. Reti ospedaliere oncologiche

4.3.1. Quadro programmatico

In ragione dell'alta incidenza e della prevalenza dei tumori in Italia, l'oncologia costituisce una delle priorità delle politiche sanitarie nazionali. La complessità del paziente con neoplasia implica interventi caratterizzati da una presa in carico globale, nell'ambito della quale il processo di trattamento si fonda su presupposti gestionali che garantiscano l'integrazione delle risorse disponibili (tra questi l'approccio multidisciplinare con integrazione delle differenti professionalità in un “*disease management team*” formalmente costituito e l'accessibilità a cure di qualità per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica, che comporta la necessità di un'adeguata integrazione funzionale). Nel 2010 il Ministero della salute, con il “Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro 2011-2013”, ha ribadito che una delle soluzioni per favorire l'integrazione e il coordinamento delle risorse consiste nel collegare in rete i diversi regimi assistenziali. A oggi tale “Documento tecnico”, approvato dall'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, rappresenta il riferimento programmatico in ambito oncologico: fotografa lo stato dell'arte e prefigura priorità e obiettivi, al fine di ridurre la disparità di offerta delle cure oncologiche nelle diverse realtà regionali del nostro Paese e di promuovere il raggiungimento dei più elevati standard di qualità dell'assistenza oncologica. In questa cornice, la realizzazione e la promozione delle reti oncologiche

regionali rappresentano elementi imprescindibili, tra l'altro orientati al miglioramento continuo della qualità dei percorsi clinico-assistenziali e alla realizzazione di una piena integrazione dei servizi per l'oncologia, integrazione espressa segnatamente in termini di continuità di cura. Al fine di realizzare tali azioni programmatiche previste dal “Documento tecnico”, il Ministero e le Regioni/Province Autonome si sono impegnati a costituire gruppi tecnici per la definizione e realizzazione di indicazioni per l'implementazione delle reti oncologiche ed elementi di indirizzo per l'utilizzo delle risorse economiche. Il “Documento tecnico”, inoltre, ribadisce il tema della centralità del paziente: risulta, dunque, di particolare importanza l'esperienza del paziente, al fine di verificare quanto i percorsi strutturati siano effettivamente rispondenti ai bisogni avvertiti. Questi elementi ben si connettono con l'esigenza programmatica di orientarsi verso l'integrazione dei servizi secondo un modello di rete e ben si esprimono attraverso il costruito di continuità di cura.

4.3.2. Stato di attuazione a livello nazionale e regionale

In merito alla realizzazione di indicazioni programmatiche, utili alle Regioni/Province Autonome per l'individuazione di strumenti e riferimenti per la promozione delle reti oncologiche regionali, nella prospettiva della realizzazione di un coordinamento