

3

Le reti distrettuali territoriali

3.1. Cure primarie e continuità dell'assistenza

Il riordino delle cure primarie, introdotto dalla legge n. 189/2012 (di conversione del decreto legge 158/2012) recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”, ha inteso rendere concretamente realizzabili gli obiettivi di miglioramento del Servizio sanitario nazionale (SSN), impattando fortemente sull'organizzazione territoriale attraverso la valorizzazione dell'alto numero di professionisti interessati [oltre 90.000 medici convenzionati tra medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), medici di continuità assistenziale (MCA) e medici specialisti ambulatoriali] e le funzioni di promozione dei processi assistenziali che essi esercitano.

La norma rende obbligatorie forme aggregative mono-professionali e multi-professionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali, AFT; Unità Complesse di Cure Primarie, UCCP), previsione già presente nell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la medicina generale 2009, permettendo l'integrazione e il coordinamento operativo tra i MMG in tutte le loro funzioni, i PLS, gli specialisti ambulatoriali secondo le modalità operative individuate dalle Regioni. Alle Regioni, infatti, sono demandate, con propri atti programmatici, la disciplina, l'organizzazione e la realizzazione della riforma.

Il MMG condivide gli spazi, le attrezzature e le risorse organizzative e tecnologiche in ambulatori dove sono presenti sia MMG sia altri professionisti sanitari. Nelle nuove forme organizzative è previsto l'apporto attivo degli infermieri, delle ostetriche e delle altre profes-

sioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Per dare concreta attuazione alla legge occorre che siano siglati i nuovi ACN. In tal senso, nel corso del 2013 si è lavorato all'elaborazione dell'Atto di indirizzo per la medicina convenzionata, licenziato dal Comitato di settore Regioni-Sanità, nella seduta del 12 febbraio 2014, propedeutico all'emanazione degli stessi.

Accanto alle modifiche organizzative lo sviluppo dell'utilizzo di alcuni settori dell'ITC, quali la teleriabilitazione e la telemedicina, con l'opportunità di effettuare diagnosi a distanza, anche a casa del paziente, consentirà di migliorare la continuità dell'assistenza in particolare per i pazienti fragili. In tema di assistenza primaria, con l'Accordo Stato-Regioni 22 novembre 2012 la programmazione nazionale ha previsto, per l'anno 2012, l'individuazione di fondi dedicati alla presentazione di specifici progetti regionali, in attuazione agli indirizzi programmatori del Piano Sanitario Nazionale (PSN). In particolare, è stato confermato il vincolo del 25% delle risorse totali, pari a circa 360 milioni di euro, da destinare a progetti finalizzati a realizzare e/o potenziare lo sviluppo di specifiche modalità organizzative per il miglioramento della rete di assistenza territoriale.

3.1.1. Stato di attuazione nei contesti regionali

Nel 2012 sono stati elaborati, in materia di assistenza primaria, 43 progetti, con un im-

pegno complessivo di circa 360 milioni di euro. Tra i modelli innovativi maggiormente rappresentati sull'intero territorio nazionale figurano:

- la Casa della Salute, una soluzione organizzativa e strutturale volta a favorire l'unitarietà e l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie, nonché a rappresentare per i cittadini un punto di riferimento in grado di intercettare il bisogno di salute e di fornire risposte adeguate;
- le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), cioè strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare e interprofessionale;
- i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), spesso derivati dal processo di riconversione di piccoli ospedali messo in atto da alcune Regioni (Sicilia, Abruzzo, Molise);
- i Centri di Assistenza Primaria (CAP), previsti nella Regione Piemonte, ambito fisico-operativo territoriale di riferimento per le cure primarie, assimilabili alle UCCP contemplate nella legge n. 189/2012.

Dalla disamina dei progetti è emerso, altresì, che le UCCP vedranno, nella maggior parte delle Regioni, come punto di partenza i presidi territoriali di assistenza H24 già configurati, come per esempio la Casa della Salute e il PTA.

Numerosi sono, infine, i progetti volti a mettere in atto modalità operative in grado di garantire la continuità dell'assistenza H24, anche attraverso il ricorso a supporti tecnologici informatici in grado di consentire la condivisione di dati e conoscenze tra le varie figure professionali. Tra le modalità operative messe in atto figurano gli ambulatori di continuità assistenziale per l'urgenza di bassa complessità (codici bianchi).

Inoltre, dai dati relativi agli adempimenti per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) emerge che nella maggior parte delle Regioni sono attive già da tempo forme associative dell'assistenza primaria (forme associative semplici, in rete e di gruppo), che nell'anno 2012 sono maggiormente rappresentate dalla medicina di gruppo.

Emerge, altresì, che in tali forme associative la gestione della scheda sanitaria individua-

le su supporto informatico è condivisa dalla maggior parte dei MMG.

Nell'ambito di un Accordo di collaborazione Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS)-Ministero è stato portato avanti un progetto con le Regioni per monitorare l'utilizzo dei fondi di cui agli Obiettivi di Piano 2009.

Il lavoro sviluppa la linea progettuale "Assistenza primaria, assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso".

Nello specifico, nel suo complesso tale indagine ha confermato che il fenomeno degli accessi impropri al pronto soccorso rappresenta una "punta dell'iceberg" rispetto alla necessità di un riequilibrio di sistema e della riorganizzazione dell'assistenza primaria, soprattutto in relazione a quei pazienti che necessitano di assistenza per condizioni non urgenti e "non complesse" dal punto di vista specialistico e tecnologico. Essi andrebbero considerati all'interno di una rete assistenziale che integri le diverse professionalità della medicina del territorio, collegata con meccanismi operativi chiari di coordinamento organizzativo sia in ingresso con la rete dell'emergenza-urgenza, sia in uscita con l'assistenza ospedaliera o altri setting a cui il paziente trattato viene coerentemente indirizzato in funzione della presenza di coesistenti bisogni di salute.

I risultati di tale progetto dimostrano come la risposta al bisogno di salute di questo paziente venga affrontata attraverso prospettive organizzative differenti: modelli sia ospedalieri sia territoriali, con un orientamento prevalente a favore delle forme organizzative territoriali, che vengono associate alla definizione di policy regionali indirizzate a implementare l'integrazione dei professionisti dell'assistenza primaria.

A oggi, nonostante tutti i progetti prevedano sistemi di monitoraggio, ben pochi sono i progetti inseriti in una logica di valutazione quantitativa dei processi e degli outcome. Infine, un ulteriore elemento emerso dalla ricerca è l'opportunità che venga focalizzata l'attenzione anche sui meccanismi operativi di raccordo professionale e gestionale quali elementi chiave per lo sviluppo dell'assistenza primaria.

3.1.2. Esposizione e valutazione dei dati

In riferimento agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale sono stati prodotti 43 progetti finalizzati alla riqualificazione dell'assistenza territoriale. Gli stessi sono stati elaborati da 15 Regioni e hanno evidenziato una distribuzione che va da un minimo di 1 in alcune Regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Basilicata) a un massimo di 13 (Abruzzo).

In particolare, dagli atti programmatori inviati dalle singole Regioni e dagli adempimenti di verifica dei LEA risultano attivati e/o in fase di attuazione i seguenti modelli organizzativi:

- 123 Case della Salute ripartite tra Toscana (50), Liguria (3), Emilia Romagna (49), Umbria (2), Molise (4), Marche (14), Lazio (1);
- 42 PTA, dei quali 35 nella Regione Sicilia, 5 nel Molise e 2 in Abruzzo;
- 34 UTAP, delle quali 32 nella Regione Veneto e 2 nella Regione Abruzzo;
- 175 AFT, delle quali 164 attivate nella Regione Veneto e 11 nella Regione Basilicata, ma la cui ulteriore attivazione è prevista sull'intero territorio nazionale.

Inoltre, 6 Regioni su 15, pari al 40%, hanno previsto l'individuazione di modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria in H24 e consentire la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza (Liguria, Emilia Romagna, Marche, Campania, Sicilia, Abruzzo).

Infine, nell'ambito del processo di riqualificazione dell'assistenza primaria, relativamente alle scelte operative che sono state intraprese dalla maggior parte delle Regioni, figura lo sviluppo della Sanità di Iniziativa, un approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti oppure si aggravi, prevedendo e organizzando le risposte assistenziali adeguate alla gestione della malattia stessa, in modo tale da rallentare il decorso. Il modello di riferimento per l'implementazione di questo nuovo concetto di sanità è quello del *Chronic Care Model*, che meglio di altri contempera l'esigenza di

maggiore efficienza ed efficacia nella gestione della cronicità con quella di valorizzare la prevenzione primaria e di contrastare le disuguaglianze nella salute.

Nell'erogazione delle cure primarie il MMG ha un ruolo prioritario.

Nel 2012, la medicina di base è stata garantita, sul territorio nazionale, da 45.429 MMG, con una riduzione dell'1,4% rispetto al 2009 (46.051). La media del numero di scelte totali per medico, in tale anno, risulta essere di 1.156, con un lieve incremento rispetto al 2009 (1.133). Inoltre, l'attività in forma associativa è stata praticata dal 70,3% dei MMG, con un incremento del 4,8% rispetto al 2009, mentre l'utilizzo dei mezzi informatici nello svolgimento della propria attività è stato adottato dall'84,7% degli stessi, con un incremento del 6,7% rispetto al 2009 (78,0%) [Tabella 3.1].

I PLS che nell'anno 2012, sul territorio nazionale, hanno svolto la propria attività assistenziale sono in totale 7.656, con un numero medio di assistiti per medico di 879. I PLS hanno subito un decremento del numero assoluto rispetto al triennio precedente, passando da 7.683 del 2009 a 7.656 del 2012; tuttavia, si è assistito a un incremento del numero medio di assistiti per medico pediatra, che è passato da 857 del 2009 a 879 del 2012. Inoltre, il 61,2% del numero totale dei PLS ha erogato la propria attività assistenziale in forma associativa, con un incremento del 2,2% rispetto ai dati precedenti. Nell'anno 2012, il numero dei PLS che hanno fatto ricorso ai mezzi informatici nello svolgimento della propria attività risulta essere pari all'82,2% del totale (Tabella 3.2).

Il servizio di continuità assistenziale inteso, come previsto dall'ACN per la medicina generale, quale insieme delle attività sanitarie svolte per assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non deferibili dalle ore 10.00 del giorno prefestivo alle ore 8.00 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni feriali, nell'anno 2012, ha visto impegnati 12.027 medici titolari, con una media di 20 medici per 100.000 abitanti, che hanno effettuato complessivamente 17.260 contatti per 100.000 abitanti. L'attività assistenziale è sta-

Tabella 3.1. Medici di medicina generale (Anno 2012)

Regione	Totale MMG	Adulti residenti per MMG	Scelte per MMG	Percentuale di MMG che usufruiscono di indennità per attività in forma associativa	Percentuale di MMG che usufruiscono di indennità di collaborazione informatica
Piemonte	3.244	1.180	1.206	85,0%	91,0%
Valle d'Aosta	90	1.221	1.221	56,7%	97,8%
Lombardia	6.616	1.270	1.306	67,6%	78,2%
PA di Bolzano	281	1.522	1.549	36,7%	94,7%
PA di Trento	371	1.212	1.232	72,2%	100,0%
Veneto	3.377	1.246	1.268	81,8%	92,9%
Friuli Venezia Giulia	968	1.109	1.133	52,4%	87,9%
Liguria	1.254	1.115	1.123	75,5%	96,8%
Emilia Romagna	3.144	1.206	1.228	81,9%	87,0%
Toscana	2.894	1.115	1.133	73,6%	86,5%
Umbria	749	1.035	1.050	74,4%	92,1%
Marche	1.203	1.121	1.123	71,4%	88,0%
Lazio	4.741	1.010	1.074	78,4%	88,9%
Abruzzo	1.120	1.025	1.047	75,3%	90,7%
Molise	271	1.022	1.043	58,7%	93,7%
Campania	4.329	1.132	1.053	59,5%	66,7%
Puglia	3.266	1.072	1.099	74,2%	87,1%
Basilicata	503	1.007	1.043	76,9%	90,3%
Calabria	1.528	1.113	1.132	35,8%	72,8%
Sicilia	4.183	1.030	1.084	58,1%	86,8%
Sardegna	1.297	1.119	1.101	65,8%	77,9%
Italia	45.429	1.136	1.156	70,3%	84,7%

Fonte: Ministero della salute – Sistema Informativo Sanitario Nazionale (modello di rilevazione FLS12 Decreto del Ministro della salute 5 dicembre 2006); Istat – Popolazione residente al 1° gennaio 2012.

ra espletata con un totale di 18.464.883 ore (Tabella 3.3).

Bibliografia essenziale

Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29 luglio 2009

Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 8 luglio 2010

Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009 afferenti alla linea progettuale "Cure Primarie - assistenza h 24 riduzione degli accessi impropri al PS e miglioramento della rete assistenziale"

Accordo Stato-Regioni 8 luglio 2010 per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2010 afferenti alla linea progettuale "Cure

Primarie - assistenza h 24 riduzione degli accessi impropri al PS e miglioramento della rete assistenziale"

Accordo Stato-Regioni 20 aprile 2011 per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009 afferenti alla linea progettuale "Cure Primarie - assistenza h 24 riduzione degli accessi impropri al PS e miglioramento della rete assistenziale"

Accordo Stato-Regioni 22 novembre 2012 per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012 afferenti alla linea progettuale "Attività di assistenza primaria"

Decreto legge 158/2012 convertito dalla legge 189/2012 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"

Tabella 3.2. Pediatri di libera scelta (Anno 2012)

Regione	Totale pediatri	Bambini residenti per medico pediatra	Numero di scelte per pediatra	Percentuale di pediatri che usufruiscono di indennità per attività in forma associativa	Percentuale di pediatri che usufruiscono di indennità di collaborazione informatica
Piemonte	443	1.193	972	65,2%	90,7%
Valle d'Aosta	18	929	813	55,6%	94,4%
Lombardia	1.185	1.096	947	57,7%	78,1%
PA di Bolzano	59	1.306	1.009	39,0%	96,6%
PA di Trento	76	992	884	65,8%	100,0%
Veneto	574	1.127	1.006	75,4%	90,4%
Friuli Venezia Giulia	122	1.181	974	42,6%	84,4%
Liguria	171	989	877	71,3%	94,7%
Emilia Romagna	615	891	832	61,8%	72,8%
Toscana	449	981	894	57,9%	81,3%
Umbria	114	947	824	54,4%	83,3%
Marche	182	1.059	916	61,0%	80,8%
Lazio	778	915	829	75,4%	75,4%
Abruzzo	180	879	817	75,0%	86,7%
Molise	37	976	843	59,5%	100,0%
Campania	734	1.176	864	53,4%	79,3%
Puglia	583	942	818	72,0%	95,2%
Basilicata	62	1.148	844	64,5%	91,9%
Calabria	272	946	808	56,3%	76,5%
Sicilia	794	871	814	44,2%	82,6%
Sardegna	208	898	764	51,4%	68,8%
Italia	7.656	1.015	879	61,2%	82,2%

Fonte: Ministero della salute – Sistema Informativo Sanitario Nazionale (modello di rilevazione FLS12 Decreto del Ministro della salute 5 dicembre 2006); Istat – Popolazione residente al 1° gennaio 2012.

3.2. L'assistenza agli anziani e alle persone non autosufficienti

3.2.1. Quadro programmatico

Nel 2012 la popolazione ultrasessantenne rappresenta l'11% della popolazione mondiale e raddoppierà nel 2050. In Italia la percentuale di persone in età ≥ 65 anni è pari al 20,8% (Istat 2012), con una notevole eterogeneità nella distribuzione della popolazione anziana tra le Regioni italiane. L'evoluzione demografica, caratterizzata da una progressiva riduzione dei tassi di natalità e da una maggiore sopravvivenza, sarà associata in un prossimo futuro a un aumento dei bisogni sanitari e sociosanitari legati

all'invecchiamento e a un incremento della spesa in questo settore.

Di fronte a tali evidenze, la programmazione sanitaria nazionale indica la necessità di un consolidamento della sanità del territorio nelle sue diverse articolazioni organizzative, con il coordinamento del Distretto.

Per l'accesso alle cure di questa fascia di popolazione, risulta strategica la presenza di un "Punto Unico di Accesso" (PUA) ai servizi sanitari e sociosanitari, funzionalmente o strutturalmente organizzato, capace di dare una risposta efficace e immediata al paziente con un bisogno di salute e assistenza sempli-

Tabella 3.3. Attività di continuità assistenziale (Anno 2012)

Regione	Medici titolari (MCA)	Medici per 100.000 abitanti	Contatti effettuati per 100.000 abitanti	Ricoveri prescritti per 100.000 abitanti	Totale ore di attività
Piemonte	424	10	13.939	399	974.283
Valle d'Aosta	16	13	16.982	899	63.842
Lombardia	1.027	11	11.229	323	1.632.260
PA di Bolzano	24	5	3.409	0	24.553
PA di Trento	41	8	16.956	1.226	231.725
Veneto	635	13	13.056	246	1.067.496
Friuli Venezia Giulia	164	13	14.314	452	309.347
Liguria	252	16	8.154	482	326.729
Emilia Romagna	620	14	17.056	144	1.209.970
Toscana	667	18	17.446	543	1.054.348
Umbria	221	25	20.931	407	373.916
Marche	382	25	22.507	253	564.571
Lazio	638	12	5.478	142	948.962
Abruzzo	404	31	20.848	268	605.002
Molise	158	50	35.704	626	293.855
Campania	990	17	21.336	237	1.839.528
Puglia	986	24	16.717	209	1.332.977
Basilicata	432	75	26.975	401	721.544
Calabria	880	45	45.170	14.878	1.706.967
Sicilia	2.052	41	30.456	318	2.187.816
Sardegna	1.014	62	25.883	783	995.192
Totale	12.027	20	17.260	796	18.464.883

Fonte: Ministero della salute – Sistema Informativo Sanitario Nazionale (modello di rilevazione FLS21 Decreto del Ministro della salute 5 dicembre 2006); Istat – Popolazione residente al 1° gennaio 2012.

ce e pronto ad avviare un percorso articolato di presa in carico del paziente che presenta bisogni di salute più complessi e per i quali è necessario valutare non solo le problematiche fisiche e psichiche della persona, ma anche la situazione familiare, sociale ed economica.

Una valutazione multidimensionale, effettuata con strumenti specifici e unitari nelle Regioni, consente di definire il piano personalizzato di assistenza e individuare in quale contesto assistenziale esso debba essere erogato.

Tra le tipologie di assistenza territoriale, l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) è notoriamente la più indicata per le persone non autosufficienti, poiché permette l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanita-

rie anche di elevata complessità e intensità assistenziale nel contesto abitativo e familiare del paziente, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Tuttavia, laddove la valutazione multidimensionale abbia escluso la possibilità di un trattamento domiciliare, non solo per le specifiche problematiche cliniche del paziente, ma anche per la mancanza di un'adeguata rete sociofamiliare, il SSN garantisce l'assistenza presso strutture accreditate che, in regime residenziale o semiresidenziale, possono erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie di intensità assistenziale diversificata, volte al recupero e/o al mantenimento delle condizioni cliniche. Anche in questo ambito, tuttavia, è necessario che l'intensità assistenziale sia effettivamente commisurata al bisogno della per-

sona; pertanto, similmente a quanto avviene in ambito ospedaliero, è essenziale avviare processi di monitoraggio dell'assistenza territoriale, domiciliare e residenziale, per la valutazione dell'assistenza erogata e della sua appropriatezza, attraverso la definizione di indicatori di struttura, processo ed esito. Negli ultimi anni sono state avviate alcune attività di monitoraggio a livello nazionale con l'obiettivo di conoscere e monitorare nel tempo le condizioni di salute o di fragilità, i bisogni di tutela, ma anche le potenzialità, in termini di capacità e risorse, delle persone anziane; tra queste si ricordano il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) d'Argento o il progetto AgeNaS LUNA "Sviluppo e validazione di un set di indicatori per monitorare la *Long Term Care* degli anziani non autosufficienti".

3.2.2. Rappresentazione dei dati

Con riferimento ai dati del 2012, la *Figura 3.1* e la *Tabella 3.4* mostrano che in Italia

l'assistenza domiciliare integrata viene erogata mediamente al 4,30% di anziani ultra-65enni, con punte dell'11,94% in Emilia Romagna e, al contrario, con basse percentuali nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Valle d'Aosta (rispettivamente 0,43 e 0,40). Le Regioni del Meridione restano quelle che, mediamente, assistono meno anziani rispetto alla popolazione residente, anche se il trend degli ultimi anni mostra un potenziamento dell'ADI (*Figura 3.2*), segno di un crescente potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale dovuto, per un verso, all'effetto dei Piani di rientro dal deficit, cui sono sottoposte molte delle Regioni del Sud e, per altro verso, alle azioni avviate con il progetto "Azioni di sistema e assistenza tecnica per gli obiettivi di servizio – progetto ADI", che il Ministero della salute ha promosso nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale (QSN), per supportare le Regioni del Mezzogiorno nella programmazione, pianificazione, erogazione e monitoraggio dell'assistenza domiciliare in integrazione tra le Aziende sanitarie locali (ASL) e i Comuni.

Relativamente all'assistenza residenziale e

Figura 3.1. Percentuale di anziani trattati in Assistenza domiciliare integrata (ADI) [Anno 2012].

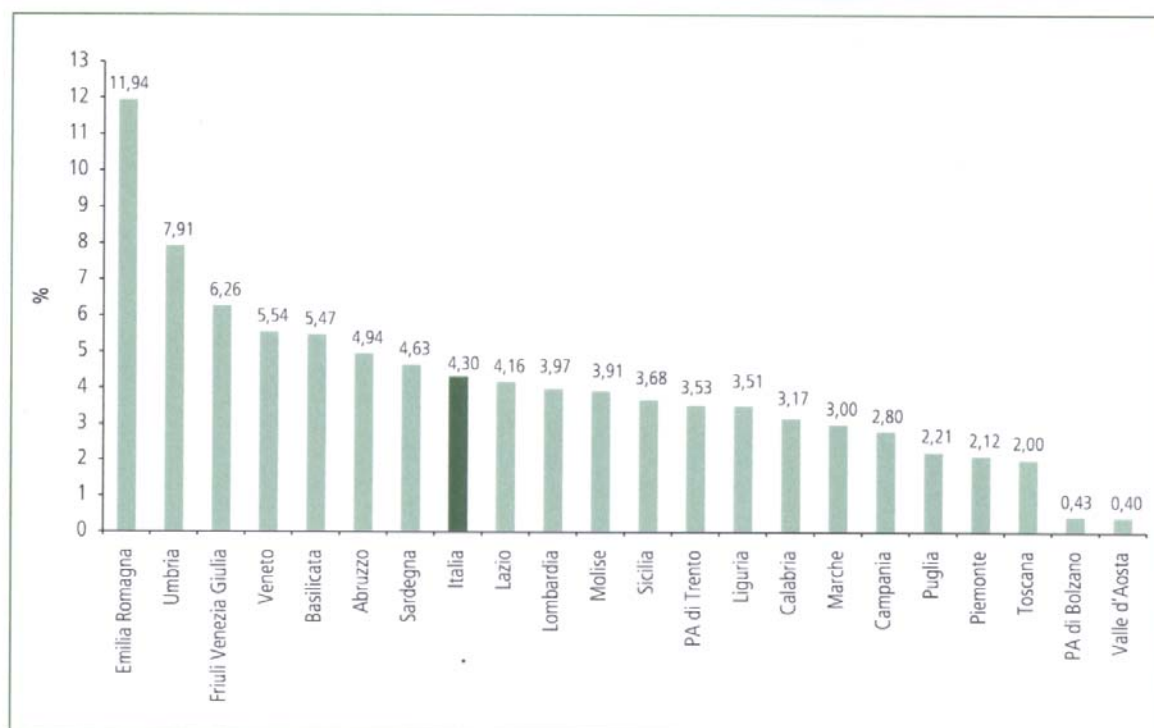


Tabella 3.4. Percentuale di anziani trattati in Assistenza domiciliare integrata (ADI) [Anno 2012]

Codice Regione	Regione	Casi trattati di anziani in ADI	Popolazione residente nella Regione ≥ 65 anni	Percentuale anziani trattati in ADI	Copertura dati
010	Piemonte	21.656	1.023.195	2,12	100,0%
020	Valle d'Aosta	109	27.020	0,40	100,0%
030	Lombardia	80.045	2.017.916	3,97	100,0%
041	PA di Bolzano	396	92.603	0,43	100,0%
042	PA di Trento	3.670	103.890	3,53	100,0%
050	Veneto	55.308	998.092	5,54	100,0%
060	Friuli Venezia Giulia	18.263	291.766	6,26	100,0%
070	Liguria	15.026	428.120	3,51	100,0%
080	Emilia Romagna	118.279	990.280	11,94	100,0%
090	Toscana	17.473	875.208	2,00	100,0%
100	Umbria	16.494	208.563	7,91	100,0%
110	Marche	10.563	352.252	3,00	100,0%
120	Lazio	46.275	1.112.754	4,16	100,0%
130	Abruzzo	14.047	284.450	4,94	100,0%
140	Molise	2.722	69.557	3,91	100,0%
150	Campania	26.709	954.189	2,80	100,0%
160	Puglia	17.064	771.186	2,21	100,0%
170	Basilicata	6.470	118.376	5,47	100,0%
180	Calabria	11.893	375.708	3,17	100,0%
190	Sicilia	34.785	945.793	3,68	100,0%
200	Sardegna	15.289	329.904	4,63	100,0%
	Italia	532.536	12.370.822	4,30	100,0%

NUMERATORE: Numero di anziani (≥ 65 anni) che ricevono l'ADI.

Fonte: Ministero della salute. Sistema Informativo Sanitario – Modello FLS21 di rilevazione attività ADI.

DENOMINATORE: Popolazione residente al 1° gennaio 2012 di età superiore o uguale a 65 anni.

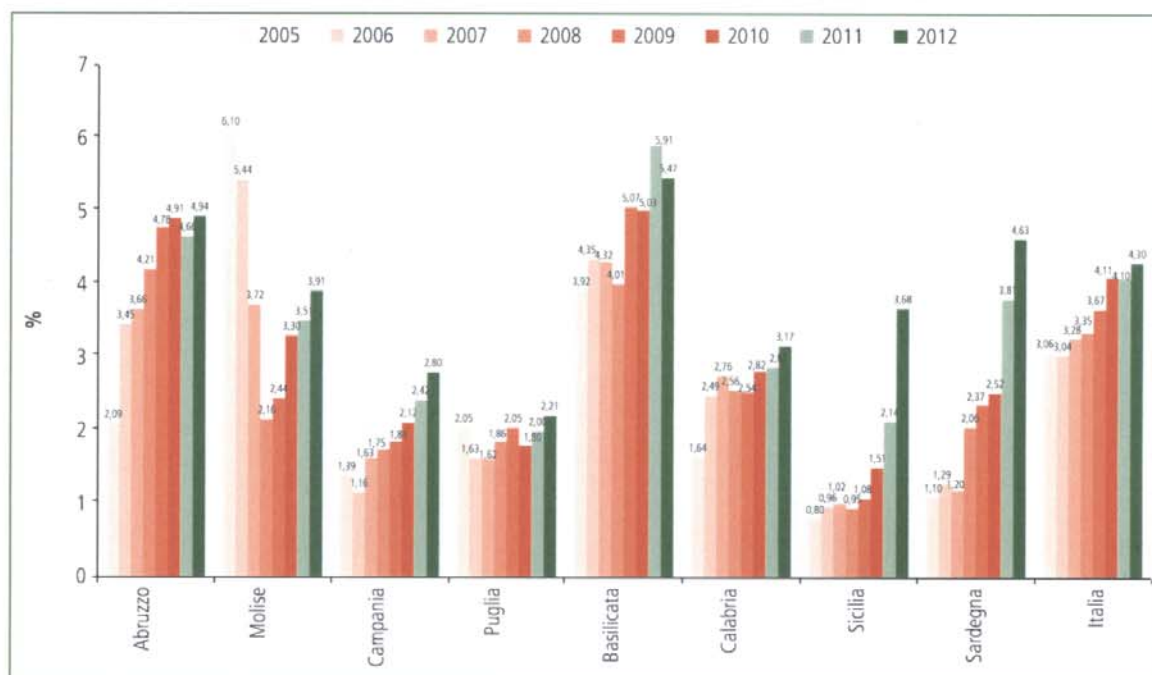
Fonte: Istat.

semiresidenziale per le persone anziane non autosufficienti, i posti letto nelle strutture residenziali censiti nel 2012 dal Sistema Informativo sono 180.604 e ospitano una popolazione di 267.771 persone, con una media di 219 giornate di assistenza per utente (*Tabella 3.5*).

Il numero più alto di posti letto e utenti assistiti si concentra nelle Regioni del Nord, con la Lombardia al primo posto. Per quanto riguarda l'assistenza semiresidenziale, illustrata nella *Tabella 3.6*, emergono in alcune Regioni evidenti carenze della rete di offerta, che possono determinare il ricorso a *setting* assistenziali non appropriati per rispondere alla domanda di cura.

A partire dal 1° gennaio 2012 sono entrati a regime due flussi informativi nazionali, rispettivamente incentrati sulle cure domiciliari (SIAD) e sulle cure residenziali e semiresidenziali (FAR) erogate alle persone non autosufficienti, che consentono di ottenere una fotografia dell'assistenza sociosanitaria, con riferimento alle varie fasi del percorso di cura (l'accesso al sistema, la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali e la predisposizione del piano di assistenza individuale e, infine, il monitoraggio) e alla complessità e intensità assistenziale dei trattamenti erogati.

Sebbene i dati siano ancora in fase di consolidamento da parte delle Regioni, è già pos-

Figura 3.2. Percentuale di anziani trattati in Assistenza domiciliare integrata (ADI) [Anni 2005-2012].**Tabella 3.5. Strutture sanitarie – assistenza agli anziani – dati di attività strutture residenziali (Anno 2012)**

Regione	N. strutture	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti per 100.000 anziani	Posti x 1.000 anziani
Piemonte	525	24.819	26.080	231	2.549	24,3
Valle d'Aosta	1	5	40	44	148	0,2
Lombardia	652	58.150	82.980	245	4.112	28,8
PA di Bolzano	72	4.037	5.169	269	5.582	43,6
PA di Trento	57	4.452	4.752	339	4.574	42,9
Veneto	349	27.643	39.917	229	3.999	27,7
Friuli Venezia Giulia	102	7.896	18.125	151	6.212	27,1
Liguria	191	6.758	13.540	155	3.163	15,8
Emilia Romagna	393	16.200	25.095	222	2.534	16,4
Toscana	308	12.237	17.770	221	2.030	14,0
Umbria	52	2.037	3.692	196	1.770	9,8
Marche	43	1.588	4.302	122	1.221	4,5
Lazio	72	5.295	6.937	256	623	4,8
Abruzzo	36	1.657	3.444	147	1.211	5,8
Molise	2	40	48	191	69	0,6
Campania	26	863	999	203	105	0,9
Puglia	90	3.870	6.855	182	889	5,0
Basilicata	7	208	425	154	359	1,8
Calabria	42	1.477	1.897	247	505	3,9
Sicilia	39	1.251	5.490	55	580	1,3
Sardegna	6	121	214	132	65	0,4
Italia	3.065	180.604	267.771	219	2.165	14,6

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

Tabella 3.6. Strutture sanitarie – assistenza agli anziani – dati di attività strutture semiresidenziali (Anno 2012)

Regione	N. strutture	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti per 100.000 anziani	Posti × 1.000 anziani
Piemonte	9	566	856	145	83,7	0,55
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0,00
Lombardia	273	6.243	10.139	127	502	3,09
PA di Bolzano	0	0	0	0	0	0,00
PA di Trento	24	345	595	260	573	3,32
Veneto	72	1.235	2.233	117	224	1,24
Friuli Venezia Giulia	23	363	469	89	161	1,24
Liguria	30	588	802	123	187	1,37
Emilia Romagna	221	3.080	5.168	206	522	3,11
Toscana	105	1.271	1.972	133	225	1,45
Umbria	16	250	471	100	226	1,20
Marche	3	50	76	138	22	0,14
Lazio	1	50	88	69	8	0,04
Abruzzo	0	0	0	0	0	0,00
Molise	0	0	0	0	0	0,00
Campania	6	116	131	91	14	0,12
Puglia	7	150	150	159	19	0,19
Basilicata	0	0	0	0	0	0,00
Calabria	0	0	0	0	0	0,00
Sicilia	1	25	78	79	8	0,03
Sardegna	1	20	5	124	2	0,06
Italia	792	14.352	23.233	146	188	1,16

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

sibile ricavarne alcuni elementi interessanti. Con riferimento al SIAD, i primi dati sembrano evidenziare un maggiore ricorso a cure domiciliari di minore intensità assistenziale: circa il 50,0% degli assistiti usufruisce di cure di I livello e il 29,8% di cure di II livello, mentre le cure di III livello interessano il 4,6% degli assistiti e quelle di IV livello il 15,6%. L'operatore sanitario che più di altri effettua l'accesso a domicilio è l'infermiere professionale e il principale bisogno rilevato è l'assistenza nelle attività della vita quotidiana sia autonome sia strumentali. Le patologie prevalenti sono così rappresentate: nelle cure domiciliari di I livello, prevalentemente malattie del sistema circolatorio; nelle cure domiciliari di II livello malattie del sistema circolatorio, traumatismi, malattie della pelle, tumori; nelle cure domiciliari di

III livello e IV livello prevalentemente tumori. Sono forti le differenze regionali, dovute sia ai diversi modelli organizzativi, sia allo stato di maturità del flusso.

Analogamente, dai primi dati rilevati dal FAR emerge una prevalenza di trattamenti di lungoassistenza residenziale R3 (2.454 strutture) rispetto ai trattamenti estensivi R2 (2.012), ai trattamenti estensivi per pazienti con demenza R2D (654 strutture) e ai trattamenti intensivi (439 strutture); in proposito, occorre precisare che non tutte le Regioni hanno alimentato pienamente il flusso e che per quanto riguarda i trattamenti intensivi alcuni servizi sanitari regionali prevedono la loro erogazione presso reparti di lungodegenza ospedaliera.

Con riferimento al regime semiresidenziale è preponderante il trattamento di lungoassi-

stenza, recupero e mantenimento funzionale SR1 (655 strutture) rispetto al trattamento estensivo per pazienti con demenza senile SR2 (177 strutture).

3.2.3. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati

I dati analizzati, anche se ancora parziali, evidenziano alcune criticità alle quali occorre rispondere con interventi mirati a:

- prevenire e ridurre la disabilità con azioni coordinate di protezione sociale e di promozione della salute e del benessere della persona anziana;
- implementare innovazioni organizzative e collaborazioni tra gli attori del sistema per contribuire al miglioramento degli esiti clinici, organizzativi e finanziari;
- garantire la continuità assistenziale al paziente nel percorso accesso o di dimissione dall'ospedale;
- migliorare l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale e la presa in carico dei pazienti;
- favorire il coinvolgimento del MMG e del PLS nel percorso di cura e promuovere il lavoro in equipe multidisciplinare;
- potenziare le cure domiciliari integrate erogate dai servizi distrettuali;
- garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali

li extraospedaliere, nonché incrementare l'offerta di posti letto laddove carente;

- implementare attività formative degli operatori nell'ambito della prevenzione, presa in carico e trattamento della non autosufficienza e della fragilità nei suoi aspetti clinico-assistenziali.

Bibliografia essenziale

Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, 2006 "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio"

Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, 2007 "Prestazione Residenziali e Semiresidenziali"

Decreto del Ministro della salute del 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali (FAR)"

Decreto del Ministro della salute del 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD)"

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie"

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza"

Mef - RGS (2011). Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema sociosanitario - Rapporto n. 12

Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

3.3. Il ruolo delle farmacie

3.3.1. Premessa

La società sta subendo rapide trasformazioni che si ripercuotono sull'assistenza sanitaria, che deve tenere conto di svariati fattori tra cui il progressivo invecchiamento della popolazione e la contrazione delle risorse disponibili associata all'incremento dei costi delle prestazioni sanitarie. Ciò ha determinato uno spostamento sul territorio delle cure, soprattutto per pazienti affetti da patologie croniche, e l'esigenza di garantire sicurezza e qualità anche in zone disagiate e poco accessibili.

In tale contesto è inevitabile un'evoluzione della professione del farmacista e della farmacia, quest'ultima considerata sempre più "centro sociosanitario polifunzionale" facilmente accessibile e disponibile a offrire nuovi servizi rispondenti a ulteriori necessità della popolazione.

Con la legge n. 69/2009, il Parlamento ha delegato il Governo ad adottare uno o più decreti legislativi volti a individuare nuovi servizi a "forte valenza sociosanitaria" erogabili dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito del SSN, finalizzati a far sì che le farmacie

possano partecipare al servizio di assistenza domiciliare integrata a supporto delle attività del MMG, collaborare ai programmi, a livello nazionale o regionale, di educazione sanitaria della popolazione, effettuare nei loro locali analisi di prima istanza, nonché prenotazione di visite ed esami specialistici presso le strutture pubbliche e private convenzionate.

La legge prevede, altresì, che il farmacista, per i servizi di cui sopra, potrà essere remunerato nei limiti dei risparmi conseguiti dal SSN con l'introduzione della nuova disciplina.

Il D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153, in attuazione della sopracitata legge n. 69/2009, e i successivi decreti attuativi, hanno formalizzato, di fatto, il nuovo ruolo della farmacia di comunità tracciando la tipologia delle prestazioni erogate e le attività che il farmacista può svolgere.

3.3.2. Azioni svolte

Il Ministero della salute sta supportando questo delicato momento di trasformazione, anche culturale, e a tal fine ha coinvolto esperti di FOFI (Federazione Ordine Farmacisti Italiani), FNOMCEO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), IPASVI (Federazione Nazionale Collegi Infermieri), SIFO (Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie) e Regioni per elaborare il Manuale "Linee di indirizzo sugli strumenti per concorrere a ridurre gli errori in terapia farmacologica e nell'erogazione dei servizi assistenziali erogati nelle farmacie di comunità". Il Manuale fornisce un quadro di riferimento per il nuovo ruolo che le farmacie di comunità sono tenute ad assumere nella cornice della gestione del rischio clinico, un modello che rappresenta la declinazione italiana della *Pharmaceutical care* applicata all'ambito territoriale. Il farmacista assicura nell'esercizio della propria attività l'osservanza degli obblighi di legge che riguardano l'acquisto, la conservazione, la dispensazione dei medicinali, la preparazione di galenici, la corretta compilazione della ricetta, nonché la prescrizione, per gli aspetti di sua competenza. Inoltre, in qualità di esperto del farmaco, concorre alla corret-

ta informazione e comunicazione al paziente circa le modalità di assunzione dei medicinali, alla puntuale segnalazione di reazioni avverse ed eventi avversi, alla costruzione di un rapporto di collaborazione con i MMG e i PLS, e con i professionisti delle strutture sanitarie, alla partecipazione attiva a progetti di educazione sanitaria e promozione dei corretti stili di vita, all'ottimizzazione dei servizi e delle risorse disponibili e alla valutazione e al controllo della spesa farmaceutica territoriale.

Si comprende bene che la dispensazione dei medicinali si traduce non tanto nella semplice consegna di un bene, ma in una prestazione professionale riconosciuta dalla normativa vigente che a tutela del cittadino pone sempre un garante della salute, in questo caso il farmacista, tra il paziente e il farmaco. Accanto ai servizi cosiddetti tradizionali, i nuovi compiti e le funzioni assistenziali previsti per le farmacie di comunità, secondo modalità che dovranno essere definite e condivise e nel rispetto di quanto previsto dai piani sociosanitari regionali, sono molteplici come di seguito rappresentati.

- Partecipazione al servizio di ADI a supporto delle attività del MMG o del PLS attraverso la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici.
- Preparazione e dispensazione a domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, nel rispetto delle relative norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione dei medicinali e nel rispetto delle prescrizioni e delle limitazioni stabilite dalla normativa vigente.
- Dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta.
- Collaborazione di operatori sociosanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per l'effettuazione a domicilio di specifiche prestazioni professionali richieste dal MMG o dal PLS e per l'effettuazione di ulteriori prestazioni.
- Collaborazione alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, a favorire l'aderenza alle terapie anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza.

- Erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale.
- Erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le Linee guida e i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei MMG e dei PLS, anche avvalendosi di personale infermieristico e prevedendo l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici.
- Effettuazione, nell'ambito dei servizi di II livello, di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo.
- Effettuazione di attività attraverso le quali nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, nonché ritirare i referti. Tali prestazioni rappresentano per i cittadini una significativa opportunità di supporto e consiglio per affrontare e superare contenute problematiche a valenza sanitaria e, altresì, una possibilità per aumentare la capacità di utilizzare al meglio l'accesso alle informazioni sanitarie (*Health literacy*).

I principi e i criteri per la remunerazione, da parte del SSN, delle nuove prestazioni e funzioni delle farmacie sono definiti con accordi collettivi nazionali.

Alla luce dei recenti interventi del legislatore, le farmacie, distribuite sul territorio secondo criteri volti a garantire un'adeguata copertura dell'assistenza farmaceutica, oltre a svolgere le due funzioni essenziali, che restano quelle della preparazione di medicinali "galenici" e della vendita al pubblico di qualsiasi medicinale "a dose e forma di medicamento" (art. 122 tullss), rafforzano il loro ruolo di presidio sanitario, offrendo nuovi servizi a forte valenza sociosanitaria in sinergia con gli altri operatori del servizio sanitario a vantaggio

del cittadino e dell'efficienza dell'intero sistema di assistenza.

Un simile contesto multidisciplinare non può essere efficiente senza una comunicazione codificata tra i professionisti sanitari coinvolti, e tra questi e il paziente, suoi familiari e *care-giver*. Il paziente ha bisogno di ricevere informazioni chiare relative ai farmaci prescritti, con particolare riferimento alle modalità di assunzione, alle interazioni, agli effetti collaterali e agli eventi avversi.

È noto che molti errori in terapia che si verificano sul territorio sono dovuti a una scarsa attenzione all'appropriatezza e all'aderenza alle terapie. Dal momento che occorre adottare misure preventive finalizzate a garantire un percorso assistenziale sicuro e di qualità, il ruolo della farmacia diviene indispensabile per vari motivi: il contatto frequente e diretto con la popolazione, l'accessibilità al pubblico, l'esperienza di professionisti basata sia su competenze tecniche sia su competenze non tecniche (*non technical skills*).

L'elemento cardine dell'attività del farmacista è rappresentato dai cosiddetti servizi cognitivi, cioè quelli che affiancano la dispensazione del medicinale, indirizzati a migliorare la conoscenza sulla terapia prescritta e, soprattutto, a far sì che i medicinali siano utilizzati nel rispetto delle indicazioni del medico curante. L'attività di *counseling* in farmacia è necessaria altresì per supportare quei bisogni orientati verso un concetto di salute più ampio, inteso anche come benessere derivante da stili di vita corretti. Un ulteriore ambito di competenza comprende la gestione e il monitoraggio delle nuove professioni non organizzate in ordini e collegi professionali di cui alla legge 14 gennaio 2013, n. 4, recante "Disposizioni in materia di nuove professioni" che regola tutte le professioni non organizzate in ordini e collegi professionali.

3.3.3. Programmazione futura

La farmacia potrà rivelarsi un presidio di importanza vitale in caso di emergenza e di primo soccorso, soprattutto in alcune aree rurali e montane, nelle piccole isole, o in situazioni di rilevante afflusso di popolazione.

A tal fine sarà necessario regolamentarne in maniera dettagliata l'integrazione con la rete di emergenza, compresa la dotazione di defibrillatori semiautomatici e l'addestramento del personale.

L'innovazione tecnologica potrà contribuire all'ottimizzazione delle risorse e al monitoraggio dello stato di salute del paziente e in tal senso la sanità elettronica potrà affermarsi sempre più come sistema di comunicazione ospedale-territorio. La telemedicina offre diverse opportunità di utilizzo, garantisce equità di accesso all'assistenza sanitaria anche in aree particolarmente disagiate (erogazione a domicilio di specifici servizi di telemonitoraggio e supporto all'autogestione di patologie croniche) e contribuisce al contenimento della spesa. Il MMG è il riferimento per la ricezione e per la trasmissione di dati sanitari del paziente, mentre la farmacia può trasmettere i dati, rilevati sul paziente sulla base di un programma definito dal MMG, al medico stesso o ad altre strutture sanitarie (qualora tale attività sia prevista dal modello organizzativo regionale e previa definizione delle necessarie specifiche). I servizi di telefarmacia, opportunamente strutturati, saranno utili soprattutto nelle aree disagiate e per le patologie croniche ad alta prevalenza; tali servizi saranno rafforzati dall'operatività del fascicolo elettronico sanitario comprensivo del dossier farmaceutico del paziente. Per la complessa articolazione delle attività conseguenti alla diffusione dei nuovi servizi, la professione del farmacista si arricchirà di ulteriori competenze che potranno esprimersi nel lavoro in team a fianco di medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti.

Infine, per individuare le modalità appropriate all'introduzione dei nuovi servizi, sarà fondamentale la partecipazione dei cittadini adeguatamente informati e delle Istituzioni per una maggiore coesione nella risoluzione delle problematiche. La farmacia dei servizi si inserisce nei processi di cura senza cambiare i

ruoli e le competenze di ciascun professionista, ma rafforzandone la relazione. Un Pronto soccorso dei servizi resi in farmacia e condiviso tra medici, farmacisti e infermieri contribuirà al miglioramento della qualità delle cure.

Bibliografia essenziale

Battisti FM, Esposito M. Salute e società. "Cronicità e dimensioni sociorelazionali". Milano: Franco Angeli, anno 7, n. 3/2008

Censis. 46° Rapporto sulla situazione sociale del Paese. 2012. www.censis.it. Ultima consultazione: agosto 2014

Decreto del 16 dicembre 2010 "Disciplina dei limiti delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettera e) e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettera d) del decreto legislativo n. 153 del 2009". GU 57 del 10 marzo 2011

Decreto del 16 dicembre 2010 "Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali". GU Serie Generale n. 90 del 19 aprile 2011

Decreto del 18 marzo 2011 "Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici di cui all'art. 2, comma 46, della legge n. 191/2009"

Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AG. Health literacy. The Solid Fact. WHO, 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf. Ultima consultazione: agosto 2014

May R. L'arte del counseling. Roma: Astrolabio-Ubal dini, 1991

Ministero della salute. Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf. Ultima consultazione: agosto 2014

OSMED. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2011. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2012

Twigg MJ, Poland F, Bhattacharya D, et al. The current and future roles of community pharmacists: Views and experiences of patients with type 2 diabetes. Res Social Adm Pharm 2012

4

Le reti ospedaliere

4.1. Riorganizzazione delle reti ospedaliere

4.1.1. Quadro programmatico

Negli ultimi anni l'evoluzione normativa ha imposto un profondo processo di razionalizzazione e riorganizzazione della rete ospedaliera. In attuazione dell'art. 15 comma 13 lettera c) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (cosiddetta "*Spending Review*"), le Regioni e le Province Autonome sono tenute entro il 31 dicembre 2012 a provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale (SSR), a un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. La riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50% del totale dei posti letto da ridurre.

Nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera, uno degli aspetti di interesse prioritario è il modello organizzativo che delinea il percorso assistenziale relativo alla gestione e al trattamento delle patologie tempo-dipendenti. Le patologie di interesse riguardano le emergenze cardiologiche, l'ictus e il trauma. L'attenzione a queste patologie è da correlare all'impatto sanitario che ricoprono, in quanto esse necessitano non solo di uno specifico percorso clinico per il paziente, ma anche di un modello organizzativo coordinato di assistenza in rete. Infatti, l'evoluzione e la prognosi di queste patologie sono strettamente dipendenti da un precoce e appropriato intervento sanitario, che può avvenire solo mediante una corretta integrazione dei sistemi

di emergenza-urgenza delle varie Unità operative, a diversa complessità assistenziale, e di un sistema di trasporto dotato di requisiti di sicurezza e di efficacia. L'organizzazione in rete, inoltre, garantisce l'omogeneità territoriale nell'attività di diagnosi e di cura e favorisce l'orientamento del paziente nel proprio percorso clinico.

4.1.2. Stato di attuazione nei contesti regionali

La maggior parte delle Regioni italiane, negli anni 2012-2013, nell'ambito della ridefinizione dei nodi dei Dipartimenti emergenza e accettazione (DEA), ha contestualmente rivisitato o attivato la rete delle patologie tempo-dipendenti, sulla base del modello Hub & Spoke e individuando la Centrale Operativa di emergenza-urgenza (Centrale Operativa 118) come il principale cardine del percorso operativo.

Allo stato attuale, tutte le Regioni hanno programmato o realizzato, in parte o tutte, le reti delle patologie tempo-dipendenti. Alcune Regioni del Nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria ed Emilia Romagna) e altre del Centro (Lazio e Abruzzo) hanno formalmente approvato, con delibere regionali, il modello organizzativo per ogni tipologia di rete [sindrome coronarica acuta (SCA), ictus, trauma], definendo tutti i nodi e le relative funzioni. Per le Regioni in Piano di rientro, si rileva che tre Regioni hanno realizzato tutte le reti, quattro sono ancora in fase di programmazione e una Regione ha attivato solo la rete cardiologica e quella dell'ictus.

Il Ministero della salute ha affiancato le Regioni, soprattutto quelle con Piano di rientro, al fine di indirizzare la programmazione delle reti verso la chiara definizione di un “percorso organizzativo” caratterizzato prevalentemente dall’individuazione degli ospedali di riferimento, tra loro funzionalmente connessi e distinti in base al livello delle proprie competenze. Pertanto, le maggiori difficoltà nella realizzazione di tali reti sono state riscontrate proprio in quelle Regioni in cui è ancora in essere la riorganizzazione delle tre reti: ospedale, territorio ed emergenza-urgenza.

In alcune Regioni e per taluni percorsi (vedi trauma in Emilia Romagna) è stata prevista la costituzione di un gruppo tecnico di lavoro per il monitoraggio dell’attività e in tutte le Regioni sono stati attivati o sono stati previsti protocolli, in particolare per la rete SCA, per la trasmissione telematica di immagini e dati.

4.1.3. Esposizione e valutazione dei dati

A livello nazionale si registra nel 2013, rispetto ai dati della Relazione sullo Stato

Tabella 4.1. 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 (Anno 2013)

Regione	Posti letto per acuti			Posti letto per non acuti		
	Pubblici	Accreditati	Totale	Pubblici	Accreditati	Totale
Piemonte	12.383	1.095	13.478	2.259	2.428	4.687
Valle d’Aosta	456	12	468	1	64	65
Lombardia	26.634	4.828	31.462	3.954	3.442	7.396
PA di Bolzano	1.720	31	1.751	112	231	343
PA di Trento	1.510	110	1.620	167	448	615
Veneto	14.992	802	15.794	2.314	468	2.782
Friuli Venezia Giulia	4.187	427	4.614	313	96	409
Liguria	5.035	88	5.123	821	117	938
Emilia Romagna	12.676	2.869	15.545	2.054	1.750	3.804
Toscana	10.675	1.207	11.882	587	636	1.223
Umbria	2.587	239	2.826	335	32	367
Marche	4.582	501	5.083	541	415	956
Lazio	15.682	2.659	18.341	1.385	2.578	3.963
Abruzzo	3.485	628	4.113	264	457	721
Molise	1.030	104	1.134	238	60	298
Campania	12.193	4.700	16.893	475	1.242	1.717
Puglia	10.080	1.719	11.799	803	704	1.507
Basilicata	1.670	50	1.720	231	104	335
Calabria	3.911	1.085	4.996	116	762	878
Sicilia	11.426	3.540	14.966	1.049	867	1.916
Sardegna	4.943	808	5.751	147	150	297
Italia	161.857	27.502	189.359	18.166	17.051	35.217

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

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.